

# Випадки виявлення стороннього тіла в акушерсько-гінекологічній практиці

В. О. Заболотнов<sup>1</sup>, О. С. Заблоцька<sup>1</sup>, В. Є. Донець<sup>2</sup>, К. В. Моренець<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Житомирський медичний інститут

<sup>2</sup>КП «Лікарня № 1» Житомирської міської ради

<sup>3</sup>КП «Лікарня № 2» Житомирської міської ради

У статті представлені випадки виявлення стороннього тіла після хірургічних операцій, розродження через природні пологові шляхи, які траплялися в акушерсько-гінекологічній практиці.

Безпека пацієнтів є однією з найактуальніших проблем у сфері охорони здоров'я. Додержання правил безпеки вимагає, щоб усі фахівці охорони здоров'я усвідомлювали, що існує ймовірність помилок, а також, що командна робота та спілкування є важливими для запобігання їм.

Залишення хірургічних предметів, таких, як марлевий тампон, інструмент або голка, після операції чи інвазивної процедури є рідкісним, але потенційно серйозним явищем, пов'язаним зі значною захворюваністю та смертністю.

Найбільш поширеними знахідками є марлеві тампони та серветки, тоді як хірургічні інструменти та голки виявляють нечасто. У статті описані випадки знаходження стороннього тіла у практиці акушерів-гінекологів.

У першому випадку стороннє тіло було залишено у передній черевній стінці, у другому і третьому – залишення серветок у черевній порожнині після гінекологічної та хірургічної операцій. У четвертому випадку була залишена голка у ділянці шийки матки після розродження через природні пологові шляхи та ушиття розривів їхніх м'яких тканин. Причому голка не була виявлена ні після перших пологів, ні поза вагітністю, ні протягом наступної вагітності, а виявлена під час огляду шийки матки у дзеркалах у ранній післяпологовий період.

Проблема знахідки стороннього тіла після операції залишається досі не вирішеною. За статистикою, один пацієнт на рік у кожній лікарні страждає від забутого у його тілі стороннього предмета. Це може спричинити позов до суду про відшкодування збитків проти хірурга та медичного персоналу.

Підрахунок предметів до та після використання їх під час операції є найбільш поширеним методом скринінгу foreign body, що зосереджується у світі.

Необхідно регулярно ретельно дотримуватися хірургічної техніки, яка включає підрахунок губок, тампонів, серветок та інструментів, спрямований на запобігання післяопераційному виявленню сторонніх матеріалів у порожнинах тіла. Високий індекс підозри щодо залишення чужорідного тіла після операції слід мати стосовно пацієнта зі значними шлунково-кишковими симптомами та операціями в анамнезі.

Періопераційний підрахунок обладнання та матеріалів є найпоширенішим методом скринінгу foreign body.

**Ключові слова:** стороннє тіло, акушерсько-гінекологічна практика.

## Foreign body cases in obstetrics and gynecology practice

V. O. Zabolotnov, O. S. Zablotska, V. Ye. Donets, K. V. Morenets

The article presents cases that took place in obstetrics and gynecology practice, the detection of a foreign body after surgical operations, childbirth through the natural birth canal.

Patient safety is one of the most pressing issues in healthcare. Promoting safety requires that all those involved in health care recognize that the potential for error exists and that teamwork and communication are essential to preventing errors.

Retention of surgical objects such as a gauze pad, instrument, or needle after surgery or an invasive procedure is a rare but potentially serious phenomenon associated with significant morbidity and mortality.

Gauze swabs and napkins are the most common finds, while surgical instruments and needles are rare.

We will present cases of foreign bodies in the practice of obstetrician-gynecologists.

In the first case, the foreign body was left in the anterior abdominal wall. Two cases of napkins being left in the abdominal cavity after gynecological and surgical operations. In the fourth case, a needle was left in the cervix after delivery through the natural birth canal and suturing of soft tissue tears in the birth canal. Moreover, the needle was not detected either after childbirth, or outside of pregnancy, or during pregnancy, but was detected during examination of the cervix in mirrors in the early postoperative period.

The problem of finding a foreign body after surgery remains unsolved. According to statistics, one patient per year in each hospital suffers from a forgotten foreign body. A foreign body left behind can give rise to a lawsuit for damages against the surgeon and medical staff.

