

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №2

УТВЕРЖДЕНО  
на заседании кафедры внутренних болезней №2  
с курсом эндокринологии  
Протокол от 30 августа 2007 № 1  
Заведующая кафедрой д.м.н.  
\_\_\_\_\_ Е.А.Уланова  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2007

ТЕМА:

**“ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ”**

Учебно-методическая разработка для студентов  
IV курс  
лечебный факультет,  
факультет подготовки специалистов для зарубежных стран

Автор: ассистент кафедры  
внутренних болезней №2  
Н.В.Николаева

Данная методическая разработка предназначена для самостоятельной работы студентов. В ней представлены: I. Актуальность темы. II. Цель занятия (умение и знание). III. Базисные разделы. IV. Рекомендуемая литература. V. Вопросы для самоподготовки. VI. Графическая структура темы занятия. VII. Схема обследования больного. VIII. Самостоятельная работа студентов. IX. Клинические задачи и тестовый контроль.

## **I. Актуальность темы**

Знание темы необходимо для своевременного выявления болезней желудка, профилактики онкологических заболеваний желудка, назначения препаратов для лечения больных с хроническими гастритами.

## **II. Цель занятия**

Изучить этиологию, патогенез, клиническую картину, принципы диагностики и лечения хронических гастритов.

### **Студенты должны знать:**

- анатомическое строение желудка и 12-перстной кишки, иннервацию;
- строение слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки;
- определение хронического гастрита;
- этиологию, патогенез, классификацию хронического гастрита;
- клинику, осложнения, дифференциальную диагностику хронических гастритов;
- лабораторные и инструментальные методы исследования хронических гастритов;
- принципы лечения, профилактики, диспансеризацию больных.

### **Студенты должны уметь:**

- собрать анамнез у больного хроническим гастритом (узнать факторы, предрасполагающие к развитию болезни, выявить время возникновения заболевания, выявить связь заболевания с характером питания, выявить частоту обострений и их связь со временем года);
- провести осмотр больного;
- наметить план обследования больного, выставить предварительный диагноз на основании жалоб больного, данных объективных методов обследования;
- назначить при необходимости дополнительные методы исследования;
- интерпретировать данные лабораторного и инструментального обследования;
- применять мануальные навыки: пальпация живота;
- на основании знаний и умений поставить диагноз согласно принятой классификации и назначить соответствующее лечение.

### **III. Разделы, изученные ранее и необходимые для данного занятия (базисные знания).**

1. Факторы защиты и факторы агрессии.
2. Этиология и патогенез различных типов хронического гастрита.
3. Лабораторно-инструментальные методы диагностики хронического гастрита.
4. Лечение хронического гастрита.
5. Лабораторные показатели (общий и биохимический анализы крови) в норме.
6. Патофизиологические механизмы основных клинических проявлений синдромов: анемического и диспептического.
7. Лабораторная диагностика аутоиммунных нарушений при гастрите.
8. Механизм фармакологического действия лекарственных препаратов, используемых при хроническом гастрите.
9. Обмен витамина В<sub>12</sub> и патофизиологические механизмы гемолитического синдрома при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии.

### **IV. Рекомендуемая литература по теме занятия:**

#### ***I. Основная:***

1. Внутренние болезни: в 2 т. / под ред. А.И.Мартынова, Н.А. Мухина. - М.: ГЭОТАР, 2004.
2. Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней: справочно-методическое пособие / В.К.Милюкманович. – Мн., 1995.
3. Окорочков, А.Н. Лечение болезней внутренних органов: в 3 т. / А.Н. Окорочков. – Мн.: Белмедкнига, 1995-1997.
4. Практические навыки терапевта: практическое пособие / под ред. Г.П.Матвейкова. - Мн., 1993.

