

DOI: 10.31793/2413-5461.2025.15-2.71

В.С. Заремба¹, Н.Р. Федчишин¹,
Б.Ю. Коваль², Д.Н. Федчишин¹¹ ДНТ «Львівський національний
медичний університет
імені Данила Галицького», ФПДО² КП «Львівське територіальне
медичне об'єднання «Клінічна лікарня
планового лікування, реабілітації та
паліативної допомоги»,
ВП «Лікарня Князя Лева»УДК 616.341-036.11-06: (616.379-008.65
+616-002.78)-089

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТЕРМІНАЛЬНОГО ІЛЕІТУ, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРИТОНІТОМ З УТВОРЕННЯМ МНОЖИННИХ МІЖПЕТЛЕВИХ АБСЦЕСІВ, У ХВОРОГО НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ У КОМПЛЕКСІ З ПОДАГРОЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Резюме. У клінічному випадку висвітлено особливості та атипичний перебіг термінального ілеїту, ускладненого перитонітом з утворенням множинних міжкишкових абсцесів і тонкокишкової нориці, у хворого на цукровий діабет у комплексі з подагрою. У статті детально представлено блискавичний перебіг гострої хірургічної патології органів черевної порожнини (перитоніту) з нечіткою маніфестацією клініки та суперечливими даними клінічних обстежень. Лише завдяки динамічному спостереженню за пацієнтом, застосуванню всіх доступних методів діагностики та своєчасному встановленню діагнозу хворого було прооперовано в ургентному порядку, що дало змогу врятувати йому життя.

Ключові слова: термінальний ілеїт, операційне лікування, перитоніт, абсцеси черевної порожнини, тонкокишкова нориця, ЦД, подагра.

Абдомінальний біль у хворих на цукровий діабет (ЦД) може бути проявом як метаболічних ускладнень, зокрема діабетичного кетоацидозу (ДКА), так і справжньої хірургічної патології [1, 2]. ДКА часто супроводжується епігастральним болем, що може імітувати гострий живіт, але без хірургічної патології («псевдоперитоніт»). Крім того, у пацієнтів із ЦД синдром гострого живота може бути зумовлений гострим панкреатитом, апендицитом або холециститом, а клінічна симптоматика нерідко є стертою через автономну нейропатію та порушення імунної відповіді [3, 6].

Дані літератури свідчать, що у хворих на ЦД ускладнення після гострої абдомінальної патології виникають частіше, а післяопераційні результати є гіршими, що підтверджується більшою тривалістю стаціонарного лікування та вищою летальністю порівняно з пацієнтами без діабету [2, 3].

Діагностичні труднощі зумовлені атиповою клінічною картиною та невираженими лабораторними ознаками у хворих на ЦД, через що традиційні критерії гострого абдомінального синдрому можуть бути менш достовірними. Це ускладнює ран-

ню діагностику та призводить до відтермінування лікування.

Систематичні огляди свідчать, що пацієнти з подагрою часто мають супутні метаболічні порушення, зокрема ЦД [4, 8]. Загальна поширеність ЦД серед пацієнтів із подагрою становить приблизно 16-19% [9]. Подагра та гіперурикемія асоціюються не лише із суглобовими проявами, але й із широким спектром системних коморбідних станів, включно з метаболічним синдромом, серцево-судинними та нирковими захворюваннями, а також ЦД [5]. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування. Гастроентеропатія при ЦД, зумовлена впливом гіперглікемії та нервової дисфункції, може проявлятися диспепсією, болем, здуттям кишечника, гастростазом, затримкою випорожнення та іншими абдомінальними симптомами [3].

Хоча подагра традиційно асоціюється з артритом, сучасні огляди доводять, що метаболічні механізми (наприклад, інсулінорезистентність і дисметаболічні зміни) можуть сприяти виникненню обох станів одночасно [6]. У пацієнтів із ЦД, які

мають гострий абдомінальний біль, необхідно враховувати можливість метаболічних причин, мікро- та макросудинних уражень, а також атипovu клінічну картину, за якої традиційні симптоми можуть бути згладженими або відсутніми.

