

DOI: 10.26693/jmbs05.03.046

УДК 615.825:617.55

Гула Г. В.

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ: ПРОБЛЕМА ТА НАПРЯМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, Україна

ganna.gula@likar.medcenter.lviv.ua

Поряд із значними здобутками сучасної медицини у питаннях тактики хірургічного лікування ургентних абдомінальних захворювань й методів оперативних втручань, фізична терапія у системі лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини залишається недостатньо вивченою та мало висвітленою у спеціальній літературі, а її значення – недооціненим. Зокрема, з огляду відсутності стандартів її застосування та недостатньо дослідженого впливу на результати лікування: показники летальності, частоту та характер післяопераційних ускладнень, тривалість стаціонарного лікування, якість життя та швидкість фізичного одужання. Проблема фізичної терапії у лікуванні гострої хірургічної патології органів черевної порожнини не є розв'язаною, а наявний теоретичний матеріал та практичний досвід не імplementовані у стандарти системи охорони здоров'я.

Лише у останні роки з'явилися поодинокі повідомлення щодо комплексного алгоритму лікування основних невідкладних абдомінальних патологій, який охоплює хірургічну, анестезіологічну, діагностичну, променеву, фізіотерапевтичну та нутритивну підтримку. Окремі дослідження вказують на значення ранньої фізичної терапії як невід'ємної складової лікувального процесу після оперативного лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, поряд із інтенсивною та медикаментозною. Однак, поточні докази рандомізованих досліджень залишаються слабкими через відсутність чіткої злагодженої системи фізичної терапії таких пацієнтів, що обмежує оцінку результатів лікування.

З огляду на зазначене, постає актуальна науково-прикладна проблема теоретико-методичного обґрунтування фізичної терапії як важливої інтегрованої складової системи комплексного лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

**Ключові слова:** фізична терапія, гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Роботу виконано в межах НДР Львівського державного університету фізичної культури «Фізична терапія при хірургічних захворюваннях», № держ. реєстрації 0120U100962.

**Вступ.** Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини (ГХП ОЧП) складає істотну частку серед усіх хірургічних захворювань [1-4], водночас залишаються значними показники летальності та післяопераційних ускладнень [5, 6]. Згідно даних Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, показник загальної кількості операцій на органах травлення та черевної порожнини упродовж останніх 20 років коливався у інтервалі 61,9-73,5 на 10 тис. населення, й у 2018 році склав 64,95. При цьому, післяопераційна летальність була у межах 1,79% – 2,67%, у 2018 р. мала рівень 1,89% (5 173 осіб). Показник термінових абдомінальних операцій щорічно знижувався – від 39,1 (2000р.) до 27,1 (2017р.) на 10 тис. населення, й у 2018 р. був 25,8; водночас, післяопераційна летальність у 2018 р. склала 1,34% (1 456 осіб), становивши у попередні роки 1,17% – 1,98%; залишається значним показник післяопераційної летальності при пізній госпіталізації (пізніше 24 годин від початку захворювання) – 2,32%, інтервал 2,12% – 3,92% [7].

В усьому світі визнають необхідність подальшого підвищення якості надання невідкладної медичної допомоги [1, 8, 9]. Оперативні втручання при ГХП ОЧП належать до категорії високого ризику, зокрема за наявності таких чинників, як похилий вік, слабке загальне здоров'я, невисока фізична міцність та ожиріння [10, 11, 12]. Завдячуючи успіхам хірургії та анестезіології, на сьогодні є змога проводити все складніші втручання пацієнтам із складною супутньою патологією, яких кілька років тому вважали неоперабельними. Водночас, у пацієнтів з обмеженим кардіореспіраторним резервом існує вищий ризик післяопераційних ускладнень та смертності [13]. За повідомленнями дослідників,

показник післяопераційної летальності суттєво залежний від розвитку післяопераційних ускладнень у перші 30 діб після хірургічного втручання [14, 15]. Навіть у випадку відсутності таких ускладнень, загальний фізичний стан та якість життя погіршуються на 20-40% [16].

