

## УЩЕМЛЕНИЕ, НЕКРОЗ И ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛУДКА, НЕКРОЗ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

Б.Р. ИСХАКОВ<sup>1</sup>, А.А. АЛИЖАНОВ<sup>1</sup>, Н.Б. ИСХАКОВ<sup>2</sup>, Ш.Б. РОБИДДИНОВ<sup>1</sup>, Б.С. РОБИДДИНОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

<sup>2</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

### INFRINGEMENT, NECROSIS AND PERFORATION OF THE STOMACH, NECROSIS OF THE LARGE OMENTUM IN POST-TRAUMATIC LEFT-SIDED DIAPHRAGMATIC HERNIA

B.R. ISKHAKOV<sup>1</sup>, A.A. ALIJANOV<sup>1</sup>, N.B. ISHAKOV<sup>2</sup>, SH.B. ROBIDDINOV<sup>1</sup>, B.S. ROBIDDINOV<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Namangan branch of Republican research center of emergency medicine, Namangan, Uzbekistan,

<sup>2</sup>Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Описан редкий клинический случай посттравматической диафрагмальной грыжи, осложненной ущемлением, некрозом и перфорацией желудка в левую плевральную полость, протекавшей под маской спонтанного пневмоторакса. Были выполнены торакоцентез и лапаротомия. Ущемленный желудок с перфорацией был низведен, дефект задней стенки желудка после освежения краев ушит, резецирован большой сальник, были низведены поперечно-ободочная, тонкая кишка и селезенка. Послеоперационный период протекал гладко, больной был выписан на 14-е сутки после операции. Ущемление, некроз и перфорация задней стенки средней трети тела желудка, некроз большого сальника, одновременное ущемление поперечно-ободочной, тонкой кишки и селезенки при посттравматической диафрагмальной грыже, протекавшей под маской спонтанного пневмоторакса, являются крайне редкой патологией. Описанный случай, возможно, будет интересным, в первую очередь, для практикующих врачей-хирургов, рентгенологов, врачей первичного звена.

**Ключевые слова:** посттравматическая диафрагмальная грыжа, ущемление, некроз и перфорация желудка, пневмоторакс, перитонит, диагностика, хирургическое лечение.

The rarest clinical case of post-traumatic diaphragmatic hernia complicated by infringement, necrosis and perforation of the stomach into the left pleural cavity-occurring under the mask of spontaneous pneumothorax is described. Thoracocentesis and laparotomy were performed. The pinched stomach with perforation was lowered, the defect of the posterior wall of the stomach was sutured after refreshing the edge, the large omentum was resected, the transversely colon, small intestine and spleen were lowered. The postoperative period proceeded smoothly, and the patient was discharged on the 14th postoperative day. Infringement, necrosis and perforation of the posterior wall of the middle third of the stomach body, necrosis of the large omentum, simultaneous infringement of the transverse colon, small intestine and spleen in post-traumatic diaphragmatic hernia that occurred under the mask of spontaneous pneumothorax are extremely rare pathologies. This case may be a description of interest, first of all, for practicing surgeons, radiologists and primary care physicians.

**Keywords:** posttraumatic diaphragmatic hernia, pinching, necrosis and perforation of the stomach, pneumothorax, peritonitis, diagnosis, surgical treatment.

[https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14\\_iss5/a11](https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss5/a11)

Посттравматические ущемленные диафрагмальные грыжи (ПТДГ) отличаются сложностью диагностики и значительным количеством диагностических ошибок, которые чреваты возникновением тяжелых осложнений, вплоть до летального исхода [1, 2].

В подавляющем большинстве наблюдений (95%) отмечают разрыв левого купола диафрагмы с перемещением содержимого брюшной полости в грудную. По данным ряда авторов [3, 4], в 57% грыжи диафрагмы возникают после огнестрельных ранений, в 25% – колото-резаных ран, в

18% – закрытых травм. При закрытых травмах груди и живота повреждения диафрагмы встречаются у 0,8-4,7% пострадавших, при этом летальность, в зависимости от характера повреждений, может достигать 54,5-66,7% [1, 5, 6].

