

DOI: 10.21802/artm.2021.4.20.108  
УДК 617-089+616-366-002+616-053.9

## ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ДЛЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

І.К. Чурпій<sup>1</sup>, В.К. Чурпій<sup>2</sup>, К.Л. Чурпій<sup>2</sup>, Н.Р. Голод<sup>1</sup>, Л.П. Федорівська<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом фізичного виховання, м. Івано-Франківськ, Україна,  
ORCID ID: 0000-0003-1735-9418, e-mail: ch.igor.if@gmail.com,  
ORCID ID: 0000-0003-0996-6920, e-mail: n.golod@ukr.net,  
ORCID ID: 0000-0002-3911-0106, e-mail: lesiafedorivska@gmail.com;

<sup>2</sup>КНП «Маловисківська лікарня», м. Мала Виска, Кіровоградська область, Україна,  
ORCID ID: 0000-0003-1635-7998, e-mail: volodymyr\_churpiy@yahoo.com,  
ORCID ID: 0000-0003-1751-2216, e-mail: kdok1808@gmail.com

**Резюме.** Сьогодні особи похилого та старечого віку складають від 10 до 25 % усіх госпіталізованих з приводу гострого калькульозного холециститу.

**Мета.** Проаналізувати та розробити реабілітаційну програму в післяопераційному періоді для хворих похилого та старечого віку з гострим калькульозним холециститом.

Завдання програми реабілітації у ранньому післяопераційному періоді у хворих похилого та старечого віку з гострим калькульозним холециститом: зменшити кількість і вплив лікарських препаратів та прискорити виведення токсичних речовин з організму; відновити адекватне дихання і сатурацію кисню; покращити функцію зовнішнього дихання, бронхіальну прохідність і дренажну функцію бронхів; стабілізувати центральну гемодинаміку, зменшити розлади периферичного кровообігу; попередити ускладнення зі сторони шлунково-кишкового тракту, тромбоемболічні ускладнення; попередити ускладнення зі сторони післяопераційної рани.

### **Висновки:**

1. Розробка програми з реабілітації для оперованих хворих є обов'язковим компонентом.
2. Особливу увагу привертають пацієнти похилого та старечого віку, для яких комплекс реабілітаційних заходів має бути мінімальним, але достатнім при відновленні втрачених або знижених функцій організму в ранньому післяопераційному періоді, однак водночас він не повинен перевищувати функціональних можливостей хворого і забезпечити найбільшу ефективність відновлення.
3. Розпочинати програму реабілітації (дихальна гімнастика, кінезіотерапія, масаж, інгаляції в поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами) потрібно через 12-16 годин після закінчення оперативного втручання.

**Ключові слова:** гострий калькульозний холецистит, похилий та старечий вік, реабілітація.

**Вступ.** Проблема лікування гострого калькульозного холециститу часто є геріатричною проблемою. Сьогодні особи похилого та старечого віку складають від 10 до 25 % усіх госпіталізованих з приводу гострого калькульозного холециститу [1, 2].

Високий операційно-анестезіологічний ризик, супутні захворювання та низький опір операційній травмі є причиною високої частоти післяопераційних ускладнень і летальних наслідків у цієї категорії пацієнтів. В останні роки досягнуто зниження післяопераційної летальності при гострому холециститі, яка на цей час становить 0,28-2,9 % [3], а при гангренозному холециститі вона значно вища – до 17,8 % [4].

Операційна травма у хворих похилого і старечого віку призводить до виникнення розладів, обумовлених як самим захворюванням, так і порушеннями в організмі, що пов'язано з оперативним втручанням, наркозом, ендотоксикозом, загостренням супутньої патології. Природно, що корекція всіх цих змін в післяопераційному періоді не може бути досягнута тільки медикаментозною терапією. Використання методів та засобів фізичної реабілітації (кінезіотерапія, масаж,

фізіотерапія, дієтотерапія і ін.) у максимальному ступені сприяє відновленню функцій життєво важливих систем організму, попереджає виникнення післяопераційних ускладнень, сприяє швидшому одужуванню та відновленню втрачених функцій, працездатності та життєдіяльності [3].

Проведення реабілітаційних заходів у хворих з гострим калькульозним холециститом після оперативного втручання, особливо в ранній післяопераційний період, в літературі висвітлено недостатньо. Відсутні чіткі алгоритми реабілітаційних заходів залежно від поширення патологічного процесу та наявності супутньої патології [5].

Основними завданнями реабілітаційного комплексу заходів у післяопераційному періоді хворих з цієї патологією є попередження ускладнень зі сторони дихальної і серцево-судинної систем, шлунково-кишкового тракту, максимально раннє відновлення роботи кишечника, попередження тромбоемболічних ускладнень. Комплекс реабілітаційних заходів складається із застосування лікувальної та гігієнічної

фізкультури, фізіотерапевтичних процедур, масажу, дихальної гімнастики [6].

**Мета дослідження.** Проаналізувати та розробити реабілітаційну програму в післяопераційному періоді у хворих похилого та старечого віку після оперативного втручання з гострим калькульозним холециститом.

**Матеріали і методи.** Нами проведений аналіз хірургічного лікування 53 хворих похилого й старечого віку з гострим калькульозним холециститом. У всіх пацієнтів цей діагноз був підтверджений інтраопераційно та гістологічно.

Вік усіх хворих був від 61 до 89 років (у середньому  $72,4 \pm 8,7$  року). Серед обстежених хворих чоловіків було 12 (22,6 %), жінок – 41 (77,4 %).

Основними критеріями для оцінки та створення реабілітаційної програми у хворих з гострим калькульозним холециститом після оперативного втручання були наступні процеси: покращення загального стану хворих, відновлення перистальтики кишечника, відновлення або покращення всіх порушених функцій серцево-судинної і дихальної систем, попередження загальних ускладнень (серцево-судинної, дихальної, сечовидільної, травної та інших систем), місцевих (зі сторони рани), нормалізація показників крові, Однією з важливих складових успішного хірургічного лікування хворих в післяопераційному періоді є якнайшвидше відновлення функціонування дихальної, серцево-судинної, травної системи після операцій, що є запорукою попередження імовірних післяопераційних ускладнень, які формуються в перші 3-5 діб після хірургічного втручання.

Відновлення хворих з гострим калькульозним холециститом після оперативного втручання розділяється на два періоди: перший (катаболічна стадія) – реабілітація в ранньому післяопераційному періоді, яка розпочинається з моменту переведення хворого із операційної в післяопераційну палату і в більшості випадків збігається з перебуванням хворого в реанімаційному відділенні або в палаті інтенсивної терапії [6, 7].

Катаболічна стадія системної прогресивної реакції настає відразу ж після операції і продовжується кілька діб залежно від патологічного процесу, об'єму хірургічного втручання, реактивності організму (ранній післяопераційний період). Іноді ця фаза затягується в зв'язку з болем в операційній рані, легеневою гіповентиляцією (гіпоксією і гіперкапією), атонією шлунка, парезом кишечника й інших порушень [7].

Другий період – реабілітація на госпітальному етапі під час перебування хворого в палаті загального типу. У цьому періоді симпато-адреналова активність нормалізується, інтенсивність білково-жирового катаболізму знижується. У більшості хворих припиняються болі, показники гемодинаміки стають стійкими, нормалізується робота травного тракту, тобто мова йде про перехідну стадію постагресивної реакції, що настає в середньому через 3-7 днів і буває чітко виражена в період видужання хворого. Цілі і завдання реабілітації визначаються характером перебігу основного захворювання, віком, наявністю супутньої патології, об'ємом оперативного втручання, його тривалості [8].

Проведення реабілітації хворим з гострим калькульозним холециститом на госпітальному етапі характеризується такими особливостями:

1. Підготовчий період до проведення оперативного втручання дуже короткий і обмежений кількома годинами, що не дає можливості цілком компенсувати порушення функції органів і систем, які викликані основним захворюванням.

2. Відсутня психологічна підготовка хворого до проведення оперативного лікування і виникнення можливих ускладнень після нього.

3. Не сформована установка хворого на максимально оптимістичне сприйняття різних ситуацій, які можуть виникати після операції.

4. Хворі не навчені навикам самообслуговування, необхідним в післяопераційний період, дихальним вправам, комплексу спеціальних вправ ЛФК для зменшення застійних явищ у дихальній і серцево-судинній системі.

5. Відсутня можливість за короткий період провести відповідну корекцію патологічних змін в організмі, які викликані супутніми захворюваннями.

6. Хворі не адаптовані до перебування в умовах лікарняного стаціонару.

7. Обмежені можливості функціонального обстеження і, при необхідності, консультації іншими фахівцями хворих, які поступають у стаціонар в ургентному порядку для оперативного лікування.

8. Відсутня можливість проведення корекції відповідних змін у дихальній і серцево-судинній системах, які викликані віковими змінами.

Все це потребує більш інтенсивного і цілеспрямованого підходу до проведення реабілітації у хворих в післяопераційному періоді з метою відновлення функціонування органів і систем.

Завдання програми з реабілітації у ранньому післяопераційному періоді у хворих з гострим калькульозним холециститом:

1. Зменшити кількість і вплив лікарських препаратів на організм та прискорити виведення токсичних речовин з організму, які утворюються внаслідок перебігу основного захворювання.

2. Відновити адекватне дихання і сатурацію кисню з метою попередження бронхолегеневих ускладнень і гіпоксії тканин.

3. Покращити функцію зовнішнього дихання, бронхіальну прохідність і дренажну функцію бронхів.

4. Стабілізувати центральну гемодинаміку з відновленням адекватного діурезу.

5. Зменшити розлади периферичного кровообігу застійного характеру.

6. Попередити ускладнення зі сторони шлунково-кишкового тракту.

7. Попередити тромбоемболічні ускладнення шляхом проведення антикоагулянтної терапії із застосуванням переважно низькомолекулярних гепаринів, кінезіотерапії, дихальної гімнастики.

8. Попередити розвиток пролежнів.

9. Попередити ускладнення зі сторони післяопераційної рани [5, 6, 8].

Дослідження проведено з дотриманням основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації

про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2008 pp.), а також наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Опираючись на власні спостереження, ми розробили програму реабілітації в ранньому післяопераційному періоді хворих похилого та старечого віку. З метою швидкого відновлення всіх функцій органів і систем починали проводити реабілітаційні заходи з моменту відновлення свідомості після загального знеболення. Проводили дихальну гімнастику, кінезіотерапію, масаж, фізіотерапевтичні процедури для профілактики бронхолегневих, гіподинамічних, тромбоемболічних ускладнень, ускладнень зі сторони післяопераційної рани, розвитку злукової хвороби очеревини, відновлення функції кишечника.

Дихальні вправи проводили з акцентом на діафрагмальне дихання та прийоми відкашлювання, які чергуються з динамічними вправами для верхніх і нижніх кінцівок (ноги зігнуті в колінах і кульшових суглобах). При діафрагмальному диханні посилюється больовий синдром, що потребує щадного проведення лікувальної гімнастики. Дихання має бути вільним, без зусиль і затримки, не викликати больових відчуттів. Дихальні вправи чергують з вправами для дистальних відділів кінцівок і для профілактики застою у тканинах нижніх кінцівок.

До динамічних вправ включали згинання і розгинання рук у ліктьовому суглобі, відведення рук в плечовому поясі при вдиху і приведення їх до тулуба при видиху, чим покращується екскурсія грудної клітки, збільшується вентиляція легень, і здійснюється профілактика застійних явищ у них.

Для ніг такими вправами було почергове підтягування із згинанням в колінних суглобах без відриву п'ятки від ліжка: «ходьба» лежачи, повороти зігнутих ніг в сторони. При цьому скорочуються здухвинно-поперекові м'язи, масуючи брижу тонкого кишечника, що позитивно впливає на раннє відновлення перистальтики кишечника. Скорочення м'язів нижньої кінцівки сприяє покращенню кровотоку в ній, зменшується застій у вензній системі, що попереджує тромбоемболічні ускладнення і застій у тканинах нижніх кінцівок.

Вправи розпочинали через 12-16 годин після операції, але їх початок має бути визначений індивідуально для кожного хворого.

Кінезіотерапію проводили 3-4 рази в день по 5-7 хвилин індивідуальним методом. Навчали хворих проводити заняття самостійно. Завданнями кінезіотерапії в ранньому післяопераційному періоді були профілактика можливих ускладнень (гіпостатичної пневмонії, атонії шлунка і кишечника, утворення тромбозів), профілактика злукового процесу, поліпшення загального і місцевого крово- і лімфообігу, підвищення психоемоційного тону хворого і навчання навикам самообслуговування.

За даними спірометрії, при гострій хірургічній патології діафрагмальне дихання знижується на 10-20 %, а після проведення оперативного втручання ще на 10-20 %, грудне на 5-15 %. Відновлюється воно через 7-10 днів після операції [9]. Проведені дослідження вказують на необхідність профілактики пневмонії як

під час проведення інтубаційного наркозу і оперативного втручання, так і в післяопераційному періоді. Сюди входить застосування фізичних, інгаляційних методів, ліквідація метеоризму, дозована гіпервентиляція легень з акцентом на діафрагмальне дихання.

Тривалість оперативного втручання і застосування міорелаксантів в перші кілька днів викликають слабкість м'язів, а в деяких випадках відзначаються виражені м'язові болі. В таких випадках хворий робить вдих, максимально розширюючи грудну клітку.

На другий-третій день при зменшенні больових відчуттів хворі проводили повне дихання. Під час вдиху хворий максимально розширює грудну клітку з одночасним випинанням передньої черевної стінки, включаючи в процес дихання діафрагму.

Спочатку кінезіотерапію і дихальну гімнастику проводили під контролем фізичного терапевта або палатної медичної сестри, а згодом навчали хворого самостійно робити 3-5 глибоких вдихів з надуванням гумової кульки (видих із постійним позитивним тиском). У перші дві доби такі заняття проводили через кожні 40-60 хвилин по 3-5 хв переважно за рахунок грудних м'язів. Дуже важливо, щоб хворий сам приймав активну участь у проведенні процесу реабілітації. Комплекс вправ, їх тривалість визначалися фізичним терапевтом та узгоджувались із лікуючим лікарем індивідуально для кожного хворого залежно від перебігу післяопераційного періоду.

Абсолютними протипоказаннями для занять лікувальною гімнастикою є важкий загальний стан хворого, обумовлений основним чи супутнім захворюванням; висока температура (38 – 39°C); стійкий больовий синдром; анемія; небезпека кровотечі та інші.

Починаючи з 2-3 дня хворому надавали положення з припіднятим головним кінцем або напівсидячи, що сприяло покращенню вентиляції нижніх відділів легень, стікання ексудату в нижні відділи черевної порожнини, які, як правило, завжди добре дренируються. Комплекс вправ на 2-3 день розширювали, хворого навчали самостійно виконувати вправи, тривалість яких зростала.

На 3-4 день, проводили заняття кінезіотерапії, хворого повертали на боки, проводили 4-6 разів масаж спини. В заняття кінезіотерапії включали вправи для верхніх і нижніх кінцівок, які описані вище, їх масаж, що покращує мікроциркуляцію і попереджує тромбоемболічні ускладнення.

Масаж поєднували з кінезіотерапією і проведенням інгаляції з морської солі. У ранній післяопераційний період переважають процеси катаболізму, тобто в організмі обмежені ресурси енергозатрат. У хворих при ЧСС 85-80 уд/хв енерговитрати становлять 0,60-2,47 ккал/хв.

Для попередження виснаження енергоресурсів організму нами запропоновано проводити кінезіотерапію 3-4 рази на добу, але короткими сеансами по 5-7 хв, що дозволяє попередити перевантаження організму і водночас підтримувати необхідний тонізуючий ефект від застосування кінезіотерапії.

Інгаляції з додаванням морської солі проводили два рази на день протягом 5-6 днів. Готували 5 % розчин для інгаляцій, шляхом розведення 50 г морської солі у 1 л води.

Інгаляцію проводили ультразвуковими інгаляторами (ультразвуковий аерозольний портативний апарат 402 А). В ультразвукових небулайзерах для розпилення використовуються ультразвукові коливання, які забезпечують середній розмір аерозольних частинок до 0,5–5 мкм, що на 50% покращує біодоступність, ніж у компресорних небулайзерів. Завдяки малій величині аерозольних частинок вони досягають дрібних бронхів і бронхіол в більш високій концентрації, що покращує дренажну функцію дихальних шляхів, сприяє зменшенню набряку і активності запального процесу, покращенню мікроциркуляції слизової оболонки дихальних шляхів, зняттю бронхоспазму. Рекомендується проводити процедури тривалістю 10–15 хвилин.

У перші дні після оперативного втручання фізичні можливості хворих обмежені. Наявність вираженого больового синдрому в деяких випадках веде до відмови хворих від виконання фізичних вправ. Масаж, на відміну від лікувальної фізкультури, не вимагає вольової напруги хворого і є найбільш ощадливою формою підвищення загального тону організму, дає хороший клінічний ефект.

Завданнями масажу в ранньому післяопераційному періоді є загальний вплив на організм хворого, підвищення загального тону, поліпшення кровообігу, дихання, стимулювання регенеративних процесів і попередження ряду післяопераційних ускладнень (особливо пневмоній, тромбофлебітів і емболій) на тлі обов'язкового застосування низькомолекулярних гепаринів.

Для профілактики бронхолегеневих ускладнень у ранньому післяопераційному періоді застосовували масаж грудної клітки з елементами розтирання, прогладування, легкої вібрації, який проводили пальцями рук, розпочинали в перші 12–16 годин після операції. Особлива увага приділяється хворим з супутніми легеневиими захворюваннями, оскільки у них високий ризик післяопераційних ускладнень з боку легеневої системи.

У післяопераційному періоді рекомендується проводити масаж тривалістю 10–15 хв 1 раз на день. Після масажу прискорений м'язовий кровообіг тримається біля 3 годин, що сприяє швидкому загоєнню післяопераційних ран.

З метою попередження бронхолегеневих ускладнень проводили профілактичне опромінення ультрафіолетовим світлом ділянки грудної клітки опромінювачем «ОКН-11» в кількості 1 біодози в день з відстані 50 см до поверхні шкіри площею 400 см<sup>2</sup>, ефективність якого підтверджується даними літератури.

Реабілітаційну програму в ранньому післяопераційному періоді застосовували, враховуючи, щоб комплекс реабілітаційних заходів був мінімальним, але достатнім для відновлення втрачених або знижених функцій.

Водночас він не повинен перевищувати функціональні можливості хворого і має забезпечити найбільшу ефективність відновлення. У зв'язку з цим на перший план виходять питання організації реабілітаційних заходів, які мають носити превентивний характер.

Другий період реабілітації (пізній післяопераційний) у хворих на госпітальному етапі розпочинали з моменту переведення хворого з реанімаційного відділення в палату загального типу і закінчували в день виписки хворого. Завданням другого періоду реабілітації було продовження проведення заходів, спрямованих на попередження ускладнень зі сторони дихальної та серцево-судинної системи, тромбоемболічних ускладнень; профілактика і лікування порушень функції шлунково-кишкового тракту; продовження лікування супутніх захворювань та ускладнень, які виникли в ранній післяопераційний період; проведення профілактики і лікування злукової хвороби; відновлення загального тону організму; проведення психотерапії з формуванням у хворого оптимістичного сприйняття медичної і соціальної перспективи.

Після переведення хворого в палату загального типу розширювали комплекс навантажень, які не викликали больових відчуттів і надмірної втоми хворого. Лікувальну гімнастику хворі виконують 3–4 рази на день, збільшуючи навантаження з 5–7 хв до 10 хвилин, зважаючи на самопочуття пацієнта.

Комплекси кінезіотерапії в другому періоді реабілітації доповнювали дозованим збільшенням фізичного навантаження для хворих від 3–4 вправ до 8–10, але для кожного хворого вправи підбиралися індивідуально за об'ємом навантаження, часом і кратністю виконання.

#### Висновки:

1. Розробка програми з реабілітації операційних хворих є обов'язковим компонентом.

2. Особливу увагу привертають пацієнти похилого та старечого віку, для яких комплекс реабілітаційних заходів має бути мінімальним, але достатнім при відновленні втрачених або знижених функцій організму в ранньому післяопераційному періоді, однак водночас він не повинен перевищувати функціональних можливостей хворого і забезпечити найбільшу ефективність відновлення.

3. Розпочинати програму реабілітації (дихальна гімнастика, кінезіотерапії, масаж, інгаляції в поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами) потрібно через 12–16 годин після закінчення оперативного втручання.

**Перспективи подальшого розвитку.** Продовжити розробку програми реабілітації хворих похилого та старечого віку з урахуванням функціональних можливостей організму в довготривалому періоді реабілітації.

#### References:

1. Ha A, Richards C, Criman E, Piaggione J, Yheulon C, Lim R. The safe use of surgical energy devices by surgeons may be overestimated. *Surg. Endosc.* 2018; 32(9):3861–3867. DOI: 10.1007/s00464-018-6116-1.
2. Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM, Hardcastle T, Abu-Zidan FM, Adesunkanmi AK, et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J. Emerg. Surg.* 2017; 12:29. DOI: 10.1186/s13017-017-0141-6.
3. Polo M, Duclos A, Polazzi S, et al. Acute cholecystitis – optimal timing for early cholecystectomy: a french

- nationwide study. *J. Gastrointest. Surg.* 2016; 19(11):2003-2010. DOI: 10.1007/s11605-015-2909-x.
4. Kohga A, Suzuki K, Okumura T, et al. Outcomes of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed at a single institution. *Asian. J. Endosc. Surg.* 2018; 13(8):551-558. DOI: 10.1111/ases.12487.
  5. Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, et al. Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos). *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* 2018; 25(1):73-86. DOI: 10.1002/jhbp.517.
  6. Zoryk MM, Nikonets AV. Zastosuvannia likuvalnoi fizykultury v kompleksnii rehabilitatsii khvorykh na zhovchnokamianu khvorobu. *Slobozhanskyi naukovosporyvnyi visnyk.* 2014; 2(40):80-84. Rezhym dostupu: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/snsy\\_2014\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/snsy_2014_2_18).
  7. Churpii IK, Pyptiuk OV, Churpii KL, Churpii VK. Likuvannia parezu kyshechnyky v pisliaoperatsiinomu periodi pry perytoniti. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny. 2013; 13(1,41):187-188.
  8. Churpiy I, Churpii K, Churpii V. Prevention and treatment respiratory complications in patients operated on peritonitis. *The Pharma Innovation. Journal.* 2014; 2(11):76-78. Available from: <https://www.thepharmajournal.com/archives/2014/vol2issue11/PartA/8.1.pdf>
  9. Choo SK, Park HJ, Oh HK, Kang YK, Kim Y. Acute cholecystitis in elderly patients after hip fracture: Incidence and epidemiology. *Geriatr. Gerontol. Int.* 2016; Mar, [cited 2015 Mar 21]; 16(3):380-3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25810136/>. DOI: 10.1111/ggi.12483.

УДК 617-089+616-366-002+616-053.9

#### ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

И.К. Чурпий<sup>1</sup>, В.К. Чурпий<sup>2</sup>, К.Л. Чурпий<sup>2</sup>,  
Н.Р. Голод<sup>1</sup>, Л.П. Федоровская<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра физической реабилитации, эрготерапии с курсом физического воспитания, г. Ивано-Франковск, Украина,  
ORCID ID: 0000-0003-1735-9418,  
e-mail: [ch.igor.if@gmail.com](mailto:ch.igor.if@gmail.com),  
ORCID ID: 0000-0003-0996-6920,  
e-mail: [n.golod@ukr.net](mailto:n.golod@ukr.net),  
ORCID ID: 0000-0002-3911-0106,  
e-mail: [lesiafedorivska@gmail.com](mailto:lesiafedorivska@gmail.com);

<sup>2</sup>КНП «Маловисковская больница», г. Малая Виска, Кировоградской области, Украина,  
ORCID ID: 0000-0003-1635-7998,  
e-mail: [volodymyr\\_churpiy@yahoo.com](mailto:volodymyr_churpiy@yahoo.com),  
ORCID ID: 0000-0003-1751-2216,  
e-mail: [kdok1808@gmail.com](mailto:kdok1808@gmail.com)

**Резюме.** В настоящее время пожилые и старые люди составляют от 10 до 25 % всех госпитализированных по поводу острого калькулезного холецистита.

**Цель.** Проанализировать и разработать реабилитационную программу для больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом в послеоперационном периоде.

Задача программы реабилитации в раннем послеоперационном периоде для больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом: уменьшить влияние лекарственных препаратов и ускорить выведение токсичных веществ из организма; восстановить адекватное дыхание и сатурацию кислорода; улучшить функцию наружного дыхания, бронхиальную проходимость и дренажную функцию бронхов; стабилизировать центральную гемодинамику и уменьшить расстройства периферического кровообращения; предупредить осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта; тромбоэмболические осложнения; предотвратить осложнения со стороны послеоперационной раны.

#### Выводы:

1. Разработка программы по реабилитации является обязательным компонентом для оперированных больных.

2. Особое внимание привлекают пациенты пожилого и старческого возраста, для которых комплекс реабилитационных мероприятий должен быть минимальным, но достаточным для восстановления утраченных или пониженных функций организма в раннем послеоперационном периоде, но вместе с тем он не должен превышать функциональные возможности больного и обеспечить наибольшую эффективность и восстановление.

3. Начинать программу реабилитации (дыхательная гимнастика, кинезиотерапия, массаж, ингаляции в сочетании с физиотерапевтическими процедурами) нужно через 12-16 часов после окончания оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** острый калькулезный холецистит, пожилой и старческий возраст, реабилитация.

UDC 617-089+616-366-002+616-053.9

#### PECULIARITIES OF THE REHABILITATION PROGRAM IN ELDERLY PATIENTS IN THE POST-OPERATIVE PERIOD WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

I.K. Churpiy<sup>1</sup>, V.K. Churpiy<sup>2</sup>, K.L. Churpiy<sup>2</sup>, N.R. Golod<sup>1</sup>,  
L.P. Fedorivska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ivano-Frankivsk National Medical University, Department of Physical Rehabilitation, Ergotherapy with a Course of Physical Welfare, Ivano-Frankivsk, Ukraine,  
ORCID ID: 0000-0003-1735-9418,  
e-mail: [ch.igor.if@gmail.com](mailto:ch.igor.if@gmail.com),  
ORCID ID: 0000-0003-0996-6920,  
e-mail: [n.golod@ukr.net](mailto:n.golod@ukr.net),

ORCID ID: 0000-0002-3911-0106,  
e-mail: lesiafedorivska@gmail.com;  
<sup>2</sup>Malovyshivska hospital, Kirovohrad region,  
Mala Vyska, Ukraine,  
ORCID ID: 0000-0003-1635-7998,  
e-mail: volodymyr\_churpiy@yahoo.com,  
ORCID ID: 0000-0003-1751-2216,  
e-mail: kdok1808@gmail.com

**Abstract.** Currently, the elderly and senile account for 10 to 25% of all hospitalized for acute calculous cholecystitis.

High operative-anesthetic risk, concomitant diseases and low resistance to surgical trauma are the cause of high frequency of postoperative complications and fatalities in this category of patients. In recent years, a reduction in postoperative mortality in acute cholecystitis, which is currently 0.28-2.9%, with gangrenous cholecystitis, it is higher to 17.8%.

**The aim of the study** is to analyze and develop a rehabilitation program in the postoperative period in elderly and senile patients after surgery with acute calculous cholecystitis.

**Materials and methods.** We conducted an analysis of surgical treatment of 53 elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis. In all patients, this diagnosis was confirmed intraoperatively and histologically.

The age of all patients ranged from 61 to 89 years (mean  $72.4 \pm 8.7$  years). Among the examined sick men there were 12 (22.6%), women - 41 (77.4%).

The main criteria for assessing and creating a rehabilitation program in patients after surgery with acute calculous cholecystitis were the following processes: improving the general condition of patients, restoring intestinal motility, restoring or improving all impaired cardiovascular and respiratory functions, prevention of general complications (cardiovascular, respiratory, urinary, digestive and other systems), local (from the wound), normalization

of blood parameters, One of the important components of successful surgical treatment of patients in the postoperative period is the timely restoration of respiratory, cardiovascular, digestive system after surgery. a guarantee of prevention of probable postoperative complications which are formed in the first 3-5 days after surgery.

Objectives of the rehabilitation program in the early postoperative period in elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis: to reduce the impact of drugs and accelerate the excretion of toxic substances from the body; restore adequate respiration and oxygen saturation; improve external respiration function, bronchial patency and bronchial drainage function; stabilize central hemodynamics to reduce peripheral circulatory disorders; prevent complications from the gastrointestinal tract, thromboembolic complications; prevent complications from the postoperative wound.

#### **Conclusions:**

1. Development of a rehabilitation program is a mandatory component in operated patients.

2. Particular attention is paid to elderly and senile patients, who require a set of rehabilitation measures to be minimal, but sufficient to restore lost or reduced body functions in the early postoperative period, but at the same time, it should not exceed the patient's capabilities and ensure maximum efficiency. restoration.

3. Start a rehabilitation program (breathing exercises, kinesiotherapy, massage, inhalation in combination with physiotherapy procedures) should be 12 - 16 hours after surgery.

**Prospects for further development.** Continue to develop a rehabilitation program for elderly and senile patients, taking into account the functional capabilities of the body in the long period of rehabilitation.

**Keywords:** acute calculous cholecystitis, old age, rehabilitation.

Стаття надійшла в редакцію 02.12.2021 р.

Стаття прийнята до друку 12.12. 2021 р.