Pre- and post-operative object counting is the most common foreign body screening method used in the world.

Careful surgical technique should be routinely followed, which includes counting sponges, tampons, napkins, and instruments aimed at preventing postoperative foreign material in body cavities. A patient with significant gastrointestinal symptoms and a history of surgery should have a high index of suspicion for postoperative foreign body retention. Perioperative counting of equipment and materials is the most common method of foreign body screening.

**Keywords:** foreign body, obstetrics and gynecology practice.

Безпека пацієнтів є однією з найактуальніших проблем у сфері охорони здоров'я. Додержання правил безпеки вимагає, щоб усі фахівці охорони здоров'я усвідомлювали, що існує ймовірність помилок, а також, що командна робота та спілкування є важливими для запобігання їм [32].

Залишення хірургічних предметів, таких як марлевий тампон, інструмент або голка, після операції чи інвазивної процедури є рідкісним, але потенційно серйозним явищем, пов'язаним зі значною захворюваністю та смертністю [17, 27].

За статистикою, *foreign body* (стороннє тіло) є причиною 70% повторних втручань із захворюваністю 80% і смертністю 35% [30].

Найбільш поширеними знахідками є марлеві тампони та серветки, тоді як хірургічні інструменти та голки виявляють нечасто [8].

Госипібома – це термін, який використовується для позначення шматка бавовняного матеріалу, забутого у порожнині тіла після хірургічної операції [14].

Слово «госипібум» у перекладі з латини означає «бавовна», а «бома» на суахілі означає «місце приховування» [14]. Існують також інші історичні терміни, які використовувалися для опису госипібоми: «текстилома», «гаузеома», «котоніод» і «котонбалома» [1, 4, 11].

Знайдені марлеві тампони можуть спричинити або ексудативну, або асептичну фіброзну реакцію тканин [11, 16]. Ексудативна реакція проявляється досить рано у післяопераційний період, зумовлюючи вторинні інфекції внаслідок бактеріального зараження. Асептичний фіброзний тип реакції досить повільний: він залучає фіброblastи, що призводить до утворення спайок, гранулом або псевдопухлин; при цьому пацієнти залишаються безсимптомними протягом багатьох років [2, 12].

Візуалізація є головним ключем діагностики.

Комп'ютерна томографія (КТ) є методом вибору для виключення *corpus externum*. Звичайна рентгенографія також широко використовується, хоча вона має частоту хибнонегативних результатів 10–25%, незважаючи на наявність у деяких випадках рентгеноконтрастних маркерів на хірургічних серветках. Залежно від клінічної ситуації також можна використовувати магнітно-резонансну томографію (МРТ) та інші відповідні радіологічні методи, такі, як контрастне дослідження з барієвою суспензією.

Залишені об'єкти можуть спричинити численні проблеми, а лікування передбачає хірургічне видалення елементів після діагностики, навіть якщо у пацієнта відсутні симптоми. Інтервал часу між початковою операцією, діагностикою та видаленням стороннього тіла є клінічно значущим, оскільки захворюваність і смертність набагато менші, якщо його видалають відразу після операції, порівняно із запізненими діагностикою та вилученням [9].

**Мета роботи:** аналіз наслідків виявлення стороннього тіла для пацієнок в акушерсько-гінекологічній практиці.

Проведено аналіз чотирьох випадків виявлення стороннього тіла, які спостерігалися в акушерсько-гі-

некологічній практиці. Перші три випадки зафіксовано у місті Житомир, четвертий – у місті Сімферополь. Тривалість знаходження стороннього тіла у першому випадку (марлевий тампон у передній черевній стінці з 2016 р.) становила 7 років; у другому випадку (серветка у черевній порожнині з 1977 р.) – 20 років; у третьому випадку (серветка у черевній порожнині з 2010 р.) – 3 міс; у четвертому випадку (хірургічна голка у параметрії та шийці матки з 1990 р.) – 2 роки.

#### Випадок 1

Тридцятисемирічну жінку було госпіталізовано до пологового відділення у терміні гестації 39 тиж 5 днів. Згідно з анамнезом, пацієнтка перенесла два кесарева розтини у 2007 р. та 2016 р., завмерлу вагітність у терміні 11 тиж у 2020 р. Особливістю післяопераційного періоду у 2016 р. було те, що протягом перших двох днів відзначали підвищення температури тіла до 38 °C на тлі планової антибактеріальної терапії. Змін у антибактеріальній терапії не було, і її закінчили приблизно на 5-й день післяопераційного періоду.

