вживання з продуктами харчування соняшникової олії не приводит до достовірних змін вивчаємих показників.

**Висновок.** Застосування у харчуванні щурів пальмової олії призводить до дестабілізації мембран клітин міокарду, розвитку ендотеліальної дисфункції, порушень енергетичного обміну, що може стати причиною розвитку патології міокарду.

**СУЧАСНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ**

**Рапота А.І. , Кошиль М.С., Горбач Т.В.**

*Харківський національний медичний університет*

Діагностика атеросклерозу судин за допомогою лабораторних методів, що засновані на біохімічному дослідженні ліпідних фракцій крові не втратила своєї актуальності, але є недостатньою для постановки точного діагнозу. Патологічні рівні загального ХС, Х-ЛПНЩ та ХС-ЛПВЩ дійсно є маркерами наявності атеросклерозу. Але нормальні концентрації загального ХС, ХС-ЛПНЩ та ЛПВЩ не обов'язково свідчать о відсутності атерогенезу [1].

Одним з найпростіших методів діагностики атеросклерозу є визначення відношення аполіпопротеїну В, що є складовою ЛПНЩ до аполіпопротеїну А, який знаходиться у ЛПВЩ. Таким чином можна виявити ризик появи атеросклерозу або його наявність навіть при нормальному значенні загального холестерину [1].

У ряді досліджень показана висока кореляція між вмістом гомоцистеїну в крові і ризиком розвитку атеросклерозу та ішемії мозку, особливо у молодих людей [2]. Механізм активізації атерогенезу внаслідок гіпергомоцистеїнемії імовірно обумовлений як прямим ушкодженням ендотелію судин, так і активізацією перекисного окислення ліпідів; при цьому утворюються модифіковані ЛПНЩ, які пошкоджують ендотелій судинної стінки, а також пригнічують продукцію ендотеліального вазодилатуючого фактора (NO).

 Ще одним важливим критерієм діагностики атеросклерозу є визначення С – реактивного білка (СРБ). Його висока концентрація має тісну кореляцію з наявністю тонкостінних фіброатером [3]. Рівень СРБ > 2мг/л вважається незалежним маркером серцево-судинних ускладнень, обумовлених атеросклерозом [3].

В останні роки у якості маркера нестабільності атеросклерозу активно досліджується ліпопротеїн-асоційована фосфоліпаза А2 [4]. Вона гідролізує фосфоліпіди в ЛПНЩ з утворенням лізофосфатидилхоліну, який виступає у ролі медіатора запалення і проатерогенного фактора. Перспективним напрямом у дослідженні атеросклерозу є моніторинг рівня матриксної металопротеінази. Вона експресується у зонах атеросклеротичних бляшок, особливо у плечовій зоні капсули, що може приводити до ослаблення фіброзної капсули і подальшої дестабілізації атеросклеротичного дефекту [4].

Література.

1. Р.I Barter, C.V. Balantyne, R. Carmena et al. Apo B versus cholesterol in estimating cardiovascular risk in guiding therapy: repot of the thirty-person /the country panel. // Journal of Internal Medicine.-2006, v. 259.- p. 247-258/
2. Holvet P. Plasma homocysteine indicates risk for vascular disease. // Acta Cardiol., 2004.- v.59(5).- p. 479 – 484
3. Scirica C.T. Clinical application of C-Reactive Protein across the spectrum of acute coronary syndrome. // Clinical Chemistry. 2007.-v.53, N 10, p. 1800-1807/
4. Christine Gorman and Alice Parc Inflammation is a secret killer: the surprising link between inflammation and asthma, heart attacks, cancer, Alzheimerꞌs and other diseases. //Time Magazine.- Feb. 2004, v. 23.- p. 211-217/

**МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ - СОВРЕМЕННОЕ**

**СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

**Распопов А. А., Авидзба Ю.Н.**

*Харьковский национальный медицинский університет*

**Актуальность.** Среди всего мужского населения бесплодия определяется у 7% мужчин. Снижение фертильности за последние 70 лет стало носит угрожающий характер. Бесплодие является проблемой для 14-29% супружеских пар в мире (> 50 млн бесплодных браков) [Mascarenhas М. et al., 2012, ВОЗ, 2015], а в Украине частота бесплодных браков составляет 20-25% [Горпинченко И.И. , 2016]. Мужской фактор в структуре бесплодного брака составляет 40-50% [Hwang K. et al., 2011, Agarwall A. et al., 2015, Горпинченко И.И., 2016]. За последние 30 лет мужской фактор в структуре бесплодного брака увеличился почти в 2 раза. Скорость падения концентрации сперматозоидов в эякуляте здоровых мужчин составляет 2,0% в год, также за последние 5 лет мужское население в мире уменьшилось на 0,8%, в том числе трудоспособное - на 2,2%.

**Цель исследования -** поиск информативных диагностических маркеров нарушений сперматогенеза и усовершенствования алгоритма диагностики бесплодия у мужчин репродуктивного возраста в зависимости от выявленной патоспермии.

**Материалы и методы.** Унифицированные лабораторные методы наряду с современными лабораторными тестами определения андрогенной недостаточности включают в себя: измерение объема эякулята после 3-4-дневного воздержания, менее 1 мл - признаки гипоандрогении; определение содержания лимонной кислоты в сперме; определение характера кристаллизации секрета предстательной железы, биохимические методы определения экскреции тестостерона (в моче методом Т.П. Безверха), определение общих нейтральных 17-кетостероидов в суточной моче; определение общих эстрогенов по Иттриху; радиоиммунологические методы определения половых и гонадотропных гормонов в крови, иммуноферментный метод определения гормонов в крови, определение резервной функции яичек с помощью хориогониновои пробы.