

Вплив фізичної реабілітації на якість життя осіб із поствірусним синдромом втоми

Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)

Постановка наукової проблеми та аналіз наукових досліджень і публікацій. Поствірусний синдром втоми (ПСВ) має шифр за МКХ-10 G 93.3, проте й у 90-х рр. минулого століття, й у роботах останніх років залишаються поширеними попередні терміни (синдром хронічної втоми (ICD-9-CM 780.71) чи міалгічний енцефаломієліт). Разом із тим клінічна картина ПСВ на офіційному сайті МКХ-10 версії 2018 р. залишається аналогічною до синдрому хронічної втоми.

Так, за даними літератури, синдром хронічної втоми (СХВ, CFS) чи міалгічний енцефаломієліт (МЕ) характеризується стійкою втомою, котру не можна пояснити з медичного погляду, а також такими симптомами, як м'язово-скелетні болі, порушення сну, головні болі, порушення концентрації та короткочасної пам'яті [9]. Найвищу розповсюдженість простежуємо у віці 20–40 років, причому найбільшу – серед жінок [12].

Етіологія захворювання залишається незрозумілою, хоча існують різні гіпотези. Проте відсутні переважні докази для будь-якої з цих гіпотез [15].

У наукових роботах розглянуто питання щодо рівня фізичної підготовленості та аеробної працездатності (споживання кисню, тривалість виконання тесту, максимальна частота серцевих скорочень) [6, 13, 14]; наявності ознак серцево-легеневої аномалії й особливостей функції зовнішнього дихання [6, 14], роботи м'язів, їх метаболізму [2, 7], активації [7], кровопостачання м'язів під час тренувань [0]; пікових показників сили та показників при ізометричному скороченні, кількості рухової активності [11] в осіб із СХВ. Значну увагу приділено проблемі зниження якості життя при синдромі хронічної втоми [3, 4, 5, 10].

Особливості якості життя належать одних із ключових та узагальнювальних показників впливу захворювання на людину, тому її дослідження серед осіб із СХВ викликає значний інтерес у дослідників [4, 10].

Так, у пацієнтів із СХВ відзначено низьку якість життя [3, 8], незалежно від регіону проживання. Зокрема, указано на можливість зниження якості життя до трьох стандартних відхилень, нижчих від норми.

Дослідження пов'язаної зі здоров'ям якості життя на основі EQ-5D-3L у пацієнтів із CFS, котрі мешкають у Данії, засвідчило значно нижчий результат за середнє значення популяції з урахуванням низки умов, котрі могли також впливати на бали групи [5].

У роботі А. L. Komaroff і співавторів [8] наведено результати оцінки функціонального стану й добробуту (SF-36) пацієнтів із CFS та здійснено їх порівняння із загальною групою популяції та шістьма групами пацієнтів (із гіпертензією, застійною серцевою недостатністю, цукровим діабетом II типу, гострим інфарктом міокарда, розсіяним склерозом, депресією). Виявлено, що пацієнти із CFS мали набагато нижчі середні оцінки, ніж суб'єкти контрольної групи загальної популяції у всіх восьми шкалах SF-36. Пацієнти із CFS також набрали значно менше балів, ніж пацієнти у всіх групах порівняння з хворобами, крім депресії, практично у всіх шкалах. Особи з депресією набрали вищі бали, порівняно з групою CFS, за всіма шкалами, окрім шкали вимірювання психічного здоров'я та рольових порушень у результаті емоційних проблем.

Зв'язок роботи з науковими планами й темами. Роботу виконано згідно зі «Зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр.» за темою 4.4 «Удосконалення організаційних і методичних основ програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму людини» (номер державної реєстрації 0111U001737) та відповідно до плану

НДР НУФВСУ на 2016–2020 рр. за темою: 4.2. «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп», номер державної реєстрації 0116U001609 за період 16.01.2017–30.12.2017 рр.

Мета статті – дослідити динаміку якості життя в осіб із поствірусним синдромом втоми під впливом застосування засобів фізичної реабілітації.

Матеріали та методи дослідження – аналіз наукової літератури, синтез та узагальнення; опитувальник SF-36, методи математичної статистики.

У дослідженні брали участь 64 пацієнти, котрі проходили курс фізичної реабілітації в оздоровчо-реабілітаційному центрі Тетра (м. Харків). Із них 21 – чоловічої статі, 43 – жіночої. Середній вік обстежуваних – $39,5 \pm 5,61$ років.