#### ***II. Дополнительная:***

1. Битти, А.Д. Диагностические тесты в гастроэнтерологии / А.Д. Битти. - М.: Медицина, 1995.
2. Виноградов, А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / А.В. Виноградов. - М.: Медицина, 1987.
3. Голиков, С.Н. Рациональная фармакотерапия гастроэнтерологических заболеваний / С.Н. Голиков, Е.С. Рысс, Ю.И. Фишзон-Рысс. - С.-Петербург: Гиппократ, 1993.
4. Гончарик, И.И. Болезни желудка и кишечника / И.И. Гончарик. - Мн.: Вышэйшая школа, 1994.
5. Гребенев, А.Л. Болезни кишечника / А.Л. Гребенев, Л.П. Мягкова. - М.: Медицина, 1994.
6. Григорьев, П.Я. Диагностика и лечение болезней пищеварения / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко. - М.: Медицина, 1993.
7. Златкина, А.Р. Лечение хронических болезней органов пищеварения / А.Р. Златкина. - М.: Медицина, 1994.
8. Руководство к практическим занятиям по гастроэнтерологии / под ред. В.Н.Хворостинка. – Харьков, 1990.
9. Руководство по гастроэнтерологии: в 3 т. / под ред. Ф.И.Комарова. - М.: Медицина, 1995-1996.

## **V. Вопросы для самоподготовки:**

### **а) по базисным знаниям:**

1. Строение слизистой оболочки желудка.
2. Факторы защиты и факторы агрессии.
3. Морфологические изменения на ФГДС.
4. Схема развития аутоиммунного дисбаланса.
5. Основные гормоны, вырабатываемые слизистой оболочкой желудка и их роль.
6. Роль HCL в организме.
7. Клинические проявления желудочной диспепсии.
8. Возможные причины В<sub>12</sub>-дефицитных состояний.
9. Выписать препараты H<sub>2</sub>-блокаторы для приёма внутрь.
10. Выписать витамин В<sub>12</sub>, фолиевую кислоту, альмагель.

### **б) по данной теме:**

1. Определение, распространенность хронических гастритов.
2. Этиология (ведущие экзогенные и эндогенные факторы, роль *Helicobacter pylori*) хронических гастритов.
3. Патогенез (значение нарушения секреторной и моторной функции желудка, клиренса пищевода) хронических гастритов.
4. Классификация хронического гастрита по морфологическому, функциональному и этиологическому принципам. Международная классификация болезней (МКБ-10).
5. Клиническая картина гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, аутоиммунного, геликобактерного и рефлюкс-гастрита. Основные синдромы. Диагноз. Значение рентгенологического, эндоскопического исследования. Возможности гастробиопсии. Оценка секреторной функции желудка. Течение. Осложнения. Прогноз.
6. Протоколы диагностики и лечения хронического гастрита.
7. Диета, медикаментозная терапия, лечение сопутствующих заболеваний.
8. Особенности лечения геликобактер-ассоциированных заболеваний.
9. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.

### **Темы УИРС:**

1. Болезнь Менетрие.
2. Химический гастрит.

### **Дидактические средства для организации самостоятельной работы студентов:**

1. Компьютер (банк клинических данных).
2. Таблицы:
  - №27 “Сравнительная характеристика хеликобактерного и аутоиммунного гастритов. (П.Я.Григорьев, А.В.Яковенко, 1997)”;
  - №32 “Схемы эрадикации *HELIKOBACTER PYLORI*”;
  - №91 “Ингибирование панкреатической секреции”;
  - №120 “Классификация хронического гастрита по типу, по локализации, по этиологии”;
  - №122 “Методы верификации *Helicobacter pylori*”;
  - №123 “Показатели желудочной pH-метрии”;
  - №124 “Хронический гастрит: факторы агрессии”;
  - №125 “Гастрит: МКБ-10”.

3. Задачи, тестовый контроль по теме занятия.
4. Больные с хроническими гастритами.
5. Истории болезни больных хроническими гастритами.
6. Рентгенограммы желудка и фотографии эндоскопической картины слизистой желудка при хроническом атрофическом гастрите, хроническом неатрофическом гастрите, гигантоклеточном гастрите.
7. Данные лабораторных и инструментальных методов обследования больных хроническими гастритами.
8. Банк заданий для самостоятельной работы.

## VI. Тема занятия

**Хронический гастрит** — это хроническое воспаление слизистой желудка с нарушением регенерации эпителия, развитием лейкоплакии и атрофии, которое сопровождается нарушением секреторной, моторной и инкреторной функций. Хронический гастрит является самым распространенным заболеванием системы пищеварения, которое встречается у 50% взрослого населения. Большинство случаев хронического гастрита связано с инфицированием *Helicobacter pylori*.