Питанням патогенезу, діагностики, тактики хірургічного лікування ургентних абдомінальних захворювань, вибору методу оперативного втручання присвячено значну кількість наукових праць [2, 5, 8, 17]. Мультицентрові, національні та міжнародні дослідження результатів лікування ГХП ОЧП показали їх залежність від стану пацієнта та організації хірургічної служби [8, 18, 19]. На підставі таких досліджень сформовано клінічні стандарти/протоколи надання медичної допомоги при ГХП ОЧП й провадиться відповідний аудит [11, 12, 20, 21].

Робота дослідників з розпрацювання й удосконалення протоколів лікування ГХП ОЧП зосереджена переважно на покращенні хірургічної техніки, методів адекватного знеболення, периопераційного забезпечення та післяопераційної консервативної терапії [4, 11]. Лише у останні роки з'явилися поодинокі повідомлення щодо імплементації комплексного периопераційного алгоритму лікування основних невідкладних абдомінальних патологій, який охоплює хірургічну, анестезіологічну, діагностичну, променеви, фізіотерапевтичну та нутритивну підтримку [1, 22, 23]. При цьому наголошується залежність ефективної реалізації мультидисциплінарного підходу від належної командної співпраці по декількох кафедрах та спеціальностях [24, 25].

Поряд із цим, проблема фізичної терапії (ФТ) у системі лікування ГХП ОЧП залишається недостатньо вивченою та мало висвітленою у спеціальній літературі, зокрема – з огляду відсутності стандарту її застосування та недостатньо дослідженого впливу на результати лікування, а її значення – недооцінено [1, 26-28]. Стандарти лікування ГХП ОЧП потребують переорієнтації із класичної моделі медичної допомоги, зумовленої хірургічним захворюванням, до активного підходу, який дозволить пацієнту стати діяльним учасником цього процесу [29].

**Мета дослідження** - узагальнити стан теоретичного та практичного розв'язання проблеми ФТ у системі лікуванні ГХП ОЧП.

**Матеріали і методи дослідження:** аналіз літератури, чинних нормативних актів, які регулюють надання медичної допомоги при ГХП ОЧП.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Сучасні дослідження та мета-аналізи результатів лікування невідкладної абдомінальної хірургічної патології (загальна та післяопераційна летальність, післяопераційні, легеневі та серцеві усклад-

нення, тривалість стаціонарного лікування тощо), проведені за допомогою моделей випадкових ефектів та шляхом імплементації мультидисциплінарного протоколу, засвідчили вплив ФТ на результати хірургічного втручання у пацієнтів, які перенесли великі черевні операції [1, 26]. Поодинокі дослідження вказують на значення ранньої ФТ як невід'ємної складової лікувального процесу після оперативного лікування ГХП ОЧП, поряд із інтенсивною та медикаментозною терапією [30]. Водночас, поточні докази рандомізованих досліджень залишаються слабкими через відсутність злагодженої системи ФТ таких пацієнтів, що обмежує оцінку результатів лікування [1, 24].

На даний час групою австралійських вчених розпочато клінічне мультицентрове, подвійне сліпе, плацебо-контрольоване, рандомізоване дослідження впливу вдосконаленого пакету ФТ порівняно із стандартним у пацієнтів, які пройшли лікування невідкладної абдомінальної хірургічної патології у трьох клініках різного рівня надання медичної допомоги [31]. Пацієнтам проводять стандартну ФТ (навчання, один сеанс тренувальних дихальних вправ, і щоденної ранньої рухової активності протягом 15 хв: 'talk, walk & breathe'), або покращений пакет ФТ (навчання, контрольовані персоналом дихальні вправи двічі на день, і 30 хв щоденної ранньої фізичної реабілітації упродовж мінімум п'яти післяопераційних днів). За стандартизованими діагностичними критеріями (шкала Мельбурнської групи, Melbourne Group Score) буде оцінено вплив ФТ насамперед на частоту розвитку респіраторних ускладнень протягом перших 14 післяопераційних діб, а також – ймовірний вплив ФТ на післяопераційний парез кишківника, тривалість та вартість стаціонарного лікування, післяопераційну летальність, 90-денну та 1-річну смертність, швидкість фізичного функціонального відновлення та якості життя.

Згідно Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», поняття «здоров'я» визначено як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад, а одним із принципів охорони здоров'я в Україні є орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом [32]. До теперішнього часу в Україні немає стандарту ФТ у протоколі лікування ГХП ОЧП [20, 33, 34], в результаті сучасні методи ФТ як складова лікування ГХП ОЧП, як правило, недостатньо застосовуються в медичних установах [33, 35]. Лише 2018 року у довіднику лікаря «Невідкладна хірургія органів черевної порожнини (стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання

медичної допомоги)» в окремих моделях клінічних випадків уніфікованого протоколу з надання діагностичної та лікувальної допомоги у частині післяопераційного лікування вказано підпункт «лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні процедури за показаннями» [4].

Підсумовуючи результати аналізу наукових праць та діючих діагностично-лікувальних протоколів, є підстави стверджувати, що проблема ФТ у лікуванні ГХП ОЧП не є розв'язаною, а наявний теоретичний матеріал та практичний досвід не імплементований у систему охорони здоров'я України. Досі існує цілий ряд протирічч:

- між подальшим підвищенням якості надання невідкладної медичної допомоги хворим із ГХП ОЧП та залишенням без належної уваги погіршення фізичного стану та якості життя пацієнтів, обумовленого гострим хірургічним захворюванням і невідкладним втручанням;
- між істотною кількістю пацієнтів, госпіталізованих із ГХП ОЧП та відсутністю сформованої, науково обґрунтованої концепції ФТ як складової невідкладної хірургічної допомоги вітчизняної охорони здоров'я;
- між потребою покращення результатів лікування ГХП ОЧП (зниження показників загальної та післяопераційної летальності, у тому числі в разі пізньої госпіталізації, зниження кількості післяопераційних, легеневих та серцевих ускладнень, тривалості стаціонарного лікування тощо) та відсутністю методології ФТ у системі лікування ГХП ОЧП;

- між визнанням потреби застосування мультидисциплінарного підходу у системі лікування ГХП ОЧП та залишенням поза увагою науковців та практичних лікарів програми ФТ таких пацієнтів;
- між існуючими законодавчо-нормативними, затвердженими МОЗ України протоколами лікування ГХП ОЧП та відсутністю стандарту ФТ у цих протоколах;
- між теоретичним визнанням необхідності застосування ФТ у лікуванні ГХП ОЧП та непропрацьованими механізмами їх упровадження в діяльність закладів охорони здоров'я України.

**Заключення та перспективи подальших досліджень.** З огляду на зазначене, постає актуальна науково-прикладна проблема теоретико-методичного обґрунтування ФТ як важливої інтегрованої складової системи комплексного лікування ГХП ОЧП. Завданнями, що повинні бути вирішені для її розв'язання, є: узагальнення стану теоретичного і практичного розв'язання проблеми лікування невідкладної абдомінальної хірургічної патології; визначення проблемного поля, структури, змісту та організації ФТ у її лікуванні; встановлення змісту та реалізації стандартів і протоколів ФТ у лікуванні ГХП ОЧП, впроваджених у систему охорони здоров'я різних країн світу; виявлення закономірностей, встановлення принципів та методичних положень, розробка концепції, визначення критеріїв застосування, експериментальна перевірка ефективності реалізаційних положень концепції ФТ у системі комплексного лікування ГХП ОЧП.

