

**Результати.** Серед обстежених пацієнтів у 21 (45,6%) хворого на 30 добу захворювання були наявні прояви підвищення м'язового тону за центральним типом в уражених кінцівках. При аналізі факторів, які впливають на розвиток спастичних проявів у пацієнтів з ГПІ було встановлено, що достовірно вплив мав рівень неврологічного дефіциту за NIHSS ( $p < 0,05$ ), інші фактори, такі як стать, вік, локалізація вогнища ураження, не корелювали зі спастичними проявами. В той же час був продемонстрований достовірний негативний вплив на відновлення рівня самообслуговування пацієнтів за ВІ на 30-ту, 90-ту та 180-ту добу захворювання ( $p < 0,05$ ). Також серед пацієнтів із підвищеним м'язовим тонусом оцінка якості життя за фізичним компонентом здоров'я була достовірно нижчою, ніж у пацієнтів без проявів спастичності ( $p < 0,05$ ). Також виявлений достовірний вплив спастичних проявів на показник рівня болю за опитувальником SF-36v2 Health Survey на 30-ту добу захворювання ( $p < 0,05$ ). Не було достовірної кореляції між проявами підвищеного м'язового тону та депресивними та тривожними розладами у пацієнтів з ГПІ у відновному періоді.

**Висновки.** 1. У проведеному дослідженні встановлено достовірний вплив проявів спастичності на відновлення самообслуговування у пацієнтів з ГПІ. 2. Визначено достовірну кореляцію між спастичними проявами та показником фізичного компоненту здоров'я при оцінці якості життя протягом всього відновного періоду, а також з рівнем болю у хворих на ГПІ на 30-ту добу захворювання. 3. Достовірного впливу рівня спастичності на психоемоційний стан пацієнтів з ГПІ не було виявлено.

## ВІДМІННОСТІ ЕКГ-ФЕНОМЕНІВ У ПЛАВЦІВ, ЯКІ ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА СТАТТЮ І КВАЛІФІКАЦІЄЮ

*Михалюк Є.Л., Новак А.О., Польський С.Г.*

Запорізький державний медичний університет

Метою роботи є порівняння даних ЕКГ у жінок і чоловіків, які займаються плаванням на дистанції від 100 до 400 метрів, що відрізняються зі спортивної кваліфікації.

**Матеріали і методи.** Дослідження біоелектричної активності міокарда виконували на діагностичному автоматизованому комплексі «Кардіо +». Обстежено 129 плавчинь від III розряду до майстра спорту міжнародного класу (МСМК) і 257 плавців аналогічної кваліфікації. Всі плавці були розділені на групи. Першу групу склали 27 плавчинь і 71 плавців рівня МС-МСМК, другу 74 плавчинь і 109 плавців кваліфікації кандидат в майстри спорту (КМС)-1 розряд, третю 28 плавчинь і 77 плавців кваліфікації II-III розряду.

**Результати.** Кількість плавців з правильним синусовим ритмом на ЕКГ практично не відрізнялося у плавців кваліфікації КМС-1 розряд ( $p = 0,133$ ) і II-III розряду ( $p = 0,127$ ), а серед плавців рівня МС-МСМК їх кількість була більшою у чоловіків ( $p = 0,047$ ). Вертикальна позиція серця частіше зустрічалася у плавців-чоловіків МС-МСМК ( $p = 0,008$ ) і жінок II-III розряду ( $p = 0,029$ ), серед спортсменів КМС-1 розряду частота була порівнянна ( $p = 0,149$ ). Відхилення електричної осі серця вправо достовірно частіше зустрічалася у жінок рівня МС-МСМК ( $p = 0,026$ ), серед плавців КМС-1 розряду ці дані можна було порівняти. Напівгоризонтальна позиція серця була у 3 плавчинь рівня МС-МСМК, 3 плавців КМС-1 розряд і 4 плавців II-III розряду. Горизонтальна позиція серця зустрічалася у 3 плавців МС-МСМК і 2 плавців II-III розряду. Відхилення електричної осі серця вліво було у 2 плавців КМС-1 розряд. Нормальний вольтаж ЕКГ у плавців рівня МС-МСМК був порівнянний між жінками і чоловіками ( $p = 0,118$ ), в групі КМС-1 розряд більше був у жінок ( $p = 0,05$ ), а в групі II-III розряду у чоловіків ( $p = 0,005$ ). Кількість плавців з брадикардією, ЧСС в межах 61-79 уд/хв серед жінок і чоловіків була порівнянна, а серед плавців II-III розряду з ЧСС більше 80 уд/хв була більше у жінок ( $p = 0,034$ ). Кількість спортсменів обох статей зі змінами на ЕКГ практично не відрізнялася за такими феноменами, як неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, синдром СЛС, зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу в групі МС-МСМК і II-III розряду, кількість спортсменів обох статей з синдромом ранньої реполяризації шлуночків (СРРШ) не відрізнялася, відповідно ( $p = 0,599$ ) і ( $p = 0,792$ ), а в групі КМС-1 розряд було більше чоловіків ( $p = 0,00001$ ).

Резюмуючи можна сказати, що у плавців-чоловіків рівня МС-МСМК частіше зустрічається правильний синусовий ритм, вертикальна позиція серця і рідше, відхилена вправо електрична вісь серця, ніж у жінок. У плавців-чоловіків кваліфікації КМС-1 розряд частіше виявлений підвищений вольтаж, СРРШ і рідше нормальний вольтаж. У плавців-чоловіків II-III розряду частіше зустрічається нормальний вольтаж ЕКГ, рідше вертикальна позиція серця, ЧСС більше 80 уд/хв, підвищений вольтаж ЕКГ і T-infantile, ніж у жінок.

Таким чином, ми засвідчуємо, що у міру підвищення рівня спортивної кваліфікації плавців від III розряду до МСМК, які спеціалізуються на дистанції 100-400 метрів помітно зниження відмінностей серед показників ЕКГ між жінками і чоловіками.