

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА У
БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Погонцева И.М., Ройко Е.А.,
Марков Л.Л., Каплин Н.Н.

Кафедра медбиологии и микробиологии СумГУ,
Сумская областная больница

В настоящее время считают, что инфицирование *Helicobacter pylori* вызывает антральный гастрит, являющийся благоприятной почвой для того, чтобы другие факторы такие как алкоголь, стресс, курение, привели к язвенной болезни. При инвазивных методах используют следующие методики исследования биоптата: 1) культивирование бактерий *in vitro*; 2) прямое окрашивание на наличие бактерий; 3) определение уреазной активности; 4) мочевинные тесты определения *H. pylori*. Неинвазивные методы включают тесты выделения мочевины при дыхании и серологические методики. Задача нашего исследования заключалась в определении уровня мочевины в желудочном соке у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Исследование проводилось при помощи стандартного набора химических реактивов Био-Ла-Тест мочевина 150. В тонкостенную пробирку брали 0,01 мл отфильтрованного желудочного сока, добавляли 2 мл рабочего раствора реактива и пробирку помещали на 10 минут на кипящую водяную баню. Затем содержимое пробирки охлаждали и измеряли оптическую плотность. Установлено, что у не инфицированных *H. pylori* больных содержание мочевины в тощакковой порции желудочного сока составило 0,98 - 2,9 ммоль/л, а у больных с *H. pylori* этот показатель был снижен до 0,45 - 0,55 ммоль/л. Параллельно мы проводили экспресс-метод быстрого мочевинного теста (Marshae) определения *H. pylori*, где материалом для исследования был биопсийный материал слизистой оболочки желудка. В рабочий раствор,

состоящий из мочевины, фенола-красного и тетрациклина, вносили кусочек биопсийного материала. Затем проводили учет реакции по окраске раствора от розового до ярко-малинового цвета.

ДИСБАКТЕРИОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Липовская В.В., Гордиенко Е.Н.
кафедра медбиологии и микробиологии СумГУ
Городская диагностическая баклаборатория

Микрофлора толстого кишечника относительно обильна и разнообразна, а качественный состав ее постоянен у человека. Количественный и качественный состав кишечной микрофлоры в значительной мере определяется возрастом, характером питания человека, сезоном, применением антибактериальных препаратов, действием радиоактивного облучения, наличием хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, других острых и хронических заболеваний.

В течение трех месяцев было обследовано 156 человек с различными желудочно-кишечными заболеваниями. У 2/3 обследованных больных с функциональными дискенизиями в кале увеличено содержание золотистого стафилококка, эшерихий, не способных обрабатывать лактозу, бактериоидов. У больных при запорах без органического поражения толстого кишечника общее количество бактерий уменьшается, преобладающими становятся бактериоиды. При хроническом постдиентерийном колите /10%/ в испражнениях обнаружена кишечная палочка с гемолитическими свойствами. Условно-патогенная флора отличалась большим разнообразием: кроме стафилококков и бактериоидов, обладающих гемолитическими свойствами, определялись энтерококк, грибы рода *Candida*, сарцины, лактозонегативные эшерихии, протеи. В настоящее время дисбактериоз кишечника рассматривается как важный интегральный показатель иммунологической реактивности