На етапі формувального експерименту впроваджувалися програми фізичної реабілітації для основної (ОГ; $n = 33$) і контрольної (КГ; $n = 31$) груп, де основна група займалася за розробленою комплексною програмою фізичної реабілітації, а контрольна – за стандартною.

За своїм складом групи були однорідними й комплектувалися з урахуванням результатів констатувального експерименту без достовірних відмінностей за показниками рухової функції травмованої нижньої кінцівки ($p > 0,05$). Програми як контрольної, так і основної груп мали в структурі заходи, котрі виконувалися з фахівцем в умовах оздоровчо-реабілітаційного центру та самостійно в домашніх умовах і на відкритому повітрі (табл. 1). Отже, у програмі основної групи варіативний компонент представлено заняттями з фахівцем із фізичної реабілітації в оздоровчо-реабілітаційному центрі, а базовий (аеробні навантаження) – самостійними заняттями. Контрольна група характеризувалася виконанням лише аеробних навантажень як в оздоровчо-реабілітаційному центрі, так і самостійно.

Таблиця 1

Основні складники програм фізичної реабілітації в основній та контрольній групах

СКЛАДНИК ПРОГРАМИ		КГ	ОГ
1	Для занять в оздоровчо-реабілітаційному центрі	Ходьба, біг, плавання або їзда на велосипеді	– Функціональна гімнастика (за Gray Institute, 3D Maps); – вправи з гумовими амортизаторами, нестабільними платформами; – техніки структурального балансу (міофасціальний реліз); – МФР роли; – тайська система оздоровлення Nuad Bo-Ram (техніки ритмічної акупресури, «Пасивна йога», рефлексотерапія)
2	Для самостійних занять	Дихальні вправи та прогулянки	Скандинавська ходьба, динамічні дихальні вправи та прогулянки

Тривалість програм – шість тижнів. Кратність занять у групах була однаковою.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до результатів завершального тестування в основній групі простежено кращу динаміку в низці підшкал якості життя.

Результати підшкали «Фізичне функціонування» в основній і контрольній групах статистично відрізнялися ($p < 0,05$) при завершальному обстеженні після проходження програми фізичної реабілітації (табл. 2; рис. 1). Так, через дев'ять тижнів терапії середнє значення для ОГ становило $51,1 \pm 8,45$ бала, для КГ – $45,5 \pm 8,88$. Значення Me (25; 75) простежено на рівнях 50 ($42,5$; 60) та 45 (35 ; 55) балів відповідно. Завершальні результати так і залишилися майже удвічі меншими за показники популяції, котрі представлені в літературі [3].

Середньостатистичні показники якості життя пацієнтів із поствірусним синдромом втоми при завершальному обстеженні

Показник	Me (25; 75)		p
	ОГ	КГ	
Фізичне функціонування	50 (42,5; 60)**	45 (35; 55)**	<0,05
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	25 (25; 50)**	25 (0; 25)**	<0,05
Біль	62 (52; 72)**	51 (41; 62)**	<0,01
Загальне здоров'я	42 (37; 47)**	40 (35; 42)**	>0,05
Життєздатність	40 (35; 50)**	40 (30; 40)**	<0,05
Соціальне функціонування	50 (37,5; 62,5)**	50 (37,5; 62,5)**	>0,05
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	66,7(66,7; 100)**	66,7(66,7; 100)**	>0,05
Психічне здоров'я	64 (56; 76)**	60 (52; 68)**	<0,05
Фізичний статус	34,1(32,9; 36,5)**	31,7(27,9; 34,2)**	<0,01
Психічний статус	46,6(40,4; 51,4)**	46,1(41,4; 49,3)**	>0,05

Примітка. * – Різниця між показником статистично значуща, порівняно з показником на момент первинного обстеження $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Отже, отримані середньостатистичні показники підшкали «Фізичне функціонування» зросли. Збільшення середніх значень у групах становило 9,55 бала в ОГ та 5,48 – у КГ. Серед обох груп відзначено достовірне поліпшення результатів, порівняно з початковими ($p < 0,01$). Проте, оскільки на момент завершального обстеження групи відрізнялися, то запропонована програма була більш ефективною, порівняно зі стандартною.

Аналізуючи результати підшкали «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», ми встановили, що основна й контрольна групи статистично відрізнялися ($p < 0,05$) під час другого обстеження (табл. 2; рис. 1). На етапі завершального тестування середнє значення за цим показником в ОГ зросло на 25 балів і становило $32,6 \pm 13,23$ бала, для КГ приріст дорівнював 16,13 бала при завершальному середньому значенні в групі $24,2 \pm 17,66$ бала, що свідчить про кращу ефективність запровадженої програми. Статистичні показники Me (25; 75), відповідно, становили 25 (25; 50) і 25 (0; 25) балів. В обох групах встановлено статистичне покращення результатів, порівняно з початковими ($p < 0,01$), проте завершальні результати так і залишилися значно меншими за показники популяції, котрі представлені в літературі [3].