## References

1. Burcharth J, Abdulhady L, Danker J, Ekeloef S, Jørgensen T, Lauridsen H, et al. Implementation of a multidisciplinary perioperative protocol in major emergency abdominal surgery. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2019 Oct 18. PMID: 31628502. DOI: 10.1007/s00068-019-01238-7
2. Rose J, Weiser TG, Hider P, Wilson L, Gruen RL, Bickler SW. Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO Global Health Estimate. *Lancet Glob Health.* 2015; 3(Suppl 2): 13-20. PMID: 25926315. PMID: PMC5746187. DOI: 10.1016/S2214-109X(15)70087-2
3. Bereznyckyy YaS, Yaroshenko KO. Suchasni organizacijni ta taktichni pytannya likuvannya shlunkovo-kyshkovykh krovotek. *Acta medica Leopoliensia.* 2015; 21(3): 73-7. [Ukrainian]
4. Fomin PD, Usenko OYu, Bereznyckyy YaS, et al. *Nevidkladna xirurgiya organiv cherevnoyi porozhnyny (standarty organizaciyi ta profesijno oriyentovani algorytmy nadannya medychnoyi dopomogy).* K: Zdorovya Ukrainy; 2018. 354 s. [Ukrainian]
5. McIsaac DI, Moloo H, Bryson GL, van Walraven C. The association of frailty with outcomes and resource use after emergency general surgery: a population-based cohort study. *Anesth Analg.* 2017; 124(5): 1653-61. PMID: 28431425. DOI: 10.1213/ANE.0000000000001960
6. Nally DM, Sørensen J, Valentelyte G, Hammond L, McNamara D, Kavanagh DO, et al. Volume and in-hospital mortality after emergency abdominal surgery: a national population-based study. *BMJ Open.* 2019; 9(11): e032183. PMID: 31678953. PMID: PMC6830600. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032183
7. Dovidnyk DZ "Centr medychnoyi statystyky MOZ Ukrainy" "Pokaznyky zdorovya naselennya", 2000-2018rr. [Internet]. Available from: [http://medstat.gov.ua/ukr/statdov\\_r.html](http://medstat.gov.ua/ukr/statdov_r.html) [Ukrainian]
8. Stephens TJ, Peden CJ, Pearse RM, Shaw SE, Abbott TEF, Jones EL, et al. The Improving care at scale: process evaluation of a multi-component quality improvement intervention to reduce mortality after emergency abdominal surgery (EPOCH trial). *Implement Sci.* 2018; 13(1): 142. PMID: 30526645. PMID: PMC6287357. DOI: 10.1186/s13012-018-0840-8

