

Список використаних джерел:

1. Amanda E Young. Return to work following disabling occupational injury-facilitators of employment continuation. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2010;36(6):473-83. URL: <https://www.jstor.org/stable/41151519?seq=1> (дата звернення: 04.03.2021).
2. Murphy G.C., Young A.E. Employer-based facilitators to work following disabling injury. *Int J Disabil Manage.* 2006; 1(4): 125–34.
3. Salyers M.P., Becker D.R., Drake R.E., Torrey W.C., Wyzik P.F. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv.* 2004; 55(3): 302–8.
4. Vercillo A. Job retention success for individuals receiving vocational services after a work-related injury. Boston (MA) : Boston University, 2008.
5. Gobelet C., F Luthi F., Al-Khodairy A., Chamberlain M. Vocational rehabilitation: a multidisciplinary intervention. *Disability and Rehabilitation*, 2007; 29(17): 1405–10. doi: 10.1080/09638280701315060 (дата звернення: 04.03.2021).
6. Am I eligible for Vocational Rehabilitation? Massachusetts Rehabilitation Commission. URL: <https://www.mass.gov/service-details/am-i-eligible-for-vocational-rehabilitation> (дата звернення: 04.03.2021).
7. Amanda E Young. Return to work following disabling occupational injury – facilitators of employment continuation. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(6): 473–483. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20414630> (дата звернення: 04.03.2021).
8. Ergonomic checkpoints: Practical and easy-to-implement solutions for improving safety, health and working conditions. Second edition. International Labour Office, Geneva; 2010. 336 p.
9. Durand M.J., Vezina N., Baril R., Loisel P., Richard M.C., Ngomo S. Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: a qualitative analysis. *J Occup Rehabil.* 2009; 19(2): 194–202.

Радченко М.В.

студент,

Харківський національний медичний університет

СУЧАСНИЙ МЕТОД ЕНТЕРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА

За останні десятиліття в Україні, як і в усьому світі, відзначається тенденція до збільшення чисельності хворих з запальними захворюваннями кишківника. Своєчасна діагностика захворювань тонкої та товстої кишки є актуальним завданням, яка вимагає застосування різних методик, що дозволяють провести огляд внутрішньої поверхні органу і виявити захворювання на ранній стадії. Колоноскопія є «золотим

стандартом» у виявленні захворювань товстої кишки. Але діагностика захворювань тонкої кишки в даний час є складною клінічною проблемою, обумовленою важкодоступністю цього відділу кишківника для методів інструментальної діагностики, відсутністю специфічної симптоматики та низькою інформативністю сьогоденних методів діагностики. ФГДС і ФКС досить неприємні та навіть болючі процедури, саме це штовхає людей на пошуки альтернативних методів діагностики [1]. Новим технологічним рішенням в діагностиці захворювань тонкої кишки стало створення ендоскопічної відеокапсули, яка являє собою мініатюрну відеокамеру в інертній полімерній оболонці, оснащену джерелом світла і передавальним пристроєм. Після проковтування капсула, рухаючись природним чином по шлунково-кишковому тракту, з певною частотою проводить знімання і передачу отриманих зображень на спеціальний пристрій (ресивер), закріпленій на пацієнті. Весь час роботи ендоскопічної капсули ресивер накопичує отримані знімки, а після завершення обстеження він передається лікарю. Капсульний ендоскоп виходить природним шляхом з організму людини. Лікар за допомогою спеціального програмного забезпечення переглядає знімки шлунково-кишкового тракту, отримані ендоскопічною капсулою і ставить діагноз [2].

Серед переваг капсульної ендоскопії кишківника можна виділити наступні:

- нема ризику травматизації (відсутня необхідність введення ендоскопа традиційним шляхом, завдяки чому немає ризику травмування слизової шлунково-кишкового тракту. Все що потрібно зробити – це проковтнути відеокапсулу і почекати кілька годин);
- безболісно і комфортно (дослідження не викликає дискомфорту у людини, немає больових та неприємних відчуттів внаслідок відсутності інсуфляції повітрям кишківника);
- відсутність наркозу (оскільки при капсульній ендоскопії кишківника не виникає больових відчуттів, то необхідність наркозу відпадає);
- обстеження важкодоступних ділянок шлунково-кишкового тракту (за допомогою гастроскопа і колоноскопа фізично неможливо обстежити тонкий кишківник);
- відсутність ризику зараження (оскільки відеокапсула одноразова, ризик передачі інфекції (ВІЛ, гепатиту В і т.д.) від людини до людини зведений до нуля) [3].

При всіх перевагах капсульної ендоскопії, як й будь-який інший метод діагностики, має свої недоліки:

- навіть в разі виявлення патології або кровотечі, не можна провести біопсію або лікувальні дії. У таких випадках потрібно вдаватися до допомоги ентероскопа (довгий ендоскоп спеціальної конструкції) або пройти лапароскопічну малоінвазивну операцію. У рідкісних випадках потрібно проведення хірургічної операції;

– капсула може застрягти. За даними досліджень ймовірність затримки відеокапсули становить від 1 до 10%. При цьому іноді її доводиться витягати примусово ендоскопічно або хірургічно;

– дорого (не кожен може собі дозволити собі таке дослідження);

– ряд протипоказань (підозра на повну або часткову кишкову непрохідність, дивертикуліт кишківника, наявність у пацієнта кардіостимулятора або інших медичних імплантів) [4].