### Классификация

В классификации хронических гастритов по этиологическому фактору выделяют: *микробный* (*Helicobacter pylori*) и *немикробные* гастриты, к которым относятся аутоиммунный, алкогольный, пострезекционный, обусловленный воздействием НПВС или химических агентов.

По *морфологическим изменениям* хронические гастриты разделяют:

- неатрофический (тип В, поверхностный, диффузный, антральный, гиперсекреторный) поражает антральный отдел желудка, реже тело и дно. Выявляется у подавляющего большинства (70—75%) больных. Воспалительные изменения в слизистой желудка выражены значительно, часто обнаруживается *Helicobacter pylori* с рефлюксом дуоденального содержимого, кислотность желудочного сока нормальная или повышенная;
- атрофический (типа А, аутоиммунный) возникает вследствие генетической предрасположенности с развитием атрофии слизистой тела и дна желудка в ранние сроки развития заболевания при слабой выраженности воспалительных изменений. Диагностируется у 15—20% больных, страдающих хроническим гастритом. У них обнаруживаются антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Касла, высокий уровень гастрина, гипо- и ахлоргидрия, возникает В<sub>12</sub>-дефицитная анемия. Часто сочетается с гипотиреозом, сахарным диабетом, витилиго.

Различают также особые формы гастритов: химический, радиационный, лимфоцитарный, гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие), гранулематозный, эозинофильный, другие инфекционные.

### Клиническая картина

Клиническая картина хронического гастрита разнообразна и зависит от типа гастрита и стадии заболевания. Наиболее часто больные предъявляют жалобы на тупую, ноющую боль в эпигастральной области, возникающую сразу после еды и

постепенно стихающую. Диспептический синдром проявляется изжогой, отрыжкой, реже тошнотой и рвотой, которые обычно возникают при погрешности в диете. Состояние больных, как правило, остается удовлетворительным, при пальпации живота определяется умеренная болезненность в эпигастрии.

При хроническом аутоиммунном гастрите часто определяют признаки В<sub>12</sub>-дефицитной анемии: желтушно-бледная окраска кожи, одутловатое лицо, седые волосы, отеки, нарушения походки, вследствие фуникулярного миелоза, гиперхромная, мегалобластная анемия, могут также обнаруживаться витилиго, признаки гипотиреоза и сахарный диабет.

### Лабораторно-инструментальное обследование

Лабораторно-инструментальное обследование больных с хроническим гастритом включает проведение рентгенологического исследования желудка, эзофагогастродуоденоскопии, исследование секреторной функции желудка, выявления *Helicobacter pylori*. Эзофагогастродуоденоскопия с исследованием биоптата слизистой желудка является золотым стандартом в диагностике вида хронического гастрита и используется для выявления очагов метаплазии слизистой при обследовании больных с гигантоклеточным гастритом.

### Лечение

Лечение хронического гастрита зависит от этиологии заболевания и включает проведение диетотерапии и назначение медикаментозной терапии. Базисная терапия хронического неатрофического гастрита направлена на проведение эрадикации *Helicobacter pylori*. При хроническом гастрите со сниженной секрецией назначается заместительная терапия — ацидин пепсин, пепсидил, панкреатические ферменты, не содержащие желчных кислот. В случае сочетания хронического атрофического гастрита с В<sub>12</sub>-дефицитной анемией лекарственное лечение включает внутримышечное введение 1 мл 0,1% раствора оксикобаламина в течение 6 дней, далее — в той же дозе в течение месяца препарат вводится 1 раз в неделю, а в последующем — длительным (пожизненным) введением 1 раз в 2 месяца.

## **VIII. Самостоятельная работа студентов**

Самостоятельной работой студентов является курация больных. В ходе занятия группы из 2-3 студентов совместно курируют 1-2 больных с хроническими гастритами, коллегиально формулируют структурированный предварительный диагноз и составляют план обследования и лечения пациента. Результаты работы докладываются всей группе, обсуждаются и фиксируются в дневнике курации.

### Задачи курации:

1. Формирование навыков опроса и осмотра больных хроническими гастритами.
2. Формирование навыка постановки предварительного диагноза на основании данных опроса и осмотра пациента.
3. Формирование навыка составления плана обследования и лечения, исходя из предварительного диагноза хронического гастрита.

## IX. Клинические задачи и тестовый контроль

### Задача №1

Больной А., 32 лет, обратился к врачу с жалобами на частые умеренные боли в эпигастриальной области, возникающие через 20—30 мин после приема пищи, а также на голодные боли, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, плохой сон, запоры.

Считает себя больным около года. Ранее к врачу не обращался. При болях и изжоге принимает фосфалюгель или альмагель с положительным эффектом. Три дня назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось, усилились боли, отрыжка, изжога, в связи с чем обратился к врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, пневмония, остеохондроз пояснично-грудного отдела позвоночника, ОРЗ. Профессиональный анамнез: больной работает шофером на междугородних перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи длительные, еда всухомятку. Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,5 °С. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 17 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии верхняя граница легких спереди на 5 см выше ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка, ширина полей Кренига — 8 см, нижняя граница легких справа — по окологрудной линии V межреберье, по среднеключичной линии VI ребро, по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка; слева — по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии  $\pm 3,5$  см, по среднеключичной и лопаточной линиям справа  $\pm 2,5$  см. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне верхнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, Артериальное давление — 115/70 мм. рт. ст.

Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову—Стражеско—Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9 x 8 x 7 см. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением,

не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Общий анализ крови: Hb — 136 г/л, лейкоциты —  $6,1 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные — 3%, сегментоядерные — 57%, эозинофилы — 2%, лимфоциты — 32%, моноциты — 6%, СОЭ — 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты — 1-2 в поле зрения.

ЭГДС: Преимущественно в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку. Взята биопсия слизистой оболочки.

Данные биопсии: выявлен *Helicobacter pylori* — слабая обсеменность (до 20 микробных тел в поле зрения).

Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие факторы способствуют развитию данного заболевания у больного?
3. Какие исследования позволяют оценить секреторную функцию желудка?
4. Перечислите неинвазивные методы обнаружения *Helicobacter pylori*.
5. Перечислите основные принципы лечения данного заболевания.

## Задача №2

Больной В., 42 лет, жалуется на боли ноющего характера, возникающие независимо от приема пищи, и чувство тяжести после еды в эпигастральной области, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту по утрам, снижение аппетита, ощущение урчания и переливания в животе, метеоризм, поносы, раздражительность, легкую возбудимость, неустойчивое настроение.

Считает себя больным три года. В последние два месяца самочувствие ухудшилось, появились боли в эпигастральной области непосредственно после еды, которые сохраняются в течение часа. Ранее с указанными жалобами к врачам не обращался.

Перенесенные заболевания: корь, коклюш, аппендэктомия в детском возрасте. Профессиональный анамнез: больной работает конструктором. После окончания школы работал и одновременно учился в институте. Рабочий день был ненормированный, питался нерегулярно, часто всухомятку, в пищу употреблял много консервов. В последние годы режим питания правильный. Вредные привычки: курит с 18 лет по 1 пачке сигарет в день, несколько лет употреблял алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у матери и брата — хронический гастрит, у отца — гипертоническая болезнь, два сына здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. В углах рта мацерации и поперечные трещины. Волосы легко ломаются и выпадают. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 18 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный, с коробочным оттенком звук. При топографической перкуссии верхняя граница легких спереди на 7 см выше ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка, ширина полей Кренига — 11 см, нижняя граница легких справа — по окологрудной линии V межреберье, по среднеключичной линии VI ребро, по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по

лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка; слева — по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии  $\pm 3,0$  см, по среднеключичной и лопаточной линиям справа  $\pm 2,5$  см. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне верхнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 66 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление — 130/80 мм рт. ст.

Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов, сосочки сглажены. Десны легко кровоточат. Живот нормальной конфигурации, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, пальпация в подложечной области и слева от пупка вызывает разлитую болезненность. Симптомы Щеткина—Блюмберга, Менделя отрицательны. При глубокой методической пальпации по Образцову—Стражеско—Василенко восходящая поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. При пальпации сигмовидная и слепая кишки слегка болезненны. Отмечается урчание и плеск при пальпации слепой и ободочной кишки. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9 x 8 x 7 см. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Общий анализ крови: Нб — 100 г/л, лейкоциты —  $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 57%, эозинофилы — 1%, лимфоциты — 30%, моноциты — 8%, СОЭ — 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты — 1-2 в поле зрения.

ЭГДС: Эндообразований в пищеводе, желудке и осмотренных отделах двенадцатиперстной кишки не выявлено. Слизистая оболочка истончена, бледно-серого цвета с просвечивающимися кровеносными сосудами, рельеф сглажен. Широкие участки незначительно истонченной слизистой оболочки чередуются с зонами атрофии белесоватого цвета различной формы небольших размеров. *Helicobacter pylori* не выявлен.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие показатели желудочной секреции вы предполагаете получить при обследовании больного?
4. Какую терапию необходимо назначить данному больному?

## Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Перечислите факторы вирулентности *Helicobacter pylori*:
  - а) способность прикрепляться к плазмолемме эпителиальных клеток желудка и разрушать компоненты цитоскелета этих клеток;
  - б) способность подавлять фагоцитоз;
  - в) способность вырабатывать уреазу и каталазу;
  - г) способность проникать в подслизистый слой, повреждая эпителий желудка.
2. Инфицирование *Helicobacter pylori* происходит:
  - а) половым путем;
  - б) воздушно-капельным путем;
  - в) орально-оральным путем;
  - г) трансмиссивным путем;
  - д) фекально-оральным путем.
3. Выберите основной патогенетический механизм влияния *Helicobacter pylori* на уровень секреции соляной кислоты в желудке:
  - а) *Helicobacter pylori* разрушает обкладочные клетки желудка и понижает секрецию соляной кислоты;
  - б) *Helicobacter pylori* повышает концентрацию сывороточного гастрина и увеличивает секрецию соляной кислоты;
  - в) *Helicobacter pylori* не изменяет секрецию соляной кислоты, обладая лишь прямым цитолитическим действием на клетки эпителия желудка.
4. Хронический атрофический гастрит возникает вследствие:
  - а) образования аутоантител к G-клеткам желудка, что уменьшает выработку гастрина и приводит к ахлоргидрии;
  - б) атрофии слизистой желудка у больных с атеросклерозом;
  - в) длительного приема глюкокортикостероидов;
  - г) выработки аутоантител к париетальным клеткам желудка, что приводит к атрофии фундального отдела желудка и снижению концентрации соляной кислоты.
5. Болезнь Менетрие — это:
  - а) атрофический гастрит;
  - б) эозинофильный гастрит;
  - в) гигантоклеточный гастрит;
  - г) химический гастрит.
6. Выберите симптомы, характерные для хронического атрофического гастрита:
  - а) выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время, голодные боли;
  - б) изжога, рвота кислым содержимым;
  - в) появление прожилок крови в кале;
  - г) наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови.

7. Перечислите инструментальные методы обследования, которые показаны больному с хроническим неатрофическим гастритом:
- а) ЭГДС;
  - б) рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
  - в) колоноскопия;
  - г) УЗИ брюшной полости.
8. Выберите неинвазивные тесты определения *Helicobacter pylori*:
- а) гистологический;
  - б) серологический;
  - в) дыхательный;
  - г) бактериологический.
9. Проведение эндоскопического исследования позволяет провести дифференциальную диагностику хронического гастрита с:
- а) язвенной болезнью желудка;
  - б) раком желудка;
  - в) инфарктом миокарда;
  - г) крупозной пневмонией.
10. Лечение атрофического гастрита включает:
- а) назначение эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*;
  - б) лечение В<sub>12</sub>-дефицитной анемии;
  - в) заместительная терапия секреторной недостаточности желудка;
  - г) назначение неселективных М-холиноблокаторов.
11. Факторами защиты слизистой оболочки желудка являются:
- а) мукопротеиды и бикарбонаты;
  - б) соляная кислота;
  - в) *Helicobacter pylori*;
  - г) внутренний фактор Кастла.
12. Перечислите препараты, которые применяются в трехкомпонентной схеме эрадикации *Helicobacter pylori*:
- а) де-нол;
  - б) омепразол;
  - в) кларитромицин;
  - г) амоксициллин.