9. Howes TE, Cook TM, Corrigan LJ, Dalton SJ, Richards SK, Peden CJ. Postoperative morbidity survey, mortality and length of stay following emergency laparotomy. *Anaesthesia*. 2015; 70(9): 1020-7. PMID: 25872411. DOI: 10.1111/anae.12991
10. Abbott TEF, Fowler AJ, Dobbs TD, Harrison EM, Gillies MA, Pearse RM. Frequency of surgical treatment and related hospital procedures in the UK: a national ecological study using hospital episode statistics. *Br J Anaesth*. 2017; 119: 249-57. PMID: 28854546. DOI: 10.1093/bja/aex137
11. Barberan-Garcia A, Ubré M, Roca J, Lacy AM, Burgos F, Risco R, et al. Personalised prehabilitation in high-risk patients undergoing elective major abdominal surgery: a randomized blinded controlled trial. *Ann Surg*. 2018; 267(1): 50-6. PMID: 28489682. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002293
12. Saunders DI, Murray D, Pichel AC, Varley S, Peden CJ; UK Emergency Laparotomy Network. Variations in mortality after emergency laparotomy: the first report of the UK emergency laparotomy network. *Br J Anaesth*. 2012; 109(3): 368-75. PMID: 22728205. DOI: 10.1093/bja/aes165
13. Tengberg LT, Bay-Nielsen M, Bisgaard T, Cihoric M, Lauritsen ML, Foss NB; AHA study group. Multidisciplinary perioperative protocol in patients undergoing acute high-risk abdominal surgery. *Br J Surg*. 2017; 104(4): 463-71. PMID: 28112798. DOI: 10.1002/bjs.10427
14. Al-Temimi MH, Griffee M, Enniss TM, Preston R, Vargo D, Overton S, et al. When is death inevitable after emergency laparotomy? Analysis of the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program database. *J Am Coll Surg*. 2012; 215(4): 503-11. PMID: 22789546. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2012.06.004
15. Tolstrup MB, Watt SK, Gögenur I. Morbidity and mortality rates after emergency abdominal surgery: an analysis of 4346 patients scheduled for emergency laparotomy or laparoscopy. *Langenbeck's Arch Surg*. 2016; 2016: 1-9. PMID: 27502400. DOI: 10.1007/s00423-016-1493-1
16. Lawrence VA, Hazuda HP, Cornell JE, Pederson T, Bradshaw PT, Mulrow CD, et al. Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. *J Am Coll Surg*. 2004; 199(5): 762-72. PMID: 15501119. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2004.05.280
17. Møller MH, Adamsen S, Thomsen RW, Møller AM. Multicentre trial of a perioperative protocol to reduce mortality in patients with peptic ulcer perforation. *Br J Surg*. 2011; 98(6): 802-10. PMID: 21442610. DOI: 10.1002/bjs.7429
18. Shahan CP, Bell T, Paulus E, Zarzaur BL. Emergency general surgery outcomes at safety net hospitals. *J Surg Res*. 2015; 196(1): 113-7. PMID: 25805367. DOI: 10.1016/j.jss.2015.02.044
19. Green G, Shaikh I, Fernandes R, Wegstapel H. Emergency laparotomy in octogenarians: a 5-year study of morbidity and mortality. *World J Gastrointest Surg*. 2013; 5: 216-21. PMID: 23894689. PMID: PMC3715657. DOI: 10.4240/wjgs.v5.i7.216
20. Nakaz №297 MOZ Ukrayini vid 02.04.2010r. «Pro zatverdzhennya standartiv ta klinichnikh protokoliv nadannya medichnoyi dopomogi zi spetsialnosti "Khirurgiya"» [Internet]. Available from: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100402\\_297.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100402_297.html)
21. Broughton KJ, Aldridge O, Pradhan S, Aitken RJ. The Perth emergency laparotomy audit. *ANZ J Surg*. 2017; 87: 893-7. PMID: 28836320. DOI: 10.1111/ans.14208
22. Lavallée JF, Gray TA, Dumville J, Russell W, Cullum N. The effects of care bundles on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis *Implement Sci*. 2017; 12(1): 142. PMID: PMC5707820. PMID: 29187217. DOI: 10.1186/s13012-017-0670-0
23. Tengberg LT, Bay-Nielsen M, Bisgaard T, Cihoric M, Lauritsen ML, Foss NB; AHA study group. Multidisciplinary perioperative protocol in patients undergoing acute high-risk abdominal surgery. *Br J Surg*. 2017; 104: 463-71. PMID: 28112798. DOI: 10.1002/bjs.10427
24. Gramlich LM, Sheppard CE, Wasylak T, Gilmour LE, Ljungqvist O, Basualdo-Hammond C, et al. Implementation of enhanced recovery after surgery: a strategy to transform surgical care across a health system. *Implement Sci*. 2017; 12: 1-17. PMID: 28526041. PMID: PMC5438526. DOI: 10.1186/s13012-017-0597-5
25. Wolk S, Distler M, Müsle B, Söthje S, Weitz J, Welsch T. Adherence to ERAS elements in major visceral surgery – an observational pilot study. *Langenbeck's Arch Surg*. 2016; 401: 349-56. PMID: 27013325. DOI: 10.1007/s00423-016-1407-2
26. Kamarajah SK, Bundred J, Weblin J, Tan BHL. Critical appraisal on the impact of preoperative rehabilitation and outcomes after major abdominal and cardiothoracic surgery: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*. 2019 Sep; 20: pii:S0039-6060(19)30578-1. PMID: 31548095. DOI: 10.1016/j.surg.2019.07.032
27. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA Surg*. 2017; 152: 292-8. PMID: 28097305. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.4952
28. Vioni A, Shah R, Gabriel E, Attwood K, Kukar M, Nurkin S. Enhanced recovery after surgery for noncolorectal surgery? A systematic review and meta-analysis of major abdominal surgery. *Ann Surg*. 2018; 267: 57-65. PMID: 28437313. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002267
29. Alam R, Montanez J, Law S, Lee L, Pecorelli N, Watanabe Y, et al. Development of a conceptual framework of recovery after abdominal surgery. *Surg Endosc*. 2019 Aug 1. PMID: 31372888. DOI: 10.1007/s00464-019-07044-x
30. Pedziwiatr M, Kisialewski M, Wierdak M, Stanek M, Natkaniec M, Matok M, et al. Early implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS®) protocol – compliance improves outcomes: a prospective cohort study. *Int J Surg*. 2015; 21: 75-81. PMID: 26231994. DOI: 10.1016/j.ijsu.2015.06.087

31. Boden I, Sullivan K, Hackett C, Winzer B, Lane R, McKinnon M, et al. ICEAGE (Incidence of Complications following Emergency Abdominal surgery: Get Exercising): study protocol of a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial testing physiotherapy for the prevention of complications and improved physical recovery after emergency abdominal surgery. *World J Emerg Surg.* 2018; 3: 13-29. PMID: 29988707. PMCID: PMC6029354. DOI: 10.1186/s13017-018-0189-y
32. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
33. Nakaz №1422 MOZ України від 29.12.2016 р. «Pro vnesennya zmin do nakazu Ministerstva okhoroni zdorov'ya Ukraini vid 28 veresnya 2012 roku №751» [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17>
34. Nakaz №751 MOZ України від 28.09.2012р. «Pro stvorennya ta vprovadzhennya mediko-tehnologichnikh dokumentiv zi standartizatsiyi medichnoyi dopomogi v sistemі Ministerstva okhoroni zdorov'ya Ukraini» [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12>
35. Grygoryev AJ, Balan MM, Raczul AB. *Encyklopediya fizychnoyi reabilitatsiyi.* Naukovo-metodychne vydannya. K: Imeks-LTD; 2008. 712 s. [Ukrainian]