Ще одним перспективним методом ендоскопічної діагностики є капсульна колоноскопія. Ендоскопічна відеокапсула для обстеження товстої кишки являє собою аналог тонкокишкової відеокапсули, відмінними особливостями її є наявність двох відеокамер на кінцях капсули і велика ємність акумуляторних батарей. Капсула долає верхні і середні відділи травного тракту в «сплячому» режимі і активується, потрапляючи в сліпу кишку. Час повного обстеження товстої кишки ендовідеокапсулою займає 8-12 годин. Особливостями проведення капсульної колоноскопії є неможливість здійснення інсуфляцій просвіт товстої кишки й аспірації вмісту. Тому до якості підготовки капсульної колоноскопії пред'являються більш високі вимоги, ніж до проведення традиційної колоноскопії. При дотриманні необхідних правил підготовки товстої кишки до відеокапсульного дослідження вдається зробити неінвазивний огляд товстої кишки на всьому протязі. Але до того моменту, доки капсула некеровано буде просуватися по об'ємній для перегляду товстій кішці, зображення, які вона передає з цього відділу кишківника, мало інформативні. Можливо, в майбутньому, слід очікувати в медичній практиці, щось на зразок «радіокерованої відеокапсули» здатної візуалізувати потрібні відділи кишківника, з подальшою біопсією її тканин [5].

Нові методи неінвазивної ендоскопічної діагностики травного тракту в багатьох випадках є гідною альтернативою традиційним методам ендоскопічної діагностики. Однак для отримання правдивих інформативних даних необхідне ретельне дотримання методології підготовки та проведення дослідження. Комплексна підготовка до капсульної ендоскопії, що включає прийом сучасних медикаментозних засобів – піногасники, проносних засобів, прокінетиків, дозволяє проводити якісну неінвазивну діагностику різних захворювань шлунково-кишкового тракту. Подальший розвиток цієї діагностичної області посприє підвищенню кількості вперше виявлених патологій шлунково-кишкового тракту, а також розширюють можливості відеоендоскопів в майбутньому.

Список використаних джерел:

1. Robert A. Enns, Lawrence Hookey, David Armstrong. Clinical Practice Guidelines for the Use of Video Capsule Endoscopy. *Gastroenterology*, vol. 152, issue 3, p. 497–514.

2. Adler, S.N., Yoav, M., Eitan, S. et al. Does capsule endoscopy have an added value in patients with perianal disease and a negative work up for Crohn's disease? *World J Gastrointest Endosc.* 2012; 4: 185–188.

3. Voderholzer, W.A., Beinhoelzl, J., Rogalla, P. et al. Small bowel involvement in Crohn's disease: a prospective comparison of wireless capsule endoscopy and computed tomography enteroclysis. *Gut.* 2005; 54: 369–373. Crohn's disease. *J Gastroenterol Hepatol.* 2013; 28: 829–833.

4. Франкис Р., Льюис Б.С., Мишкин Д.С. Капсульная эндоскопия понятным языком. Федорова Е.Д., Иванова Е.В., ред. М.: Практическая Медицина, 2012.

5. Старков Ю.Г., Солоднина Е.Н., Домарев Л.В., Алексеев К.И. Новые методы диагностики заболеваний тонкой кишки – капсульная эндоскопия и двухбаллонная интестиноскопия. *Медицинская визуализация.* 2006; 3: 65–74.

Chupina Vilena, Jnied Laith

Students,

Scientific supervisor: Kononenko O.V.

Candidate of Medical Sciences, Assistant,

Harkiv National Medical University

EBSTEIN'S ANOMALY AND PATIENT SURVIVAL

Introduction. Ebstein's anomaly (EA) is a heart disease which is considered to be complex and rare in which is involved deformity of the tricuspid valve (TV) along with myopathy of the right ventricle (RV), with variable anatomic and pathophysiologic appearances, thus leads to correspondingly variable clinical consequences. Observation and Medical administration is recommended for patients of asymptomatic type, and may be successful for many years. An adulthood first time appearance of EA is common, with reduced natural history survival exhibition accompanied by biventricular failure [1, p. 28].

Aim. To systematize the available data on the frequency of occurrence, hemodynamic features, rates of successful correction, and outcomes of late discovered «Ebstein's anomaly» operation.

Methods. Analyze systematic reviews, numerous scholar studies, scientific resources and researches results regarding the «Ebstein's anomaly».

Results. Ebstein's disease is counted a rather uncommon pathology, the occurrence of which between all congenital heart defects does not go beyond 1%. This pathology happens in 1 case in 20,000 neonates. On late operative results for EA, one of the biggest published series included the following: overall late survival was 98%, 94%, 90%, 86%, and 76% at 1, 5, 10, 15, and 20 years, correspondingly. Freedom from late reoperation was 97%, 91%,