

# *Helicobacter pylori*

## - laboratoryjna diagnostyka zakażeń

### Zakażenia *Helicobacter pylori*

Infekcje *Helicobacter pylori* zalicza się do głównych przyczyn choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, dyspepsji, raka i chłoniaka typu MALT żołądka. Ocenia się, iż w Polsce ok. 80% dorosłych i ok. 30% dzieci zakażonych jest tą bakterią. Źródłem zakażenia są najczęściej krewni (rodzinne występowanie choroby wrzodowej). W wykrywaniu zakażeń *H.pylori* wykorzystuje się metody inwazyjne oraz nieinwazyjne (test oddechowy z użyciem węgla 13C – UBT, testy serologiczne i oznaczenie antygenu bakterii w kale).

### Ilościowe testy serologiczne wykrywające przeciwciała klasy IgG

Mają one znaczenie w wykrywaniu zakażeń *H.pylori*, a także mogą stanowić podstawę do eradykacji przy braku zgody na badanie z pobraniem biopsji i niedostępności gastrokopii. Są one także użyteczne w przypadku chorych z krwawiącym wrzodem, zanikiem błony śluzowej żołądka, chłoniakiem MALT, u pacjentów leczonych inhibitorami pompy protonowej (PPI) lub antybiotykami, gdzie istnieje ryzyko wyników fałszywie ujemnych w takich testach, jak UBT lub szybki test urazowy. Dodatnie wyniki badań serologicznych przy ujemnych wynikach badań histologicznych i UBT sugerują nierozpoznane lub przebyte zakażenie *H.pylori*. Testów serologicznych zasadniczo nie zaleca się do oceny skuteczności leczenia, niemniej spadek miana przeciwciał, oznaczony wystandaryzowaną metodą laboratoryjną, może wskazywać na sukces terapeutyczny.

### Oznaczenie antygenu *H.pylori* w kale

Oznaczanie to polega na wykorzystaniu przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom *H.pylori* obecnym w kale. Testy cechujące się dużą czułością i swoistością (91% i 93%), są porównywalnym narzędziem diagnostyki zakażenia *H.pylori* do testu oddechowego UBT. Oznaczenie antygenu *H.pylori* w kale pozwala także na ocenę skuteczności terapii oraz wykrywanie nawrotów choroby. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić eradykację.

Badania te zalecane są w **codziennej praktyce lekarza rodzinnego**  
do diagnostyki choroby wywoływanej przez *H.pylori*.

Dostępne w DIAGNOSTYCE

**nieinwazyjne metody przydatne w wykrywaniu zakażenia *Helicobacter pylori* i pomocne w ocenie skuteczności terapii.**

<b><i>Helicobacter pylori</i> IgG</b>	<b><i>Helicobacter pylori</i> w kale (antygen)</b>
<p><b>Metoda:</b> chemiluminescencyjny test fazy stałej (IMMULITE, Siemens)</p> <p><b>Materiał:</b> surowica</p> <p><b>Warunki przechowywania i transportu:</b> 3 dni w temp. 2-80C (próbkę dostarczyć możliwie najszybciej do Laboratorium)</p> <p><b>Czas oczekiwania na wynik:</b> od 1 dnia* <b>Test ilościowy</b></p> <p><b>Badanie kontrolne</b> należy wykonać nie wcześniej niż 3 miesiące od zakończenia leczenia.</p>	<p><b>Metoda:</b> Immunochromatograficzna</p> <p><b>Materiał:</b> porcja kału (nierozwodniona i niebiegunkowa)</p> <p><b>Warunki przechowywania i transportu:</b> 2 dni w temp. 2-80C (próbkę dostarczyć możliwie najszybciej do Laboratorium)</p> <p><b>Czas oczekiwania na wynik:</b> od 1 dnia* <b>Test jakościowy</b></p> <p><b>Badanie kontrolne</b> po leczeniu należy wykonać nie wcześniej niż 4 tygodnie od zakończenia leczenia.</p> <hr/> <p><b>UWAGA:</b> W przypadku leczenia: inhibitorami pompy protonowej, antagonistami receptora H2, antybiotykami, lub preparatami bizmutowymi badanie należy wykonać nie wcześniej niż po dwóch po odstawieniu leków.</p>

\*Dostępność badań i czas oczekiwania na wynik mogą różnić się zależnie od Oddziału DIAGNOSTYKI. Wynika to z ograniczeń związanych z możliwością transportu materiału.

Szczegółowych informacji udzielają Przedstawiciele Medycyjni DIAGNOSTYKI.

#### Piśmiennictwo:

1. Brzozowski T. MP. 2006. 2(180): 24-28. 2. Brzozowski T., Marlicz K., Bartnik W. Choroby żołądka i dwunastnicy w: Choroby wewnętrzne (red.) Szczeklika A. MP. Kraków, 2006. 3. Bartnik W., Przytułski K., Wociał T. MP. 2008. 1(203): 135-141. 4. Dunn B.E., Cohen H., Blaser M.J. Clin. Microbiol. Rev. 1997. 10: 720-40. 5. Szulewski P. Bliżej Diagnostyki. 2008. 18:5-8. 6. Hannu M.P., Niku K.O., Ilpo P.K i in. Ann. Med. 2006. 38 (5): 352-356. 7. Elwyn G., Taubert M., Davies S., i in. Brit. J. Gen. Pract. 2007. 57 (538): 401-403. 8. Bartnik W. 2010. MP Chirurgia, 3.

**Dział Obsługi Klienta:**