Длительное время это заболевание считалось редкой патологией. Лишь благодаря широкому использованию рентгенологических методов исследования и повышению диагностических возможностей выяснилось, что данная патология является одной из самых распространенных среди гастроэнтерологических заболеваний, составляя 2% от всех

видов грыж, встречается у 5-7% пациентов с желудочными жалобами. Частота развития травматических диафрагмальных грыж, по сводным данным, составляет 2-3% [7].

Более 50% пациентов с посттравматическими грыжами не имеют клинических проявлений, они появляются лишь при наличии осложнений [8, 9]. Смертность при осложненном течении грыж диафрагмы достигает 36-48% [1, 2].

Первое описание двух случаев диафрагмальной грыжи дал Амбруаз Паре. В 1579 г. он наблюдал развитие непроходимости ободочной кишки у капитана французской артиллерии, перенесшего восемью месяцами ранее огнестрельное ранение левой половины груди. Вторым случаем был закрытый разрыв диафрагмы с ущемлением желудка [10].

Существенные затруднения в постановке диагноза возникают у пациентов с недиагностированными в прошлом повреждениями диафрагмы при торакоабдоминальных ранениях. Даже небольшие по размеру раны диафрагмы в различные промежутки времени после травмы способны привести к дислокации органов брюшной полости в плевральную полость через дефекты в диафрагме [11].

В доступной литературе мы не нашли данных об одновременном ущемлении желудка, поперечно-ободочной, тонкой кишки и селезенки в посттравматической диафрагмальной грыже.

На наш взгляд, клинический интерес представляет наблюдаемый нами пациент с ущемлением желудка в ПТДГ (некроз и перфорация желудка, некроз большого сальника, одновременное ущемление поперечно-ободочной, тонкой кишки и селезенки) с одновременным развитием таких грозных осложнений, как перитонит и пневмоторакс.

#### Приводим данное клиническое наблюдение:

Больной К.А., 1968 г.р. (и/б № 23978/2252), поступил 12.11.2018 г. в ургентном порядке в приёмно-диагностическое отделение Наманганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с жалобами на сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватку воздуха, боли по всему животу, вздутие живота, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Болен в течение 3-х часов. Свое заболевание больной связывает с перееданием.



**Рис. 1.** МСКТ пациента, 26 лет. Топограмма. Коронарная проекция. В нижней части левой половины грудной клетки визуализируется кольцевидная тень и смещение средостения вправо.

Левый купол диафрагмы не дифференцируется

Подобные сильные схваткообразные боли в левой половине грудной клетки и в эпигастральной области в прошлом повторялись дважды и проходили после инъекции спазмолитиков, при перемене положения тела на правый бок. Из анамнеза выяснялось, что в 2011 г. больной лечился стационарно по поводу закрытой травмы грудной клетки, переломов рёбер слева, полученных в результате дорожно-транспортного происшествия.

При объективном исследовании: общее состояние пациента крайне тяжёлое, обусловлено явлениями выраженной сердечно-лёгочной недостаточности. Больной очень беспокойный, не находит для себя удобного положения. Положение сидячее. Кожа, видимые слизистые оболочки бледные, тургор кожи снижен. Грудная клетка цилиндрического типа. Дыхание справа жёсткое, слева не выслушивается, при этом левая половина грудной клетки во время акта дыхания мало подвижна. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – слабого наполнения и напряжения, 112 в мин, ЧДД – 38 в/мин.

Живот несколько вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезнен, напряжен в эпигастрии, перitoneальные симптомы сомнительны. Аускультативно перистальтика кишечника выслушивается слабо.

УЗИ брюшной полости (№ 23295). Вывод: Печень, желчный пузырь, почки – без эхоскопических изменений, выраженный пневматоз кишечника.

На обзорной рентгеноскопии органов грудной клетки и брюшной полости (№ 3310) выявлены резкое смещение органов средостения вправо, высокое положение левого купола диафрагмы, пневмoperitoneum, чаши Клойбера. Из-за невозможности идентификации патологии при рентгенологическом исследовании была рекомендована МСКТ. При рентгеноскопии органов брюшной полости (№ 35083) обнаружены пневмoperitoneum и чаши Клойбера.

12.11.2018 г. бесконтрастное МСКТ грудной клетки в положении больного на спине путем переднезаднего сканирования с толщиной среза 2 мм, интервал – 5 мм. Вывод: Разрыв левого купола диафрагмы. Левосторонний гидропневмоторакс с дислокацией органов средостения вправо. Пневмoperitoneum. (Разрыв полого органа брюшной полости.) Камни в левой почке (рис. 1-4).



**Рис. 2.** МСКТ пациента, 26 лет. Коронарная проекция. Ущемленный в посттравматическом дефекте диафрагмы на уровне антрального отдела желудок, с наличием газа и жидкости, коллабирующей левое легкое.

Пневмoperitoneum



**Рис. 3.** МСКТ пациента, 26 лет. Левая сагиттальная проекция. Левая легочная ткань не визуализируется. Диафрагма деформированная. Над диафрагмой, соответственно заднему средостению, отмечается полость с газом и жидкостным содержимым. Легкое – колабированное. Вывод: Повреждение левого купола диафрагмы. Пневмоторакс. Диафрагмальная грыжа. Пневмоперитонеум

Осмотрен кардиологом: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК II.

В динамике АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 120 в/мин, ЧДД – 30-32 в/мин.

Лабораторные анализы: Нв – 80-96 г/л, эр. –  $3,01 \times 10^{12}$ /л, цв. пок. – 0,8, л. –  $7,2-8,0 \times 10^9$ /л, л. – 3%, с. – 64%, лимф. – 26%, мон. – 6%, эоз. – 1%, СОЭ – 6 мм/ч, белок – 64,2 г/л. Мочевина в крови – 6,1 ммоль/л, сахар в крови – 4,0 ммоль/л, билирубин в крови: общ. – 19,8, АЛТ – 0,75. Диастаза крови – 32 ед. Коагулограмма: время рекальцификации – 76 с., тромботест – V ст., этианоловый тест – отр., фибриноген – 2,44-3,77 г/л, Нт – 50-37%. Удельный вес мочи – 1020. Белок – abc, л. – 6-4 в п/зр.

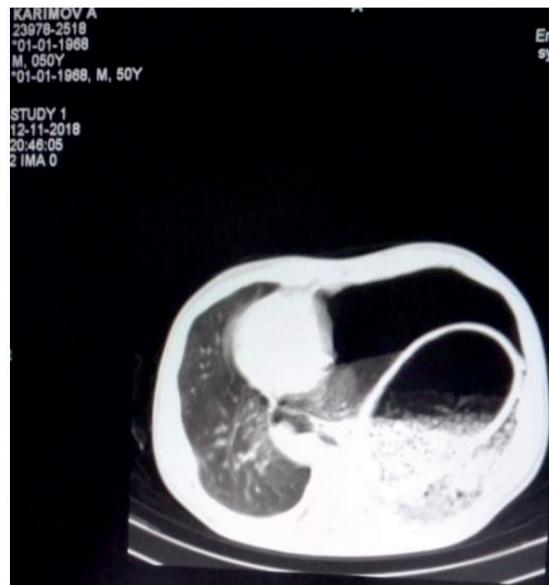
Больной госпитализирован с диагнозом «Посттравматическая диафрагмальная грыжа слева? Левосторонний гидропневмоторакс? Перфорация полых органов брюшной полости? Перитонит?».

Осложнение: ДН II ст., плевропульмональный шок I-II ст.

Соп.: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК II. МКБ. Камни в левой почке.

Пациенту установлен назогастральный зонд, по которому эвакуировано до 200 мл тёмно-коричневой геморрагической жидкости. После осмотра анестезиолога больному поставлен центральный венозный доступ, после чего проведена инфузационная терапия в объёме до 2000 мл.

12.11.2018 г. больному выполнена экстренная операция (№ 1060): Верхнесрединная лапаротомия длиной до 18 см. В брюшной полости обнаружено до 300 мл жидкости желчно-геморрагического характера с пищевыми массами. Петли тонкой кишки на расстоянии 50 см дилатированы до 4-5 см в диаметре, содержат жидкость и воздух. Проксимальная часть желудка до антального отдела вместе с селезенкой, поперечно-ободочная кишка с большим сальником, часть тощей кишки уходят через дефект левого купола диафрагмы в плевральную полость, откуда спускается отводящая петля указанного отдела тонкой кишки, нисходящая ободочная кишка, которая находится в спавшемся состоянии.



**Рис. 4.** МСКТ пациента, 26 лет. Аксиальная проекция. В левой плевральной полости определяется дистонированый желудок, с наличием газа и жидкости, коллабирующей левое легкое, со смещением органов средостения вправо

Самостоятельно извлечь желудок, петлю тощей и поперечно-ободочной кишки не удалось, поэтому после рассечения в латеральном направлении ущемляющего кольца диафрагмы из вышеуказанного грыжевого дефекта поочередно извлечены часть тощей кишки (40 см), часть поперечно-ободочной кишки (30 см) и желудок с тотальным некрозом большого сальника, селезенка. При извлечении органов брюшной полости из дефекта диафрагмы выделилось до 200 мл геморрагической жидкости с пищевыми массами.

При дальнейшей ревизии в двух местах петля тощей кишки на расстоянии 100 см от связки Трейцца на протяжении 40 см имеются две странгуляционные борозды белесоватого цвета без некроза. Тощая кишка от связки Трейцца до нижней странгуляционной борозды отечная, багрово-красная, эктазирована, брыжейка инфильтрирована, пульсация сосудов брыжейки обычна, перистальтика кишечника ослаблена. При ревизии ущемлённой части поперечно-ободочной кишки на расстоянии 30 см имеются странгуляционные борозды белесоватого цвета, стенка отечная, багрово-красного цвета, эктазирована, брыжейка инфильтрирована, пульсация сосудов брыжейки сохранена.

Селезенка застойная, без некроза (дислокация), но имели место застой и полнокровие в сосудах ворот селезенки.

При ревизии низведенного желудка в антальной части имеется странгуляционная борозда белесоватого цвета без некроза. Большой сальник – темно-багрового цвета с тромбированными сосудами без пульсации, инфильтрирован, выполнена резекция  $\frac{3}{4}$  части последнего.

При дальнейшей ревизии задней стенки желудка через «окно», созданное рассечением желудочно-ободочной связки в сальниковом сумке, имеется желудочное содержимое с примесью желчи и пищевых масс в количестве до 300 мл, по малой кривизне в средней трети имеется дефект стенки в виде неправильной формы отверстия диаметром около 5 см с некротизированными краями. Через дефект стенки желудка просматривается слизистая оболочка с кровоизли-

яниями, имбибиированная кровью. Края раневого отверстия освежены (иссечены в пределах здорового участка), кровоточат, что говорит о жизнеспособности тканей, дефект ушит двухрядными узловыми швами герметично. Брюшина левого подпеченочного и поддиафрагмального пространства гиперемирована. После тщательной санации сальниковой сумки от пищевых масс установлен силиконовый дренаж в сальниковую сумку через отверстие Винслоу. Восстановлена непрерывность желудочно-ободочной связки.

Ущемленные органы – селезёнка, петля тощей и части поперечно-ободочной кишки – интраоперационно признаны жизнеспособными.

При ревизии левой плевральной полости через дефект (15x3,5 см) левого купола диафрагмы: левое легкое коллабировано, в плевральной полости имеются пищевые массы, желчь, которые аспирированы, санированы физиологическим раствором. Интраоперационно одновременно выполнен левосторонний торакоцентез в третьем межреберье по среднеаксилярной линии, установлен дренаж № 20 фр.

Дефект диафрагмы ушит П-образными швами, герметичность наложенных швов удовлетворительная. Дренаж, установленный в левую плевральную полость, присоединен к аппарату Боброва.

Произведена назоинтестинальная интубация тонкой кишки, в ходе которой эвакуировано до 800 мл «кишечного» отделяемого.

Брюшная полость промыта теплым раствором фурацилина в количестве 4000,0 мл «до чистых вод».

Дренированы: левое поддиафрагмальное пространство, малый таз и сальниковая сумка через отверстие Винслоу.

Наложены послойные швы на лапаротомную рану. Асептическая наклейка.

**Клинический диагноз:** Ущемленная посттравматическая диафрагмальная грыжа слева (ущемление желудка, поперечно-ободочной, тонкой кишки и селезенки), осложненная некрозом и перфорацией желудка, некрозом большого сальника, гидропневмотораксом.

**Осложнение:** ДН II ст., плевропульмональный шок I-II ст.

**Соп.:** ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК II. МКБ. Камни в левой почке.

Название операции: «Лапаротомия. Низведение содержимого грыжевого мешка (желудок вместе с селезенкой и большим сальником, поперечно-ободочная кишка, часть тощей кишки) в брюшную полость. Ушивание дефекта желудка. Резекция большого сальника. Торакоцентез, дренирование левой плевральной полости. Ушивание дефекта диафрагмы, дренирование брюшной полости».

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Контрольная рентгеноскопия грудной клетки № 35343 от 17.11.2018 г. Заключение: Легочные поля чистые, синусы свободные. Границы сердца в норме. Контуры диафрагмы четкие. Дренаж из плевральной полости удален.

Дренажи из брюшной полости удалены на 6-8-е сутки, дренаж из сальниковой сумки удален на 12-е сутки, швы сняты на 8-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Больной выписан из отделения на 13-е сутки.

При выписке: При объективном исследовании общее состояние пациента удовлетворительное. В легких выслушивается везикулярное дыхание, без хрипов. АД – 120/70 мм рт. ст., пульс – удовлетворительного наполнения и напряжения, 76-80 в мин, ЧДД – 18 в/мин.

Живот при пальпации мягкий, болезненный. Стул регулярный.

Осмотрен через 3 месяца: Общее состояние удовлетворительное, функция внешнего дыхания компенсирована,

жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявляет.

Повторно осмотрен через 2 года. Жалоб со стороны органов дыхательной и пищеварительной системы не предъявляет. Занимается прежней профессией – водитель грузового транспорта.

## Заключение

Диагностика одновременных ущемлений нескольких полых органов и селезенки при посттравматической диафрагмальной грыже требует применения комплекса инструментальных методов исследования, наиболее эффективным из которых является МСКТ. Описанный клинический случай указывает на то, что локализация посттравматической диафрагмальной грыжи крайне разнообразна, ущемлённые ее формы протекают тяжело, под маской других острых заболеваний брюшной полости и грудной клетки. Для улучшения результатов лечения посттравматической диафрагмальной грыжи необходимо проводить обследование всех пациентов с торакоабдоминальными травмами с целью ранней диагностики данной патологии и оперативной её коррекции в плановом порядке.

## Список литературы

1. Алтыев Б.К., Шукров Б.И., Кучкаров О.О. Выбор тактики хирургического лечения торакоабдоминальных ранений. Вестн. неотложной и восст. хир. 2016;1(1):18-25 [Altyev B.K., SHukurov B.I., Kuchkarov O.O. Vybor taktiki khirurgicheskogo lecheniya torakoabdominal'nykh ranenij. Vestn. neotlozhnoj i vosst. khir. 2016;1(1):18-25. In Russian].
2. Degiannis E., Levy R.D., Sofianos C. et al. Diaphragmatic herniation after penetrating trauma. Brit. J. Surg. 1996;83(1):88-91. doi.org/10.1002/bjs.1800830128.
3. Cruz C.J., Minagi H. Large-bowel obstruction from traumatic diaphragmatic hernia: imaging findings in four cases. Amer. J. Roentgenol. 1994;162(4):843-845. doi:10.2214/ajr.162.4.8141004.
4. García-Navarro A., Villar-Del Moral J.M., Muffak-Granero K. et al. Traumatic diaphragmatic rupture. Cir. Esp. 2005;77(2):105-107. doi:10.1016/s0009-739x(05)70818-70816.
5. Кучкаров О.О., