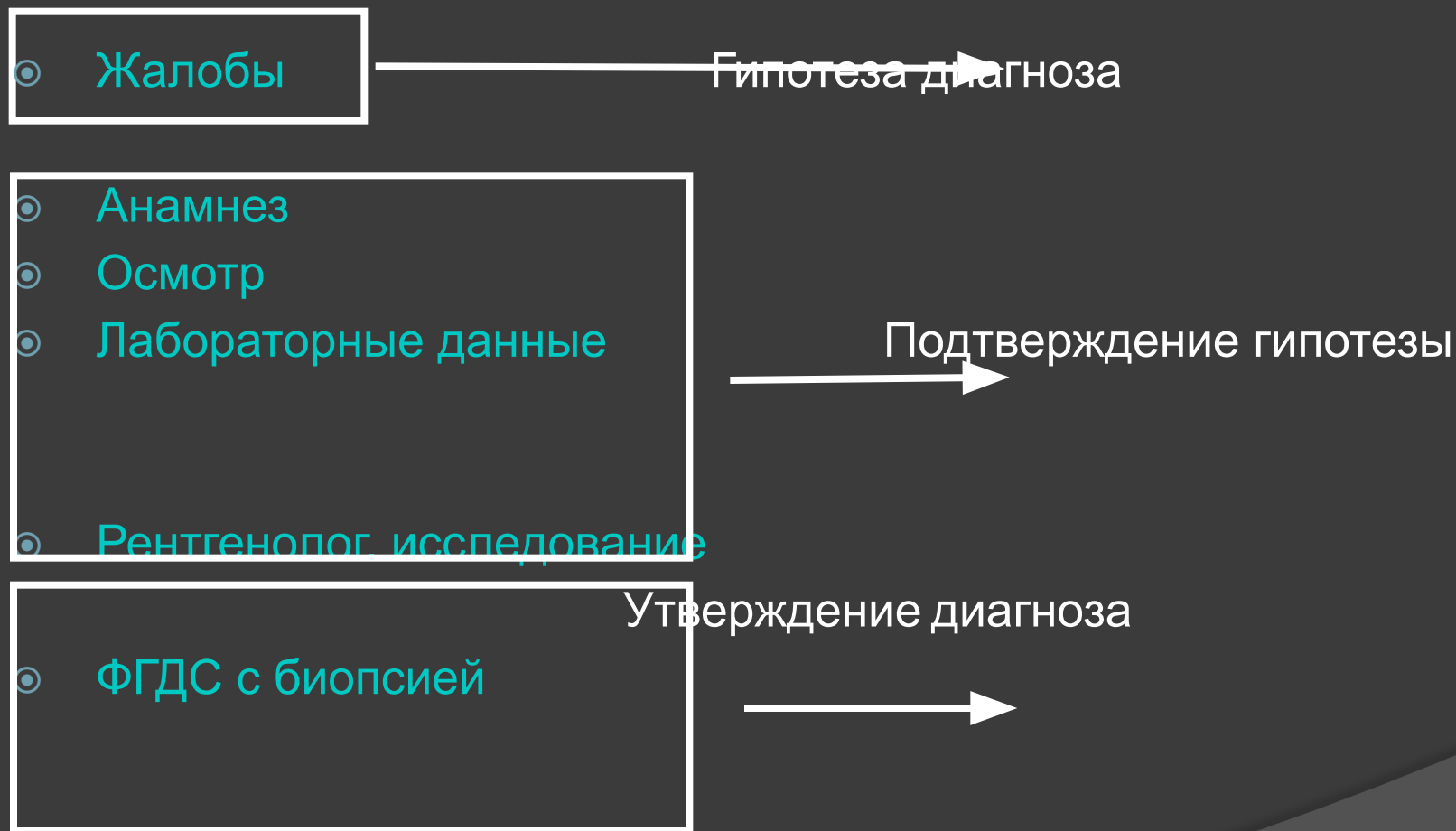


ЯБ. Клиническая картина, течение заболевания.

Диагностика

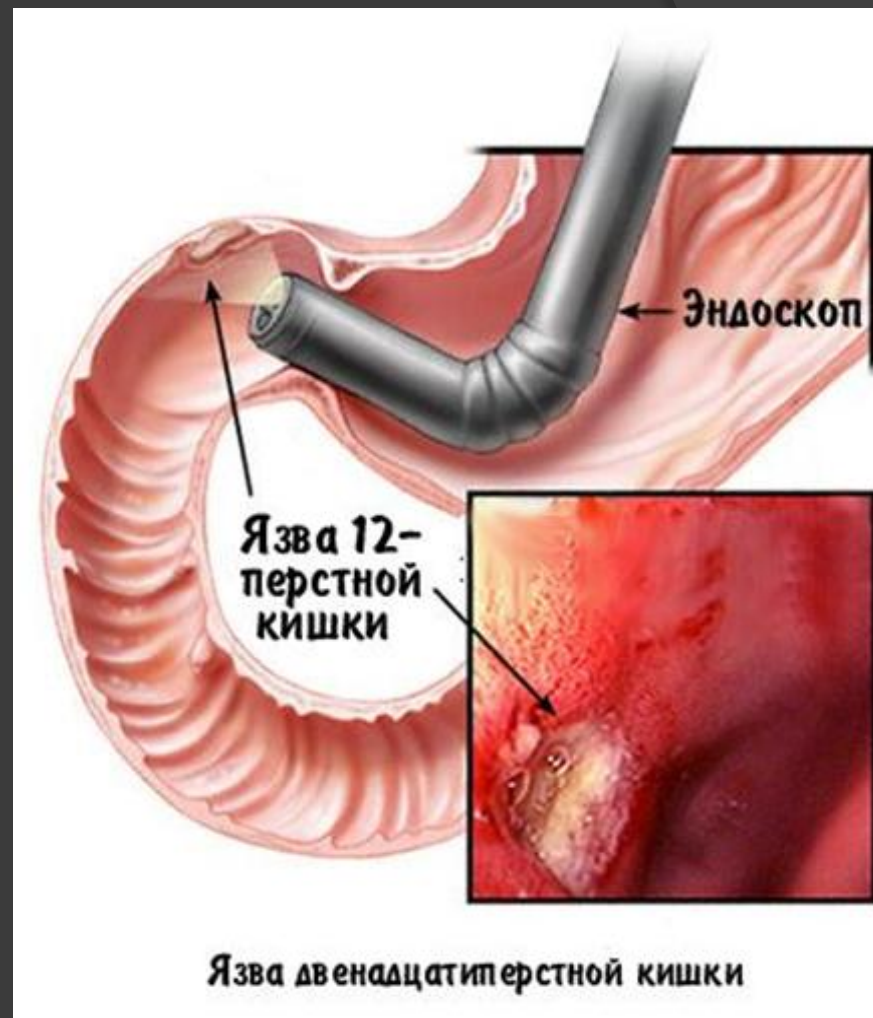


Лабораторно-инструментальная диагностика

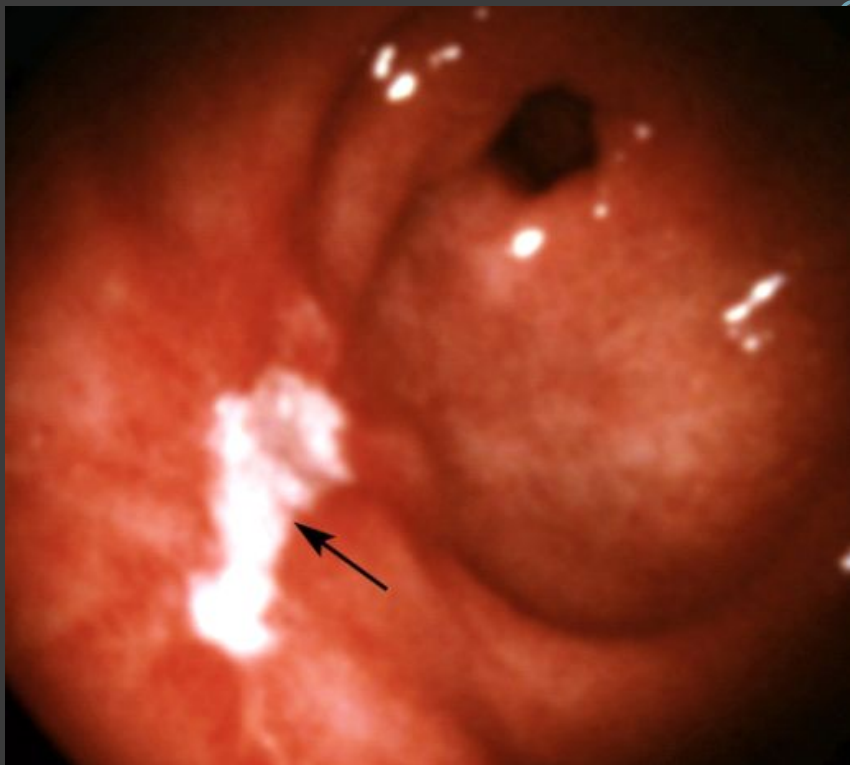
1. Исследование кислотопродуктивной функции желудка : исследование желудочного сока и РН-метрия.
2. О/а крови
3. Кал на скрытую кровь
4. Рентгеноскопия желудка
5. Эзофагогастродуоденоскопия
6. Гистологическое исследование гастробиоптата
7. Исследование НР

ЭФГДС

- наличие язвенного дефекта, его определяется локализация, глубина, форма, размеры
- оценить состояние дна и краев язвы
- При язве желудка в обязательном порядке для исключения злокачественного характера – прицельная биопсия дна и краев язвы.



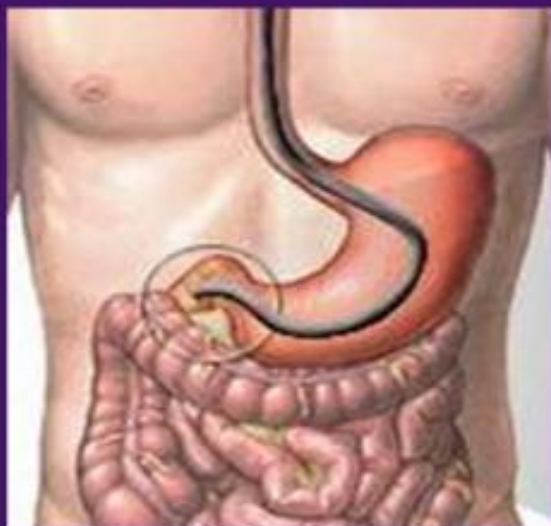
Эндоскопическая картина желудка



Язва передней стенки антрального отдела желудка: виден продольный неправильной формы язвенный дефект, покрытый белым фибрином (указан стрелкой); края язвы гиперемированы; отмечается конвергенция складок слизистой оболочки к краям язвы

ФГДС позволяет:

- 1. Выявить язвенный дефект и описать его локализацию, размеры, характер, наличие и распространенность сопутствующего воспаления слизистой;
- 2. Обеспечить объективный контроль за эффективностью противоязвенного лечения, скоростью и качеством рубцевания;
- 3. Проводить высокоэффективное местное лечение язвы путем введения различных лекарственных веществ непосредственно в область поражения или облучения язвы низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером (эндоскопическая лазеротерапия).



Искусственное контрастирование желудка путем приема внутрь водной взвеси сульфата бария

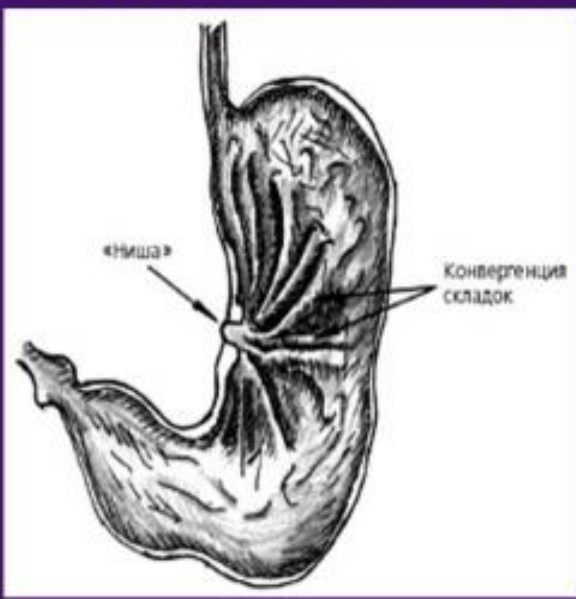
Наиболее типичными рентгенологическими признаками язвы желудка или двенадцатиперстной кишки являются:

- 1) симптом «ниши» (контура или рельефа слизистой) с воспалительным валиком вокруг нее;
- 2) конвергенция складок слизистой оболочки к нише;
- 3) симптом «указующего перста» (симптом де Кервена);
- 4) *Ускоренное продвижение бариевой взвеси* в области изъязвления (симптом местной гипермобильности);
- 5) наличие большого количества жидкости в желудке натошак (неспецифический признак).

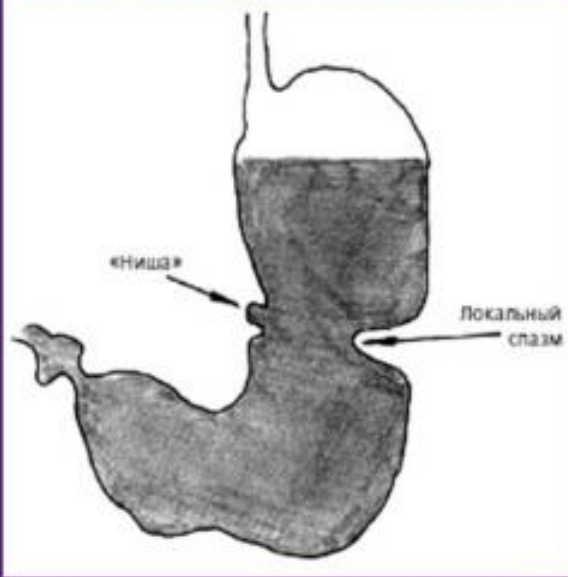
Схематическое изображение рентгенологических симптомов ЯБЖ



Конвергенция складок слизистой оболочки к нише



Симптом ниши



Симптом «указывающего перста»

- 1. Дыхательный тест на мочевины – определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов С-13, которые выделяются в результате расщепления в желудке меченой мочевины под действием уреазы *Helicobacter pylori* (A, 1b, NICE 2004). Используется как для диагностики, так и для контроля эффективности эрадикации (должен проводиться не менее чем спустя 4 недели после окончания лечения).



2. Выявление антигенов *Helicobacter Pylori* (HpSA) в кале. Новый тест, характеризуется сравнимой достоверностью с дыхательным тестом на мочевины. Применяется как для диагностики *Helicobacter Pylori*, так и для контроля эффективности эрадикационной терапии.





3. Серологический тест (определение JgG к *Helicobacter Pylori*). Характеризуется меньшей чувствительностью и специфичностью, по сравнению с дыхательным тестом на мочевины и выявлением антигенов к *Helicobacter Pylori* в кале. Однако, поскольку первые 2 теста характеризуются высокой стоимостью, то использование серологического теста может быть оправданно при высокой распространенности *Helicobacter Pylori*, особенно при первичной диагностике *Helicobacter Pylori*.

4. Посев культуры не следует использовать для диагностики *Helicobacter Pylori*, поскольку существуют более простые и высокочувствительные специфичные методы установления диагноза. Использование посева культуры оправданно только в случае выявления антибиотикочувствительности и резистентности у пациентов с двумя и более случаями неудачной эрадикационной терапии.

В данный момент наиболее доступен экспресс-метод определения НР в слюне с последующим подтверждением биопсии.