Під час ультразвукового скринінгового дослідження плода у II і III триместрах вагітності виявлено: на передній черевній стінці жінки, у безпосередній близькості до передньої стінки матки, кістозне включення овальної форми 6,8×2,7 см, вміст рідинний, неоднорідний, контур чіткий, всередині якого локалізується включення підвищеної щільності розмірами 2,5×1,8 см, що дає акустичну тінь. У режимі кольорового доплерівського картування – без васкуляризації. Належного клінічного оцінювання дані ультразвукового дослідження не мали, тобто фактично ігноровані.

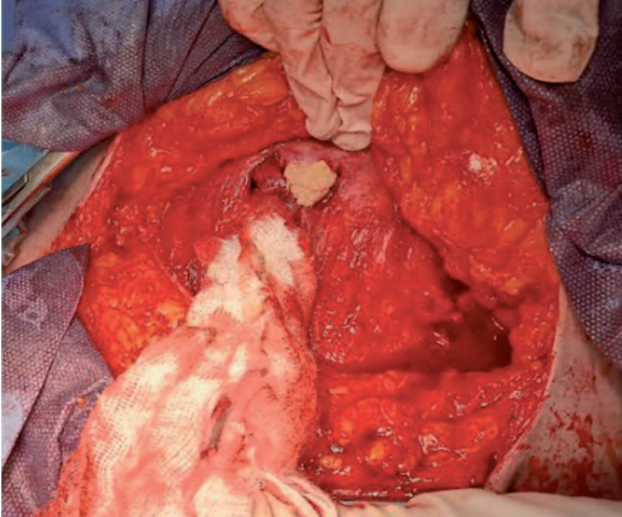
У плода під час вагітності після проведення ультразвукового дослідження було виявлено та підтверджено неонатально вроджені вади розвитку обличчя: двосторонню щілину губи та піднебіння, асиметричну гіпоплазію кісток носа.

Беручи до уваги два рубці на матці, було вирішено методом розродження вибрати кесарів розтин.

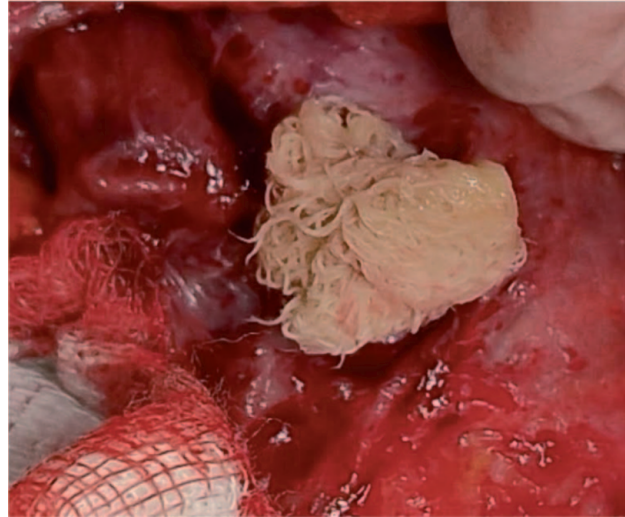
Згідно з протоколом кесарева розтину, виконано лапаротомію за Пфанненштилем, під час якої у ділянці верхньої третини білої лінії живота було виявлено норицевий отвір під'язового абсцесу з виділенням густого жовтого гною (рис. 1). Попередньо ця ділянка була відмежована серветкою з антисептиком і продовжено операцію: вилучено дитину з трикратним обвиттям пуповини навколо шиї і тулуба, виконано додатковий гемостаз по ходу шва на матці по центру та зліва.

Після розширено норицевий отвір, вмістом якого були гній об'ємом 30–40 мл та марлева тканина розмірами 7×1×1 см, стінки утворення щільні, товщиною 3–5 мм (рис. 2, 3). Абсцес був розташований між прямим м'язом живота та очеревиною, з підпаяним до нього сальником.

Стінки капсули абсцедуючого утворення гостро та тупо вилучені, ложе абсцесу ушито, підпаяний сальник відокремлений затискачем, краї прошиті та перев'язані, гемостаз достатній (рис. 4). Завершальним етапом було дренування черевної порожнини зліва через контрапертуру.



**Рис. 1. Норичевий отвір із марлевою тканиною, пофарбованою гноєм**



**Рис. 2. Гній пофарбував марлю і був здебільшого видалений на попередньому етапі операції**

Післяопераційний період минув без ускладнень, жінка разом з дитиною була виписана через 4 доби після оперативного втручання.

Під час надання медичної допомоги цій пацієнтці не були взяті до уваги дані ультразвукового дослідження, виявлення змін на передній черевній стінці.

Можливо, немає кореляції, але спостерігається поєднання хронічного гнійного вогнища та вад розвитку плода.

#### **Випадок 2**

Пацієнтка А. Із анамнезу встановлено, що хвора оперована 20 років тому з приводу запалення апендикулярного відростка (проведена апендектомія). По медичну допомогу з приводу болю у животі хвора не зверталась.

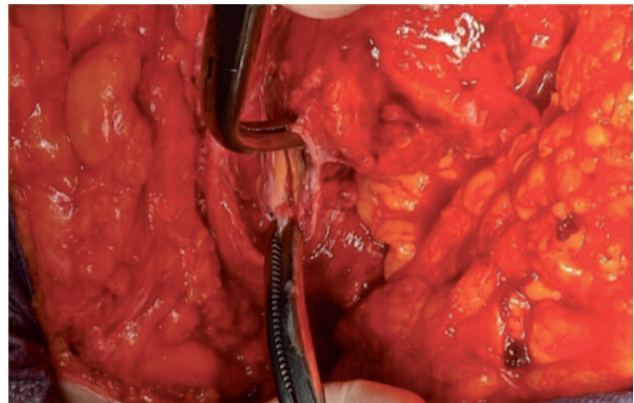
Лікування у гінекологічному відділенні закладу III рівня надання медичної допомоги у 1997 р. Вік хворої на час лікування становив 52 роки. Підготовлена до оперативного втручання з приводу доброякісної пухлини придатків.

Під час проведення операції запідозрено малігнізацію кістоми яєчника. Проведено ревізію черевної порожнини. Лікарем виявлено об'ємне утворення сальника діаметром до 8 см, що було розцінене як метастаз пухлини у сальник; об'єм оперативного втручання: нижньосередина лапаротомія. Екстирпація матки з придатками. Екстирпація сальника. Віддалене утворення сальника не розсікали. Дренування черевної порожнини. Післяопераційний період перебігав без ускладнень.

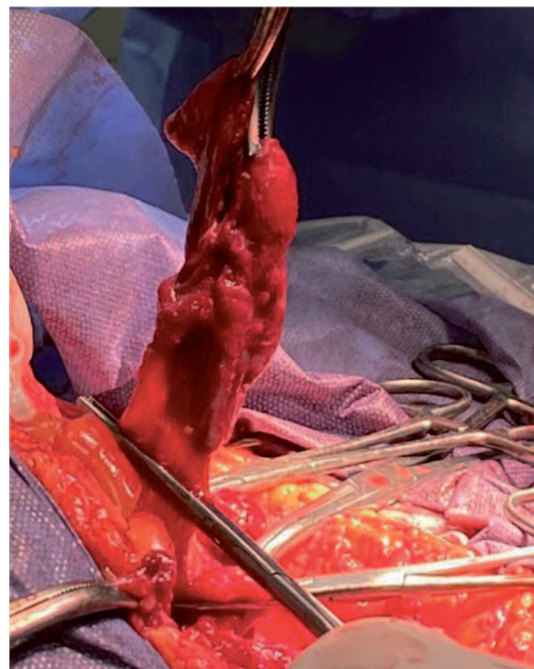
Діагноз після гістологічного дослідження: злоякісна пухлина лівого яєчника, стороннє тіло (марлева серветка) у сальнику із асептичним некрозом.

#### **Випадок 3**

Пацієнтка В. Лікування у гінекологічному відділенні закладу II рівня надання медичної допомоги у 2010 р. Вік хворої на період лікування становив 47 років.



**Рис. 3. Норичевий отвір між затискачами**



**Рис. 4. Виділена капсула абсцедуючого утворення**



Госпіталізована на планове оперативне лікування з приводу багатовузлової лейоміоми матки. Проведено лапаротомію розрізом за Пфанненштилем, екстирпацію матки з придатками, дренування черевної порожнини.

У післяопераційний період відзначали підвищення температури тіла до 38 °С протягом трьох днів. Лабораторні показники – у межах норми. УЗД черевної порожнини після операції не проводили. Антибактеріальна терапія – 5 дб. На сьому добу після операції у задовільному стані виписана додому.

На огляд до лікаря звернулася через три місяці після операції зі скаргами на неприємний запах із піхви. Пацієнтка інформувала про незначний біль унизу живота, який пов'язувала із фізичними навантаженнями та спайками після оперативного втручання.

Під час вагінального обстеження у культурі піхви виявлено волокна стороннього тіла. Корцангом із культури піхви видалено із порожнини малого таза стороннє тіло (марлеву серветку) та до 20–30 мл смердючих гнійних виділень. Піхва санована. Від госпіталізації хвора категорично відмовилась. Призначено амбулаторне лікування. Хвора відзначала підвищення температури тіла до 38 °С протягом доби. При подальшому спостереженні у хворої патології не виявлено.

#### Випадок 4

Вагітна Р. У 1992 р. звернулася з приводу передчасних пологів у терміні вагітності 32 тиж та допологового розриву плодових оболонок. В анамнезі: одні пологи у 1990 р. із травмою пологових шляхів. За словами жінки, «були великі розриви, і лікарі довго її ушивали».

У наступні 36 год відбулися передчасні пологи, смерть новонародженого у неонатальний період. Під час огляду пологових шляхів у товщі шийки матки виявлено хірургічну голку (В1 0,6/60 мм), «втрачену» під час перших пологів. Вона була вилучена.

Стороннє тіло (голка) не була виявлена ні після перших пологів, ні поза вагітністю, ні протягом цієї вагітності, а тільки під час огляду шийки матки у дзеркалах у післяпологовий період. Породіллі стало відомо про залишену у її тілі голку, вона зістала це з несприятливим результатом цих пологів і подала заяву до прокуратури на медичних працівників, які надавали їй акушерську допомогу під час перших пологів.

Згідно з міжнародним класифікатором хвороб (МКХ-11), стороннє тіло може бути [31]:

T19 Стороннє тіло у сечостатевих шляхах

T19.20 Стороннє тіло у вульві та піхві

T19.30 Стороннє тіло у матці (у будь-якій частині)

T19.80 Стороннє тіло в інших або декількох відділах сечостатевих шляхів

T19.90 Стороннє тіло у сечостатевих шляхах, відділ неуточнений

(T80–T88) Ускладнення хірургічного втручання та медичної допомоги, не класифіковані в інших рубриках.

(T81.5) Стороннє тіло, що було залишено випадково в порожнині організму чи операційній рані після процедури.

Частота виявлення госипібом точно невідома через погану звітність. Незважаючи на запобіжні заходи щодо забезпечення видалення хірургічних інструментів із порожнин тіла після операції, трапляються помилки, що призводять до їхнього виникнення. У літературі повідомляється, що частота виявлення госипібом коливається від 0,01% до 0,03% [3, 4].

Марлеві тампони є найбільш поширеними сторонніми матеріалами, що залишаються у черевній порожнині (70%), через їхнє часте використання та малий розмір. Крім того, просочену кров'ю марло під час ускладненого хірургічного втручання важко відрізнити від крові [29].

Госипібому частіше виявляють у жінок – 63–63,7% випадків, що може бути пов'язано з високим ІМТ, більш «глибоким» тазом і з попередніми гінекологічними операціями [29].

Марлеві серветки, тампони можуть тривалий час знаходитись в організмі, що підтверджує у своїх роботах низка дослідників [20, 23, 24]. Тампони можуть бути причиною асимптомного стану протягом тривалого часу [14].

Клінічна картина залишеного стороннього тіла виглядає як псевдопухлина. Симптоми не завжди специфічні, вони включають біль у животі, відчуття утворення у животі, ректальну кровотечу, кишкову непрохідність, лихоманку, діарею та втрату маси тіла. У наведених вище випадках у хворих спостерігався безсимптомний перебіг [8, 21].

У жінок із хронічним тазовим болем рідко пов'язують цей синдром із стороннім тілом, тому що хронічний тазовий біль також супроводжує різні види гінекологічної патології [13, 22, 25]:

- вади розвитку сечостатевої системи (3,3%),
- аномалії розвитку матки (9,3%),
- ендометріоз (24,2%),
- аденоміоз (8,8%),
- лейоміому матки (8,4%),
- поєднані проліферативні доброякісні захворювання статевих органів (14,9%),
- хронічні запальні захворювання органів малого таза (7,9%),
- тазовий адгезивний процес (9,8%),
- дисфункцію тазового дна (13,5%).

Наявність вади розвитку плода у першому випадку належить до так званих великих аномалій – вроджена аномалія, яка потребує симптоматичного або хірургічного лікування, дуже негативно впливає на здоров'я та розвиток плода або має значний косметичний вплив. Вади розвитку плода у даному випадку можуть бути пов'язані з хронічною інфекцією. Наслідки інфекцій під час вагітності включають тератогенні ефекти, які зумовлюють вроджені аномалії. Вроджені аномалії наявні у приблизно 3% живонароджених, і частина їх спричинена інфекцією [5, 7].

Поєднання злоякісного процесу та стороннього тіла (випадок 2) не є винятком. Канцерогенез, спричинений чужорідним тілом, є традиційним, можливо застарілим, способом розуміння розвитку раку [18].

Первинна інтраабдомінальна злоякісна фіброзна гістіоцитома може бути ускладненням тривалого знаходження марлі у тілі після хірургічного втручання [32].

Тому клініцисти повинні пам'ятати про це при встановленні диференціального діагнозу у пацієнтів з анамнезом попередньої абдомінальної операції та симптомами, пов'язаними як з пухлиною, так і системною запальною відповіддю [15].

Для діагностики можна використовувати КТ або МРТ.

В описаному випадку застосовували ультразвукове дослідження. Однак ультразвуковий вигляд абсцесу, вмістом якого був марлевий тампон, імітував кісту.

Лікування необхідне, щоб запобігти подальшій захворюваності та потенційній смертності. Високий індекс підозри на наявність госіпіноми повинен мати хірург, який обслуговує післяопераційних пацієнтів.

Проблема виявлення стороннього тіла після операції залишається досі невирішеною. За статистикою, один пацієнт на рік у кожній лікарні страждає від забутого стороннього тіла. Залишене чужорідне тіло може спричинити позов до суду про відшкодування збитків проти хірурга та медичного персоналу [26].

Підрахунок предметів до та після їхнього використання під час операції є найбільш поширеним методом скринінгу foreign body, що застосовується у світі.

Своєчасна діагностика, адекватне вирішення організаційних питань, що виникають, і надання кваліфікованої допомоги на догоспітальному етапі є запорукою успішного лікування цих пацієнтів [6, 17, 19, 28]. Медичні працівники повинні завжди бути пильними щодо загрози, яку представляє ця проблема [8].

Необхідно регулярно ретельно дотримуватися хірургічної техніки, яка включає підрахунок губок, тампонів, серветок та інструментів, спрямованої на запобігання післяопераційному виявленню сторонніх матеріалів у порожнинах тіла. Високий індекс підозри щодо залишення чужорідного тіла після операції слід мати у пацієнта зі значними шлунково-кишковими симптомами та операціями в анамнезі. Періопераційний підрахунок обладнання та матеріалів є найпоширенішим методом скринінгу *congrus externum* у світі [10].

## ВИСНОВКИ

Післяопераційне залишення стороннього тіла є причиною хірургічної захворюваності та смертності, виникнення ускладнень, яким можна запобігти.

## Відомості про авторів

**Заболотнов Віталій Олександрович** – д-р мед. наук, проф., завідувач, кафедра «Сестринська справа», Житомирський медичний інститут, Житомирська обласна рада; тел.: (0412) 43-08-91. *E-mail: vitaliyzabolotnov@gmail.com*  
ORCID: 0000-0001-8901-6209

**Заблюцька Ольга Сергіївна** – д-р мед. наук, проф., завідувачка, кафедра «Технологій медичної діагностики, реабілітації та здоров'я людини», Житомирський медичний інститут, Житомирська обласна рада; тел.: (0412) 43-08-91. *E-mail: olgazabl55@gmail.com*  
ORCID: 0000-0002-0850-5754

**Донець Валентина Євгенівна** – завідувачка, гінекологічне відділення, КП «Лікарня №1», Житомирська міська рада; тел.: (0412) 55-42-23. *E-mail: donec\_ve@ukr.net*  
ORCID: 0009-0006-7975-130X

**Моренець Катерина Вікторівна** – лікар-інтерн, спеціальність «Хірургія», КП «Лікарня № 2», Житомирська міська рада; тел.: (0412) 43-08-91. *E-mail: Morenets13@gmail.com*  
ORCID: 0009-0000-2838-4024

## Information about the authors

**Zabolotnov Vitaliy O.** – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Nursing, Zhytomyr Medical Institute, Zhytomyr Regional Council; tel.: (0412) 43-08-91. *E-mail: vitaliyzabolotnov@gmail.com*  
ORCID: 0000-0001-8901-6209

**Zablotska Olga S.** – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Technologies of Medical Diagnostics, Rehabilitation and Human Health Department, Zhytomyr Medical Institute, Zhytomyr Regional Council, tel.: (0412) 43-08-91. *E-mail: olgazabl55@gmail.com*  
ORCID: 0000-0002-0850-5754

**Donets Valentyna Ye.** – MD, Head of the Gynecological Department, Municipal Enterprise “Hospital No. 1”, Zhytomyr City Council; tel.: (0412) 55-42-23. *E-mail: donec\_ve@ukr.net*  
ORCID: 0009-0006-7975-130X

**Morenets Kateryna V.** – Medical Resident, “Surgery” specialty, Municipal Enterprise “Hospital No. 2”, Zhytomyr City Council; tel.: (0412) 43-08-91. *E-mail: Morenets13@gmail.com*  
ORCID: 0009-0000-2838-4024

## ПОСИЛАННЯ

- Al-Farah RU, Samia S, Sanaullah G. Intra-abdominal surgical gauze pseudotumour (Gossypiboma) mimicking a dermoid cyst. *Int J Pathol.* 2012;10:85-7.
- Auquo ME, Ogbu N, Udosen J, Ekpo R, Agbor C, Emelike K. Acute abdomen from gossypiboma: A case series and review of literature. *Nig J Sur Res.* 2006;8:174-6. doi: 10.4314/njsr.v8i3-4.54901.
- Benedikt W. Postoperative side with daily emptying. causes, diagnosis, treatment. *Kharkov Surg School.* 2013;62(5):94-8.
- Utoo BT, Igbudu JT, Eke B. Retained Post-Operative Foreign Body of Gynaecologic Origin at Ascending Colon. *Gynecol & Obstet Case Report.* 2016;2(2):281-3. doi: 10.21767/2471-8165.1000028.
- Megli CJ, Carolyn B. Coyne Infections at the maternal-fetal interface: an overview of pathogenesis and defence. *Natur Rev Microbiol.* 2022;20:67-82. doi: 10.3389/fcimb.2022.873253.
- Dyakunchak YuR, Pyrohova VI, Okhab-ska II. Medical and social characteristics of women of reproductive age who have undergone urgent gynecological surgery. *Reprod Health Woman.* 2022;60(5):34-7.
- Galask R, Larsen B, Ohm MJ. Infection in Maternal-Fetal Medicine: An Overview. *Glob Libr Women's Med.* 2008. doi: 10.3843/GLOWM.10173.
- Elci E. Foreign body under the skin after caesarean section: case report. *J Obstet Gynaecol.* 2021;41(3):477-8. doi: 10.1080/01443615.2020.1755835.
- Hariharan D, Lobo DN. Retained surgical sponges, needles and instruments. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95(2):87-92. doi: 10.1308/003588413X13511609957218.

10. Bozkurt H, Ögüt B. A gossypiboma masquerading as a mesenteric cyst Malawi Med J. 2021;33(1):68-70. doi: 10.4314/mmj.v33i1.11.
11. Hojjat MG, Mohsen T, Farinaz F, Mohammad EA. Textiloma, migration of retained long gauze from abdominal cavity to intestion. J Res Med Sci. 2010;15(1):54-7.
12. Indu L, Deepa K, Sandeep S. Gossypiboma a rare cause of acute abdomen: A case report and review of literature. Int J Crit Illn Inj Sci. 2011;1(2):157-60. doi: 10.4103/2229-5151.84805.
13. Kataria S, Garg M, Marwah S, Sethi D. Postoperative adhesive intestinal obstruction from gossypiboma. Ann Med Health Sci Res. 2012;2(2):206-8. doi: 10.4103/2141-9248.105677.
14. Kim CK, Park BK, Ha H. Gossypiboma in abdomen and pelvis: MRI findings in four patients. AJR Am J Roentgenol. 2007;189(4):814-7. doi: 10.2214/AJR.07.2323.
15. Kryzhevskii VV, Mendel MA, Pavlovich YuV. Gossypiboma: modern view on the problem. Surg Ukr. 2016;(93):124-30.
16. Kaplan M, İyiköşker HI. A new complication of retained surgical gauze: development of malignant fibrous histiocytoma-report of a case with a literature review. World J Surg Oncol. 2012;10:139. doi: 10.1186/1477-7819-10-139.
17. Monika G, Akash DA. A review of medico legal consequences of gossypiboma. J Indian Acad Forensic Med. 2010;32(4):358-61.
18. Mahran MA, Toeima E, Morris EP. The recurring problem of retained swabs and instruments. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27(4):489-95. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.03.001.
19. Okada F. Beyond foreign-body-induced carcinogenesis: impact of reactive oxygen species derived from inflammatory cells in tumorigenic conversion and tumor progression. Int J Cancer. 2007;121(11):2364-72. doi: 10.1002/ijc.23125.
20. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. Fertil Res Pract. 2015;1:15. doi: 10.1186/s40738-015-0008-z.
21. Sankhe A, Joshi A. Gossypiboma: Cause Of Intestinal Adhesions. Inter J Radiol. 2006;6(2):1-4. doi: 10.5580/c26.
22. Shrivastava M, Parashar H, Modi JN. A clinical study of ectopic pregnancy in a tertiary care centre in Central India. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2017;(6):2485-90. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20172336.
23. Shurpyak SO, Kozlovskiy IV, Pyrohova VI, Okhabaska II. Analysis of diagnostic and treatment measures for chronic pelvic pain in women in routine clinical practice. Reprod Health Woman. 2023;69(6):23-8. doi: 10.30841/2708-8731.2.2020.210957.
24. Singhal BM, Kumar V, Kaval S, Singh C. Spontaneous intraluminal migration of gossypiboma with intestinal obstruction. OA Case Reports. 2013;15(2):145.
25. Sistla SC, Ramesh A, Karthikeyan VS, Ram D, Ali SM, Subramaniam RV. Gossypiboma presenting as coloduodenal fistula-report of a rare case with review of literature. Int Surg. 2014;99(2):126-31. doi: 10.9738/INTSURG-D-13-00057.1.
26. Solomko OB, Shurpyak SO. Differential evaluation of the quality of life of women with chronic pelvic pain syndrome depending on concomitant pathologies. Reprod Health Woman. 2022;8(63):41-4. doi: 10.30841/2708-8731.8.2022.273295.
27. Stawicki SP, Moffatt-Bruce SD, Ahmed HM, Anderson HL 3rd, Balija TM, et al. Retained surgical items: a problem yet to be solved. J Am Coll Surg. 2013;216(1):15-22. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2012.08.026.
28. Stefanidis D, Richardson WS, Chang L, Earle DB, Fanelli RD. The role of diagnostic laparoscopy for acute abdominal conditions: an evidence-based review. Surg Endosc. 2009;23(1):16-23. doi: 10.1007/s00464-008-0103-x.
29. Topal F, Akbulut S, Dincer N, Topçu C, Yılmaz S, Sarikaya H, et al. Intra-abdominal gossypiboma. Cumhuriyet Med J. 2011;33:239-42.
30. Gavrić LV, Cokan A, Lukman L, Arko D, Takac I. Retained surgical needle and gauze after cesarean section and adnexectomy: a case report and literature review. J Int Med Res. 2018;46(11):4775-80. doi: 10.1177/0300060518788247.
31. World Health Organization. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11) [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Available from: [https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).
32. Yagmur Y, Akbulut S, Gumus S. Post cholecystectomy gossypiboma mimicking a liver hydatid cyst: comprehensive literature review. Iran Red Crescent Med J. 2015;17(4):e22001. doi: 10.5812/ircmj.17(4)2015.22001.

*Стаття надійшла до редакції 06.03.2024. – Дата першого рішення 14.03.2024. – Стаття подана до друку 19.04.2024*