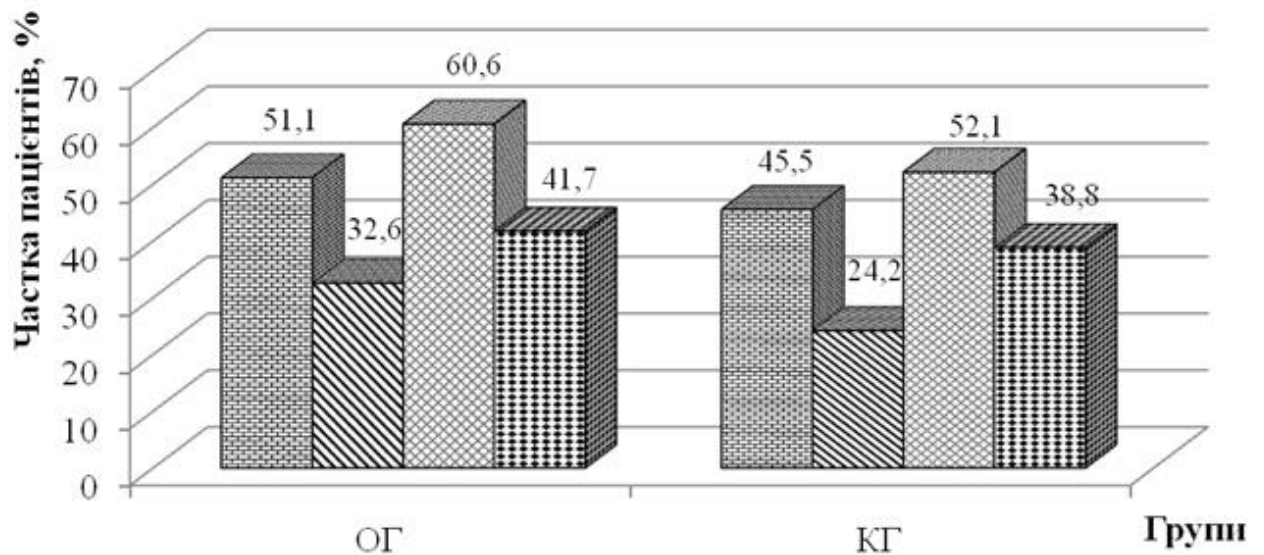


Рис. 1. Заключні результати компонентів (підшкал) Фізичного статусу за SF-36 у основній (ОГ) та контрольній (КГ) групах пацієнтів після проходження фізичної реабілітації :

- - Фізичне функціонування;
- ▨ - Роль фізичних проблем в обмеженні, життєдіяльності;
- ▩ - Біль;
- ▧ - Загальне здоров'я

Результати аналізу динаміки показників підшкали «Біль» засвідчили, що впродовж курсу фізичної реабілітації серед ОГ середнє значення зросло на 16,12 бала й дорівнювало $60,6 \pm 12,49$ бала, а дані Me (25; 75) – 62 (52; 72). Статистично менші ($p < 0,01$) показники отримано в КГ: $52,1 \pm 11,28$ бала (+7,29); при Me (25; 75) – 51 (41; 62) бал. Проте статистичне покращення результатів, порівняно з початковими, встановлено як в ОГ, так і в КГ ($p < 0,01$). Завершальні результати ОГ наближались до показників популяції, котрі наведено в літературі [3], а в КГ – були значно нижчими.

Відповідно до результатів дослідження динаміки значень підшкали «Загальне здоров'я» статистичну достовірність змін простежено в обох групах ($p < 0,01$). Серед пацієнтів ОГ середньостатистичний результат зріс на 8 балів та був встановлений на рівні $41,7 \pm 6,76$ бала. У КГ середньостатистичні показники виявлено на рівні $38,8 \pm 6,97$ бала, а приріст становив 4,71. На момент повторного тестування значення цієї підшкали статистично не відрізнялись в ОГ та КГ ($p > 0,05$). Результати завершального тестування наближались до показників популяції [3] як в ОГ, так і в КГ.

Відповідно до результатів аналізу динаміки значень підшкали «Життєздатність» середнє значення ОГ достовірно ($p < 0,01$) збільшилося на 11,97 бала й становило $40,9 \pm 10,49$ бала (рис. 2). Статистичні показники Me (25; 75) встановлено на рівні 40 (35; 50) балів. Середньостатистичнє значення цієї ж підшкали серед контрольної групи достовірно ($p < 0,01$) зросло на 6,29 бала і дорівнювало $34,7 \pm 10,32$. Статистичні показники Me (25; 75) у КГ встановлені на рівні 40 (30; 40) балів. Динаміка в ОГ була більш вагомою, оскільки різниця між завершальними результатами статистично достовірна ($p < 0,05$). Так, остаточні результати в ОГ та КГ наблизилися до показників популяції, котрі представлені в літературі [3], але не досягли їх.

Результати підшкали «Соціальне функціонування» в основній і контрольній групах статистично не відрізнялись ($p > 0,05$) при завершальному обстеженні. Так, через дев'ять тижнів терапії середнє значення для ОГ становило $50,8 \pm 13,95$ бала, для КГ – $49,6 \pm 14,25$ (рис. 2). Значення Me (25; 75) відзначені на рівнях 50 (37,5; 62,5) балів в обох групах. Отже, отримані середньостатистичні показники зросли. Збільшення середніх значень у групах дорівнювало 14,02 бала в ОГ та 13,31 – у КГ. Серед обох

груп відзначено достовірне поліпшення результатів, порівняно з початковими ($p < 0,01$). Так, завершальні результати в ОГ та КГ наблизилися до показників популяції, котрі наведено в літературі [3], але були ще досить віддалені від них.

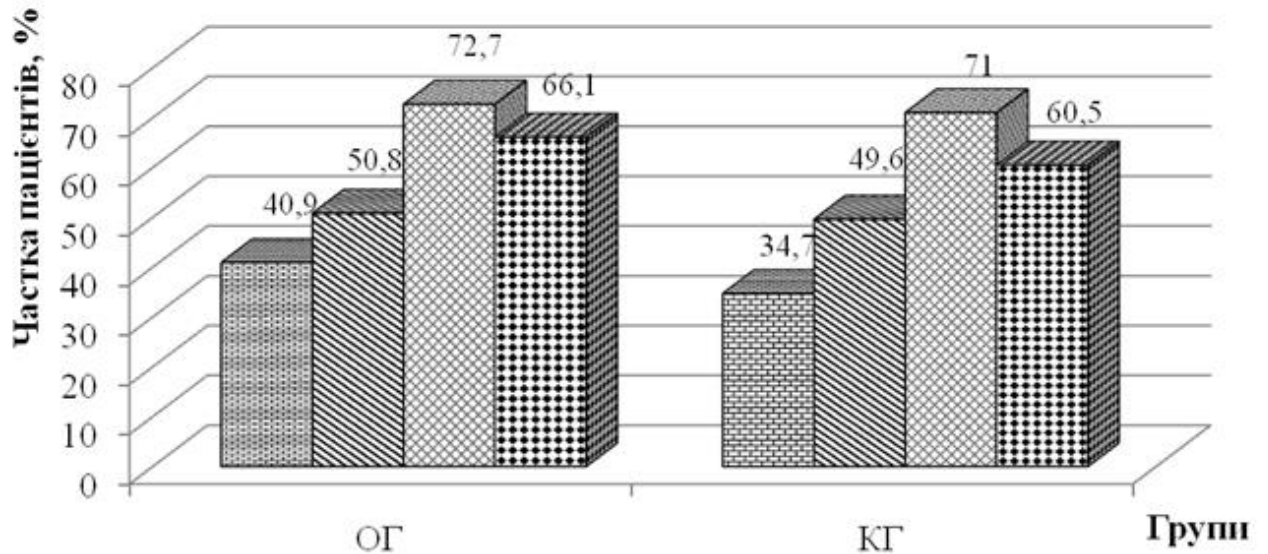


Рис. 2. Заключні результати компонентів (підшкал) Психічного статусу за SF-36 у основній (ОГ) та контрольній (КГ) групах пацієнтів після проходження фізичної реабілітації :

- - Життєздатність;
- ▨ - Соціальне функціонування, життєдіяльності;
- ▩ - Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- ▧ - Психічне здоров'я

Аналізом результатів підшкали «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» встановлено, що основна й контрольна групи статистично не відрізнялися ($p > 0,05$) під час другого обстеження. На етапі завершального тестування середнє значення за цим показником в ОГ зросло на 22,22 бала та становило $72,7 \pm 28,2$, для КГ приріст дорівнював 18,28 бала при завершальному середньому значенні в групі $71,0 \pm 29,49$ бала, що свідчить про однакову ефективність програм. Статистичні показники Me (25; 75) були однакові в групах і становили 66,7 (66,7; 100) бала. В обох групах простежено статистичне покращення результатів, порівняно з початковими ($p < 0,01$). Отже, завершальні результати в ОГ та КГ були дещо вищими від показників популяції, котрі наведені в літературі [3].

Результати аналізу динаміки показників підшкали «Психічне здоров'я» засвідчили, що впродовж курсу фізичної реабілітації серед ОГ середнє значення зросло на 11,03 бала й дорівнювало $66,1 \pm 10,59$, а показники Me (25; 75) – 64 (56; 76) бала. Статистично менші ($p < 0,05$) дані отримано в КГ: $60,5 \pm 10,62$ бала (+5,16); при Me (25; 75) – 60 (52; 68) балів. Проте статистичне покращення результатів, порівняно з початковими, встановлено як в ОГ, так і в КГ ($p < 0,01$). Проте, оскільки на момент завершального обстеження групи відрізнялися, то запропонована програма була більш ефективною, порівняно зі стандартною. Так, остаточні результати в ОГ та КГ були досить наближені й дещо вищі від показників популяції, котрі наведено в літературі [3].

Отримані завершальні результати шкали «Фізичний статус» в основній і контрольній групах статистично відрізнялися ($p < 0,01$). Так, за курс терапії середнє значення в ОГ зросло до $34,4 \pm 2,65$ бала, а в КГ – до $31,7 \pm 4,14$. Значення Me (25; 75) простежено на рівнях 34,1 (32,9; 36,5) бала та 31,7 (27,9; 34,2) відповідно. Отже, отримані середньостатистичні показники зросли. Збільшення середніх значень у групах становило 5 балів в ОГ і 2,6 бала у КГ. Серед обох груп відзначено достовірне ($p < 0,01$) поліпшення результатів, порівняно з початковими (табл. 2; рис. 3). Проте, оскільки на момент завершального обстеження групи статистично відрізнялися, то запропонована програма була більш

ефективною, порівняно зі стандартною, проте остаточні результати так і залишилися значно меншими за показники популяції, котрі представлені в літературі [3].

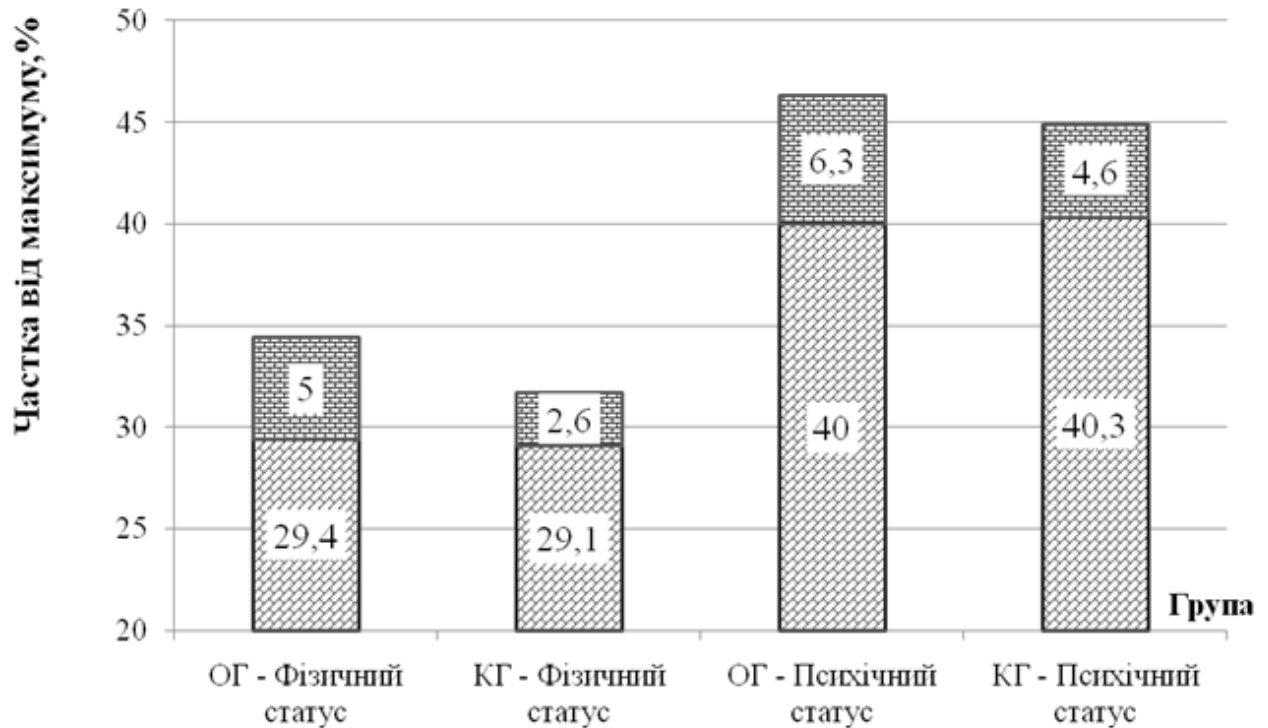


Рис. 3. Динаміка основних шкал за SF-36 у основній (ОГ) та контрольній (КГ) групах пацієнтів після проходження фізичної реабілітації:

▨ - приріст;

▩ - початковий результат

Завершальні результати шкали «Психічний статус» в основній і контрольній групах статистично не відрізнялися ($p > 0,05$). Так, середнє значення ОГ достовірно ($p < 0,01$) збільшилося на 6,33 бала ($46,3 \pm 5,54$). Статистичні показники Me (25; 75) в ОГ встановлено на рівні 46,6(40,4; 51,4) бала. Середньостатистичне значення цієї ж шкали серед контрольної групи достовірно ($p < 0,01$) зросло на 4,63 бала та дорівнювало $44,9 \pm 6,47$. Статистичні показники Me (25; 75) у КГ встановлені на рівні 46,1(41,4; 49,3) бала. В обох групах відзначено достовірне поліпшення результатів, порівняно з початковими ($p < 0,01$). Але остаточні результати так і залишилися значно меншими за показники популяції, котрі наведено в літературі [3].

Висновки. Завершальні результати оцінки якості життя осіб із поствірусним синдромом втими виявили статистичне покращення всіх підшкал опитувальника SF-36 в основній і контрольній групах. Отже, підтверджено ефективність стандартних рекомендацій щодо застосування аеробних навантажень. Проте відповідно до результатів повторної оцінки якості життя за SF-36 основна група зазнала більш суттєвих змін у п'яти шкалах із восьми, а також у загальній шкалі «Фізичний статус». Отже, розроблена програма фізичної реабілітації мала низку переваг у покращенні показників якості життя. Отримані переваги вбачаються в застосуванні функціональної гімнастики (за Gray Institute, 3D Maps), вправи з гумовими амортизаторами, нестабільними платформами, міофасціального релізу) технік тайської системи оздоровлення Nuad Bo-Rarn, котрі спрямовані на сприяння зниженню інтенсивності дискомфорту при фізичних навантаженнях, відновлення соматичної пропріорецепції.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі полягають у дослідженні віддалених результатів.

References

1. Bennett, R. M. (1989). Muscle physiology and cold reactivity in the fibromyalgia syndrome / R. M. Bennett // *Rheum. Dis. Clin. North Am.* – 1989. – № 15. – P. 135–147.
2. Byrne, E. (1987). Chronic fatigue and myalgia syndrome: mitochondria and glycolytic studies in skeletal muscle / E. Byrne, I. Trouce // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – № 50. – P. 743–746.
3. Hardt J. (2001). Health-related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome: an international study / J. Hardt, D. Buchwald, D. Wilks // *Journal of Psychosomatic Research.* – 51(2). – P. 431–434.
4. Haywood K. L. (2012). Quality and acceptability of patient-reported outcome measures used in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review / K. L. Haywood, S. Stanisewska, S. Chapman // *Quality of life research.* – 2012. – № 21(1). – P. 35–52.
5. Hvidberg M. F. (2015). The health-related quality of life for patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) / M. F. Hvidberg // *PloS one.* – 2015. – № 10(7). e0132421.
6. Inbar O. (2001). Physiological responses to incremental exercise in patients with chronic fatigue syndrome / O. Inbar, R. Dlin, A. Rotstein // *Medicine & Science in Sports & Exercise.* – 33(9). – P. 1463–1470.
7. Kent-Braun J. A. (1993). Central basis of muscle fatigue in chronic fatigue syndrome / J. A. Kent-Braun, K. R. Sharma, M. W. Weiner // *Neurology.* – № 43(1 Part 1). – P. 125–125.
8. Komaroff A. L. (1996). Health status in patients with chronic fatigue syndrome and in general population and disease comparison groups / A. L. Komaroff, L. R. Fagioli, T. H. Doolittle // *The American journal of medicine.* – № 101(3). – P. 281–290.
9. Larun L. (2015). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome / L. Larun, K. G. Brurberg, J. Odgaard-Jensen // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Is. 2, Art. No.: CD003200. DOI: 10.1002/14651858.CD003200.pub3.
10. Myers C. (1999). Comparison of Euroqol EQ-5D and SF-36 in patients with chronic fatigue syndrome / C. Myers, D. Wilks // *Quality of Life Research.* – № 8(1–2). – P. 9–16.
11. Nijs J. (2011). Tired of being inactive: a systematic literature review of physical activity, physiological exercise capacity and muscle strength in patients with chronic fatigue syndrome / J. Nijs // *Disabil Rehabil.* – 33 (17–18). – P. 1493–1500.
12. Royes B. (2010). Chronic fatigue syndrome: more than fatigue / B. Royes // *Rev Enferm.* – 33 (12). – P. 16–19.
13. Sargent C. (2002). Maximal oxygen uptake and lactate metabolism are normal in chronic fatigue syndrome / C. Sargent, G. C. Scroop, P. M. Nemeth // *Medicine and science in sports and exercise.* – 34(1). – P. 51–56.
14. Sisto, S. A. (1996). Metabolic and cardiovascular effects of a progressive exercise test in patients with chronic fatigue syndrome / S. A. Sisto, J. LaManca, D. L. Cordero // *The American journal of medicine.* – 100(6). – 634–640.
15. Van Cauwenbergh D. (2012). How to exercise people with chronic fatigue syndrome: evidence-based practice guidelines / D. Van Cauwenbergh, M. De Koning, K. Ickmans, J. Nijs // *European journal of clinical investigation.* – 42(10). – 1136–1144.

Анотації

Мета статті – дослідити динаміку якості життя в осіб із поствірусним синдромом втоми під впливом застосування засобів фізичної реабілітації. **Матеріал і методи** – аналіз зарубіжної та вітчизняної спеціальної науково-методичної літератури; опитувальник SF-36, методи математичної статистики. **Контингент** досліджуваних – 64 пацієнти (середній вік – 39,5±5,61 років). **Контрольна група** виконувала аеробні навантаження з фахівцем в умовах оздоровчо-реабілітаційного центру й самостійно. А в основній групі до занять в оздоровчо-реабілітаційному центрі включали функціональну гімнастику, вправи з гумовими амортизаторами, нестабільними платформами, техніки структурального балансу (міофасціальний реліз), техніки тайської системи оздоровлення *Niad Bo-Ram*. **Результати.** Виявлено позитивні статистичні зміни в усіх підшкалах опитувальника SF-36 в основній і контрольній групах, що засвідчило ефективність аеробних навантажень та запропонованої програми. Але основна група зазнала більш суттєвих змін у п'яти шкалах опитувальника. Зокрема, результат підшкали «Фізичне функціонування» на момент завершального обстеження для ОГ становив 51,1±8,45 бала, для КГ – 45,5±8,88, а приріст у групах, відповідно, дорівнював 9,55 та 5,48 бала. Остаточний показник підшкали «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» також статистично відрізнявся в групах ($p < 0,05$). Його значення ОГ зросло на 25 балів і дорівнювало 32,6±13,23 бала, для КГ приріст становив 16,13 бала при завершальному середньому в групі 24,2±17,66 бала. Разом із тим у загальній шкалі «Фізичний статус» основна група також мала кращі остаточні результати: в ОГ зросло на 5 балів до 34,4±2,65 бала, а в КГ – на 2,6 до 31,7±4,14 бала. Завершальні показники шкали «Психічний статус» в основній і контрольній групах статистично зросли ($p < 0,01$), проте не відрізнялися ($p > 0,05$). Середні результати груп були такими: ОГ – 46,3±5,54 бала, КГ – 44,9±6,47 (приріст – відповідно, 6,33 і 4,63 бала). **Висновки.** Виявлені переваги простежено в застосуванні варіативного блоку програми, котрий спрямовано на сприяння зниженню інтенсивності дискомфорту при фізичних навантаженнях, відновлення соматичної проприорецепції.

Ключові слова: фізичні вправи, масаж, відновлення, функціонування, активність, участь, фізичні навантаження.

Виталий Куценко, Владимир Витомский, Елена Лазарева, Марина Витомская. Влияние физической реабилитации на качество жизни лиц с поствирусным синдромом усталости. Цель статьи – исследовать динамику качества жизни у лиц с поствирусным синдромом усталости под влиянием применения средств физической реабилитации. Материал и методы – анализ зарубежной и отечественной специальной научно-методической литературы; опросник SF-36, методы математической статистики. Контингент испытуемых – 64 пациента (средний возраст – 39,5±5,61 лет). Контрольная группа выполняла аэробные нагрузки со специалистом в условиях оздоровительно-реабилитационного центра и самостоятельно. А в основной группе занятия в оздоровительно-реабилитационном центре включали функциональную гимнастику, упражнения с резиновыми амортизаторами, нестабильными платформами, техники структурального баланса (миофасциальный релиз), техники тайской системы оздоровления Nuad Bo-Rarn. Результаты. Наблюдаются положительные статистические изменения во всех подшкалах опросника SF-36 в основной и контрольной группах, что свидетельствует об эффективности аэробных нагрузок и предложенной программы, но основная группа претерпела более существенные изменения в пяти шкалах опросника. В частности, результат подшкалы «Физическое функционирование» на момент заключительного обследования для ОГ составлял 51,1±, составил 9,55 и 5,48 балла. Заключительный показатель подшкалы «Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» также статистически отличался в группах ($p < 0,05$). Значение показателя в ОГ возросло на 25 баллов и составило 32,6±13,23, для КГ прирост составил 16,13 балла при заключительном среднем в группе 24,2±17,66 балла. Вместе с тем в общей шкале «Физический статус» основная группа также имела лучшие заключительные результаты: в ОГ возросло на 5 баллов до 34,4±2,65, а в КГ – на 2,6 балла к 31,7±4,14. Вместе с тем в общей шкале «Физический статус» основная группа также имела лучшие заключительные результаты: в ОГ значение возросло на 5 баллов до 34,4 ± 2,65 балла, а в КГ – на 2,6 к 31,7 ± 4,14. Выводы. Выявленные преимущества усматриваются в применении вариативного блока программы, который направлен на содействие снижению интенсивности дискомфорта при физических нагрузках, восстановление соматической проприорецепции.

Ключевые слова: физические упражнения, массаж, восстановление, функционирование, активность, участие, физические нагрузки.

Vitaliy Kutsenko, Volodymyr Vitomskiy, Olena Lazaryeva, Maryna Vitomska. Effect of Physical Rehabilitation on the Quality of life of People with Postviral Fatigue Syndrome. Objective: to investigate the dynamics of quality of life in people with postviral fatigue syndrome under the influence of the use of physical rehabilitation. **Material and methods:** analysis of foreign and domestic special scientific and methodical literature; questionnaire SF-36, methods of mathematical statistics. The contingent of the examined is 64 patients (the average age is 39,5 ± 5,61 years). The control group (CG) performed aerobic exercises with a specialist in a wellness and rehabilitation center and independently. In the main group (MG), the practicing in the health and rehabilitation center included functional gymnastics, exercises with rubber shock absorbers, unstable platforms, techniques of structural balance (myofascial release); Thai Nuad Bo-Rarn recovery system techniques.

Results: Positive statistical changes were detected in all subscales of the SF-36 questionnaire in the main and control groups, which proved the effectiveness of the aerobic loads and the proposed program. However, the main group experienced more significant changes in the five scales of the questionnaire. In particular, the result of the «Physical functioning» subscale at the time of the final survey for the MG was 51,1±8,45 points, for the CG – 45,5±8,88 points, and the growth in the groups respectively was 9,55 and 5,48 points. The final indicator of the «The role of physical problems in the limitation of vital activity» subscale also statistically differed in groups ($p < 0,05$). The value of the indicator in the MG increased by 25 points and made up 32,6±13,23 points, for the CG the growth was 16,13 points with the final average in the group of 24,2±17,66 points. At the same time, in the general scale «Physical status», the main group also had better final results: in the main group it increased by 5 points to 34,4 ± 2,65 points, and in the control groups by 2.6 points to 31,7 ± 4,14 points. At the same time, in the general scale «Physical status» the main group also had better final results. In the main group the indicator increased by 5 points up to 34,4 ± 2,65 points, in the control group by 2,6 points up to 31,7 ± 4,14 points. **Conclusions.** The identified advantages are seen in the use of a variant block of the program, which was aimed at helping to reduce the intensity of discomfort during the training and restoration of somatic proprioception.

Key words: physical exercises, massage, restoration, functioning, activity, participation, physical loads.