Оскільки подагра асоціюється з підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету та інших системних захворювань, лікування має бути комплексним і спрямованим на модифікацію способу життя, контроль рівня сечової кислоти, глікемії та факторів серцево-судинного ризику [1]. Водночас у вітчизняній літературі відсутні публікації, присвячені гострій хірургічній патології у хворих на цукровий діабет і подагру.

До вашої уваги представлено клінічний випадок пацієнта із ЦД у комплексі з подагрою, перебіг яких ускладнився термінальним ілеїтом, розлитим дифузним фібринозно-гнійним перитонітом, гнійним оментитом, множинними міжпетлевими абсцесами з формуванням зовнішньої тонкокишкової нориці, а також пандактилітом III пальця правої кисті.

Атиповий клінічний перебіг із нечіткою симптоматикою гострої хірургічної патології в пацієнта із ЦД у комплексі з подагрою призвів до важкого стану та множинних ускладнень.

Клінічний випадок. Пацієнт Б., 54 роки, надійшов до хірургічного відділення КНП «Львівське територіальне медичне об'єднання «Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги (ТМО 2), Лікарня Князя Лева» 29.08.2025 р. із діагнозом: пандактиліт III пальця правої кисті. Вправима пупкова грижа. Цукровий діабет 2-го типу, тяжка форма, стадія декомпенсації. Артеріальна гіпертензія II ст., 2-го ст., КВР високий. Подагра, подагричний артрит, стадія загострення.

Зі слів пацієнта, вважає себе хворим протягом тижня, коли вперше відзначив похолодання, біль, порушення чутливості та потемніння м'яких тканин III пальця правої кисті, а також суглобовий біль у кистях обох рук. Лікувався самостійно без суттєвого покращення. У домашніх умовах неконтрольовано приймав нестероїдні протизапальні препарати, метилпреднізолон у дозі 4 мг та пероральні гіпоглікемічні засоби, дієти не дотримувалася. У зв'язку з погіршенням стану звернувся по медичну допомогу та був госпіталізований до хірургічного відділення.

29.08.2025 р. пацієнту виконано операцію — розкриття гнійника III пальця правої кисті та некректомію. Призначено лікування: інсулін короткої дії (триразове введення), антибактеріальну терапію, препарати імідазолового ряду, вітаміни, нестероїдні протизапальні препарати, антигістамінні засоби та метилпреднізолон.

30.08.2025 р. на тлі відносного покращення у хворого виникли незначні ниючі болі в нижніх від-

ділах живота, здуття живота та дворазовий рідкий стілець коричневого кольору. Під час огляду стан пацієнта був задовільний. Язик вологий. Живіт дещо здутий, брав участь в акті дихання, чутливий при пальпації в нижніх відділах за ходом товстої кишки, більше зліва. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Пацієнту призначено відповідне лікування (спазмолітики, інфузійну терапію, антибіотики, метронідазол, диклофенак), продовжено динамічне спостереження та дообстеження.

Консультація ендокринолога: цукровий діабет 2-го типу, тяжка форма, стадія декомпенсації, тяжка форма. Діабетична периферійна полінейропатія, нефропатія. Подагра.

Консультація терапевта: артеріальна гіпертензія II ст., ступінь 2, КВР високий. Діабетична гепатопатія та нефропатія (хронічний гломеруло-нефрит, стадія загострення. ХНН II ст.) Подагра, подагричний поліартрит, стадія загострення.

01.09.2025 р., 10:00 — консиліум у складі професора, завідувача хірургічного відділення та ординаторів відділу. Загальний стан хворого середньої тяжкості. Скарги на незначні болі в правому підребер'ї. Язик вологий, чистий. Живіт м'який, незначно болючий при пальпації в правому підребер'ї, симптоми подразнення очеревини відсутні. АТ — 130/80 мм рт. ст., пульс — 76 уд./хв, t — 36,8 °C. Рекомендовано провести УЗД органів черевної порожнини, КТ органів черевної порожнини для виключення гострої хірургічної патології.