УДК 615.825:617.55

**ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:  
ПРОБЛЕМА И НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Гула Г. В.**

**Резюме.** Наряду со значительными достижениями современной медицины в вопросах тактики хирургического лечения неотложных абдоминальных заболеваний и методов оперативных вмешательств, физическая терапия в системе лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости остается недостаточно изученной и мало освещенной в специальной литературе, а ее значение - недооцененным.

В частности, учитывая отсутствие стандартов ее применения и недостаточно исследованное влияние на результаты лечения: показатели летальности, частоту и характер послеоперационных осложнений, продолжительность стационарного лечения, качество жизни и скорость физического выздоровления. Проблема физической терапии в лечении острой хирургической патологии органов брюшной полости не является решенной, а имеющийся теоретический материал и практический опыт не реализованы в стандарты системы здравоохранения. Лишь в последние годы появились единичные сообщения о комплексных алгоритмах лечения основных неотложных абдоминальных патологий, охватывающих хирургическую, анестезиологическую, диагностическую, лучевую, физиотерапевтическую помощь и нутритивную поддержку.

Отдельные исследования указывают на значение ранней физической терапии как неотъемлемой составляющей лечебного процесса после оперативного лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости, наряду с интенсивной и медикаментозной. Однако, текущие доказательства рандомизированных исследований остаются слабыми из-за отсутствия четкой слаженной системы физической терапии таких пациентов, что ограничивает оценку результатов лечения.

Учитывая вышесказанное, возникает актуальная научно-прикладная проблема теоретико-методического обоснования физической терапии как важной интегрированной составляющей системы комплексного лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости.

**Ключевые слова:** физическая терапия, острая хирургическая патология органов брюшной полости.

UDC 615.825:617.55

**Physical Therapy for Emergency Abdominal Surgery:  
the Problem and the Field of Research**

**Hula H.**

**Abstract.** Emergency abdominal surgical pathology remains a significant proportion of all surgical diseases, while mortality and postoperative complications remain considerable. Surgical interventions for emergency abdominal pathology belong to the high-risk category, if there is old age, poor general health, low physical strength and obesity. At the same time, patients with the limited cardiorespiratory reserve have a higher risk of postoperative complications and mortality.

Despite significant medical advances in surgical treatment of emergency abdominal pathology and surgical techniques, role of physical therapy in the treatment of acute intra-abdominal pathology remains insufficiently

studied and described in the specialized literature and its significance in clinical practice underestimated. Among other reasons, there are insufficient clinical guidelines and lack of understanding of its effect on treatment outcomes, such as mortality, frequency and type of postoperative morbidity, duration of in hospital stay, quality of life and rate of physical recovery.

The role of physical therapy in treatment of emergency abdominal surgical pathology remains unclear and available scientific knowledge and practical experience are not reflected in the treatment protocols. Only recently, isolated reports of complex treatment algorithms of major urgent abdominal pathology have been published, which encompass surgical, anesthesia, laboratory, imaging, physiotherapy and nutritional support expertise. Some studies indicate a role for early physical therapy as an integral part of treatment after surgical intervention for acute intra-abdominal pathology along with postoperative intensive care and pharmacological treatment. However, current evidence from randomized trials remains weak due to absence of clearly defined, standardized physiotherapy interventions, which limits the comparison in assessment of the treatment outcomes.

*Conclusion.* So far, in Ukraine there is no standard of physical therapy in clinical protocol of emergency abdominal surgical pathology. Therefore, there remains a need for theoretic and practical substantiation of the physical therapy as an important part of complex treatment of emergency abdominal surgical pathology.

**Keywords:** physical therapy, emergency abdominal surgery.

*The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.*

Стаття надійшла 27.01.2020 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування