

Широкий набор маркеров (тотальный метаболом) при скрининге больших когорт мешает обработке данных. В настоящее время развивают подходы к селекции маркеров. Для некоторого облегчения выбора маркеров можно пользоваться современными программами, в которых представлены сведения от генома, через протеом к метаболому человека. Очень перспективны для построения диагностических алгоритмов эмпирические данные относительно связи метаболомных изменений и патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний. Для выбора групп метаболомных маркеров при скрининге сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к исходам в виде тромбозов, инфаркта и инсульта, следует опираться на уже изученные патохимические процессы. К ним относятся - гипометилирование, митохондриальная и эндотелиальная дисфункция, нарушение анаплеротических путей цикла трикарбоновых кислот и путей биосинтеза и транспорта липидов. Следует также принимать во внимание хорошо изученные эндокринные маркеры, которые в совокупности, входят в 48 известных профилей метаболомных групп. Выбор процедуры пробоподготовки и субстанций для калибровки анализа зависит от конечного списка маркеров из указанных групп. В нашем городе в настоящее время технологии метаболомного и протеомного профилирования начинают развиваться в некоторых крупных медицинских центрах, однако темпы этого развития следует поддержать регионарным инвестиционным проектом.

*В.В. Ивлев, С.А. Варзин, А.Н. Шишкин*

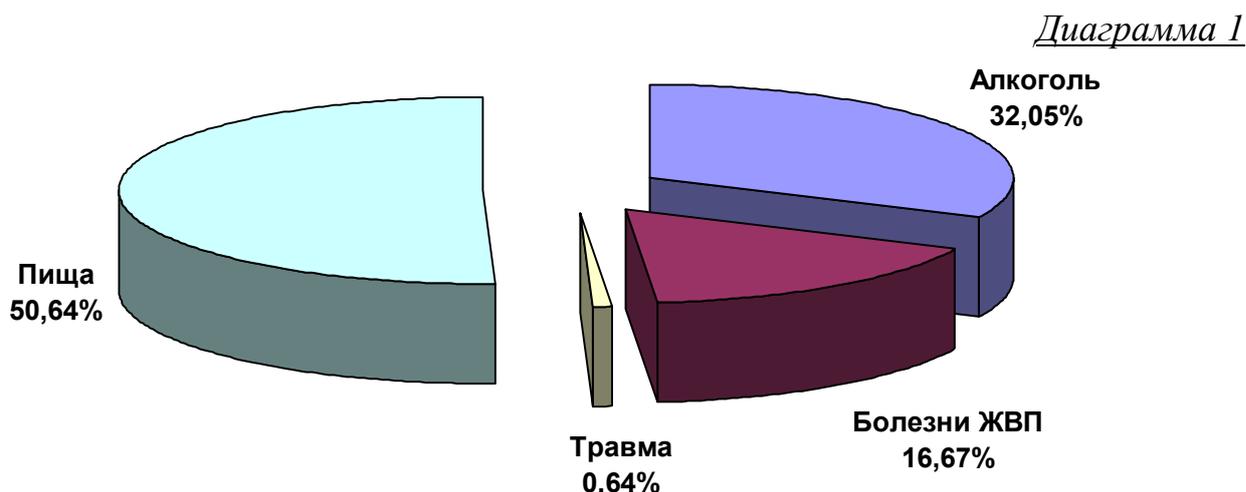
### **ОСНОВНЫЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

*Санкт-Петербургский государственный университет,  
Медицинский факультет*

Начиная с 2002 года по данным Комитета Здравоохранения по Северо-Западному региону острый панкреатит (ОП) вышел на 1 место среди острых хирургических заболеваний живота и стабильно сохраняет данную позицию. Примерно такая же эпидемиологическая картина наблюдается практически во всех центральных городах страны. По разным данным, ОП в 15-25% случаев протекает с деструктивным процессом.

Основными этиопатогенетическими факторами развития ОП принято считать заболевания жёлчных путей (желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, стеноз фатерова сосочка, стриктура вирсунгова протока, вирсунголитиаз), алкогольный эксцесс и травмы поджелудочной железы. Рядом авторов с недавних пор стал выделяться дополнительно алиментарный фактор патогенеза ОП. Хотя следует отметить, что в настоящее время пока ещё не существует полноценных рандомизированных исследований по оценке качества питания населения, несмотря на засилье рыночного пространства индустрией быстрого питания (“fast food”, “McDonald’s”, “Подорожник”, “Быстроежка” и другие), качество приготовленной пищи которых вызывает определённую настороженность.

Нами был произведён опрос больных, находившихся на стационарном лечении по поводу острого деструктивного панкреатита (ОДП) в городской больнице №4 Св.Георгия (Санкт-Петербург) и клиническом госпитале МСЧ ГУВД по г.СПб и ЛО в период 2000-2008гг. Общее число опрошенных по разработанной нами анкете больных составило 130 человек, из них мужчин 92 (70,7%) человека, женщин – 38 (29,3%). Результаты анкетирования представлены на диаг. 1.



Было выявлено, что алкогольный эксцесс наблюдался у 50 больных, заболевания желчевыведительных путей – у 26, ОДП в результате травмы - у одного пациента, а развитие ОДП с приёмом острой жирной пищи (как правило, в заведениях индустрии быстрого питания) связало 79 больных. Изолировано на долю алиментарного фактора в развитии ОДП пришлось 53 (40,7%) случая заболевания.

Таким образом, по результатам нашего опроса можно говорить о том, что фактор питания необходимо расценивать в настоящее время наравне с другими этиологическими факторами развития панкреатита. Своевременная коррекция общественного питания населения и ужесточение контроля со стороны государства в отношении заведений индустрии быстрого питания позволит снизить заболеваемость ОП.

*Г.С. Чепчерук, Я.Х. Джалашев, А.С. Попов, В.В. Ивлев*

### **СИНДРОМ ДЪЕЛАФУА (случай из практики)**

*Клинический госпиталь медико-санитарной части ГУВД  
по Санкт-Петербургу и Ленинградской области*

Первые описания кровотечения из аррозированных сосудов подслизистого слоя желудка без явных признаков язвенного дефекта в слизистой появились в 1884 году. Автором этих аутопсийных после летального исхода описаний является Т.Gallard. Причиной смерти