Проведені інструментальні методи обстеження:

- УЗД органів черевної порожнини (01.09.2025 р., 10:10): асцит. Стеатогепатоз. Гепатоспленомегалія. Посилена пневматизація кишківника.
- Рентгенографія органів грудної клітки (01.09.2025 р., 10:15): легені без інфільтративних змін, грубі фіброзні тяжі в нижніх відділах правої легені. Корені ущільнені, структурні. Праве склепіння діафрагми стоїть високо, ліве — у нормі. Синуси вільні. Серце та аорта — вікові зміни. Вільного газу в черевній порожнині не виявлено.
- КТ органів черевної порожнини (01.09.2025 р., 10:25): асцит.
- Пневмоперитоніум. Перфорація порожнистого органа, імовірно тонкої кишки, у лівій боковій ділянці живота.

01.09.2025 р. о 13:00: повторний консиліум у складі професора, завідувача хірургічного відділення, ординаторів відділу. Враховуючи дані рентгенологічного дослідження, УЗД внутрішніх органів та КТ органів черевної порожнини, вирішено провести лапаротомію з подальшим вирішенням обсягу операційного втручання під час операції.

01.09.2025 р. о 13:30 проведено операцію: лапаротомію, розкриття множинних міжпетливих

абсцесів тонкої кишки (4), роз'єднання зрошень черевної порожнини, резекцію великого сальника (35x16 см, апостематоз останнього), лаваж черевної порожнини, дренування органів черевної порожнини з чотирьох точок поліхлорвініловими трубками з перфораційними отворами.

Інтраопераційно під час ревізії органів черевної порожнини встановлено, що шлунок, дванадцятипала та товста кишка — без видимої патології. На ділянці тонкої кишки, починаючи приблизно за 30 см від зв'язки Трейтца і до 20 см від ілеоцекального кута, виявлено різко запально змінену, потовщену стінку кишки з рихлими зрошеннями, фібринозними нашаруваннями та інфільтрованою брижею. Під час роз'єднання зрошень між петлями тонкої кишки відзначалися сформовані абсцеси. Ревізію тонкої кишки проведено двічі, однак перфораційного отвору не виявлено. Встановлено діагноз: термінальний ілеїт із запально зміненими петлями тонкої кишки, виражений спайковий процес, розлитий дифузний гнійно-фібринозний перитоніт, гнійний апостематозний оментит та міжпетлеві тонкокишкові абсцеси.

Перебіг післяопераційного періоду тяжкий, з явищами вираженої інтоксикації, гіпертермією до 39 °С, анемією та нирковою недостатністю. На третю добу після операційного втручання у хворого по дренажу в лівому підребер'ї, окрім виділення гною, виявлено тонкокишковий вміст (почала формуватися зовнішня нориця). Дренаж під'єднаний до пластикового контейнера.

08.09.2025 р. проведено операцію — ампутація III пальця правої кисті на рівні основної фаланги. Сформована кукса, накладені шви.

22.09.2025 р. виконано релапаротомію, розкриття гнійного запливу за ходом дренажу в лівому підребер'ї та дренування рани марлево-гумовим випускником. Рану ушито до випускників.

Консервативне лікування: режим І, дієта № 9, дозоване харчування, інсулінотерапія, меропенем, метронідазол, нестероїдні протизапальні, низькомолекулярні гепарини, комплексне збалансоване парентеральне лікування, гемотрансфузії (еритроцити збіднені, 5 р., АВ (IV) Rh (+)), інгібітори протонної помпи, вітаміни, гепатопротектори, капіляростабілізатори, електроліти, серцеві засоби, сорбенти, препарати заліза, щоденні перев'язки.

Гістологічне дослідження від 03.09.2025 р.: резектований сальник. Фрагмент жирової тканини 35x14,5 см та 9x8,5 см. Ділянки нашарування фібрину та крововиливів. Фрагмент жирової тканини з поліморфноклітинним інфільтратом із переважанням нейтрофілів, ділянками крововиливів та нашаруванням некротичних мас.

Гістологічне дослідження від 15.09.2025 р.: ампутований III палець правої кисті на рівні основної фаланги. Висновок: гангренозні зміни м'яких тканин.

Клінічні аналізи в динаміці:

- загальний аналіз крові: Hb — 80-94-116 г/л, Ер. — 2,68-2,98-3,32x10¹², Le — 20,1-16,4-12,8-10,6-9,1x10⁹ (п. — 3, сег. — 65, лімф. — 27, мон. — 3, еоз. — 3), ШОЕ — 75-65-50-40 мм/год;
- загальний аналіз сечі: питома вага — 1025, білок — 3,3-0,033 г/л, лейкоцити — 8-10 у п/з, епітелій — 6-8 у п/з;
- біохімічний аналіз крові: загальний білірубін — 11,3 мкмоль/л, загальний білок — 57,9 г/л, сечовина — 3,59 ммоль, креатинін — 150,2-62,0 мкмоль/л, аліаза — 87,0 Од/л, АлАТ — 80,4-13,5 Од/л, АсАТ — 40,4-12,1 Од/л, холестерин — 4,62-4,89 ммоль/л, сечова кислота — 420,1 мкмоль/л, С-реактивний білок — 293-104-63,5 Од/л;
- коагулограма: протромбіновий час — 17,1", протромбіновий індекс — 68,5%, АЧТЧ — 27,8", загальний фібриноген — 4,48-3,7 г/л, МНВ — 1,13-09;
- цукор крові: 23, 91-17, 38-12, 4-10, 3-8, 4-7, 9-6,67 ммоль/л;
- глікований гемоглобін — 7,8%.

Повний клінічний діагноз при виписці:

Основне захворювання. Термінальний ілеїт. Розлитий дифузний фібринозно-гнійний перитоніт. Пандактиліт III пальця правої кисті.

Ускладнення основного. Гнійний оментит. Множинні міжпетлеві абсцеси черевної порожнини. Зовнішня тонкокишкова нориця.

Супутні захворювання. Цукровий діабет 2-го типу, тяжка форма, ст. декомпенсації. Діабетична гепато- та нефропатія (хронічний гломерулонефрит у стадії загострення, ХХН II ст.) Артеріальна гіпертензія II ст., ступінь 2, КВР високий. Жировий гепатоз. Хронічний холецистит. Хронічний панкреатит. Подагра, подагричний поліартрит, стадія загострення.

Після проведеного лікування стан хворого покращився. Пацієнт активний, самостійно пересувається по палаті, апетит збережений, харчується повноцінно малими порціями та часто. Болі в животі не турбують. Фізіологічні відправлення — без особливостей. Шви з кукси III пальця правої кисті знято, рана загоїлася первинним натягом. Середина післяопераційна рана гоїться частково вторинним натягом, виділення незначні, сукровичні. Через норицевий хід у лівому підребер'ї за добу виділяється до 20 мл тонкокишкового вмісту в пластиковий контейнер. Ps — 78-82 уд/хв, t — 37,2-36,7 °С, АТ — 130/80 мм рт. ст.

Рекомендації при виписці: дієта № 9. Інсулінотерапія (Актрапід 19-12-6 Од підшкірно), моніторинг рівня глюкози в крові двічі на тиждень, дотримання режиму праці та відпочинку, уникнення переохолодження, догляд за стоєю. Рекомендовано прийом таких препаратів: кверцетин по 1 таблетці тричі на день, медрол 4 мг — по 1 таблетці

вранці, омепразол 40 мг — по 1 таблетці на добу, ацетилсаліцилова кислота 75 мг — по 1 таблетці ввечері. Перев'язки серединної рани проводити через день із вініліном.

Повторний огляд пацієнта через 1 місяць (11.11.2025 р.): стома закрилася, виділення відсутні, серединна рана частково загоїлася вторинним натягом.

Висновки

1. Абдомінальна симптоматика у хворих на ЦД часто має комплексну природу, що може бути пов'язано з неспецифічними метаболічними змінами, а також із вираженою хірургічною патологією, що потребує високого рівня клінічної підозри та ретельної діагностики (КТ, УЗД, лабораторні тести).

2. Подагра та ЦД мають тісний взаємозв'язок як частина системного метаболічного порушення, що підсилює ризик тяжких коморбідних станів.

3. Слід відзначити важливість інтегрованого підходу до пацієнтів із діабетом і/або подагрою, особливо коли виникають абдомінальні симптоми, із залученням як ендокринологів, терапевтів, так і хірургів для своєчасної діагностики та оптимального лікування.

4. Представлений клінічний випадок демонструє особливості перебігу гострої абдомінальної хірургічної патології у хворих на ЦД 2-го типу в комплексі з подагрою (гормонозалежною) та вираженою супутньою патологією (хронічний гепатит, хронічний панкреатит, артеріальна гіпертензія, хронічний гломерулонефрит).

5. У разі підозри на гостру хірургічну патологію в пацієнтів із зазначеною супутньою патологією, окрім динамічного спостереження, слід використовувати весь комплекс діагностичних методів, включаючи комп'ютерну томографію (КТ). За наявності суперечливих результатів ультразвукового, рентгенологічного та КТ-досліджень показано виконання лапаротомії з подальшим визначенням інтраопераційної тактики.

Список використаної літератури

1. Боровець МО, Радченко ОМ, Москва ХА та ін. Ураження органів травлення при цукровому діабеті. *Ендокринологія*. 2023;28(3):270-274.
2. Журавльова ЛВ, Рогацьова ТА. Вісник клубу панкреатологів. *Гастроентерологічний журнал*. 2024;4(65):40-44.
3. Стоянова, Ю. Особливості ліпідного обміну у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу та подагрою. *ScienceRise: Medical Science*. 2024; 2(59):14–17. doi.org/10.15587/2519-4798.2024.306215
4. Страшок ЛА, Турчина СІ та ін. Прогностична оцінка формування гепатопатії у підлітків з цукровим діабетом I типу. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023;6(28):46-51.
5. Asghari KM, Zahmatyar M, Seyedi F, et al. Gout: global epidemiology, risk factors, comorbidities and complications: a narrative review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024;25(1):1047. doi:10.1186/s12891-024-08180-9
6. Gou Y, Yao L, Yang W, Chen Q, Wen Y, Cao J. Development of a three-species gut microbiome diagnostic model for acute pancreatitis and its association with systemic inflammation: a prospective cross-sectional study. *Sci Rep*. 2025;15(1):26034. doi:10.1038/s41598-025-11042-6
7. Halsey-Nichols M, McCoin N. Abdominal Pain in the Emergency Department: Missed Diagnoses. *Emerg Med Clin North Am*. 2021;39(4):703-717. doi:10.1016/j.emc.2021.07.005
8. Jiang J, Zhang T, Liu Y, et al. Prevalence of Diabetes in Patients with Hyperuricemia and Gout: A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Diab Rep*. 2023;23(6):103-117. doi:10.1007/s11892-023-01506-2
9. Zhong Y, Li Y, Hu C, et al. Systematic analysis of gout burden among young adults in China from 1990 to 2021: findings from the global burden of disease study 2021. *Front Public Health*. 2025;13:1613801. doi:10.3389/fpubh.2025.1613801

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF TERMINAL ILEITIS COMPLICATED BY PERITONITIS WITH THE FORMATION OF MULTIPLE INTERLOOP ABSCESSSES IN A PATIENT WITH DIABETES MELLITUS COMBINED WITH GOUT

V.S. Zaremba, N.R. Fedchyshyn, B.Yu. Koval, D.N. Fedchyshyn

Abstract. The clinical case highlights the features and atypical course of terminal ileitis complicated by peritonitis with the formation of multiple interintestinal abscesses and a small-bowel fistula in a patient with diabetes mellitus combined with gout. The article meticulously and precisely presents the fulminant course of acute surgical abdominal pathology (peritonitis) with poorly defined clinical manifestation and contradictory findings of clinical examinations. Only due to dynamic patient monitoring and the implementation of all available diagnostic methods and was the diagnosis established in a timely manner; the patient underwent emergency surgery, thereby saving his life.

Keywords: terminal ileitis, surgical treatment, peritonitis, intra-abdominal abscesses, small-bowel fistula, diabetes mellitus, gout.

Для цитування: Заремба ВС, Федчишин НР, Коваль БЮ, Федчишин ДН. Особливості перебігу термінального ілеїту, ускладненого перитонітом з утворенням множинних міжпетлевих абсцесів, у хворого на цукровий діабет у комплексі з подагрою (клінічний випадок). *Практикуючий лікар*, 2026, № 2, с. 71-75. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-2.71.

Адреса для листування: Заремба Віталій Степанович, zaremba-v-s@ukr.net; кафедра хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії ФПДО ДНТ «Львівський національний медичний

університет імені Данила Галицького», вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна. Федчишин Назар Романович, fednaz@ukr.net; кафедра хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії ФПДО ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна. Коваль Богдан Юрійович, Koval.bouyr@gmail.com; КП «Львівське територіальне медичне об'єднання «Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги», ВП «Лікарня Князя Лева», вул. Ужгородська, 1, Львів, 79000, Україна. Федчишин

Данило Назарович, danulofed2004@gmail.com; ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», вул. Пекарська 69, Львів, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Заремба Віталій Степанович, доктор медичних наук, професор кафедри хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії ФПДО ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0009-0007-4402-4636. Федчишин Назар Романович, кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії ФПДО ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0003-0232-2778. Коваль Богдан Юрійович, лікар-хірург, КП «Львівське територіальне медичне об'єднання «Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги», ВП «Лікарня Князя Лева». ORCID: 0009-0008-1139-5104. Федчишин Данило Назарович, студент, ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0009-0006-7883-5544.

Особистий внесок: Заремба В.С. — генератор ідеї та супровід під час написання статті. Федчишин Н.Р. — написання статті, аналіз даних літератури. Коваль Б.Ю. — оформлення джерел літератури. Федчишин Д.Н. — підготовка статті до друку.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Декларація: Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 09.04.2026 р., прийнята на друкування 26.04.2026 р., надрукована 30.06.2026 р.

For citation: Zarembo VS, Fedchyshyn NR, Koval BYu, Fedchyshyn DN. Features of the clinical course of terminal ileitis complicated by peritonitis with the formation of multiple interloop abscesses in a patient with diabetes mellitus combined with gout. The Practitioner, 2026, № 2, p. 71-75. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-2.71.

Correspondence address: Zarembo Vitaliy Stepanovych, zarembo-v-s@ukr.net; Department of Surgery, Plastic Surgery and

Endoscopy of the FPDO, SNE «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University», Pekarska St., 69, Lviv, 79010, Ukraine. Fedchyshyn Nazar Romanovych, fednaz@ukr.net; Department of Surgery, Plastic Surgery and Endoscopy of the FPDO, SNE «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University», Pekarska St., 69, Lviv, 79010, Ukraine. Koval Bohdan Yuriiovych, Koval.bohur@gmail.com; Lviv Territorial Medical Association, Municipal Non-Profit Enterprise (MNE) Clinical Hospital for Elective Treatment, Rehabilitation and Palliative Care, Subdivision «Prince Lev Hospital», Uzhhorodska St., 1, Lviv, 79000, Ukraine. Fedchyshyn Danylo Nazarovych, danulofed2004@gmail.com; SNE «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University», st. Pekarska 69, Lviv, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Zarembo Vitaliy Stepanovych, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgery, Plastic Surgery and Endoscopy of the FPDE, SNE «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University». ORCID: 0009-0007-4402-4636. Fedchyshyn Nazar Romanovych, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgery, Plastic Surgery and Endoscopy of the FPDE, SNE «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University». ORCID: 0000-0003-0232-2778. Koval Bohdan Yuriiovych, surgeon, Lviv Territorial Medical Association, Municipal Non-Profit Enterprise (MNE) Clinical Hospital for Elective Treatment, Rehabilitation and Palliative Care, Subdivision «Prince Lev Hospital». ORCID: 0009-0008-1139-5104. Fedchyshyn Danylo Nazarovych, student, SNE «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University». ORCID: 0009-0006-7883-5544.

Personal contribution: Zarembo VS — idea generator and support during article writing. Fedchyshyn NR — article writing, literature data analysis. Koval BYu — design of literature sources. Fedchyshyn DN — preparation of article for publication.

Funding: The article was prepared within the framework of budgetary financing of the SNE «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University».

Declaration of Ethics: The authors declared the absence of a conflict of interest and financial obligations.

Article: Received 09.04.2026, accepted 26.04.2026, published 30.06.2026.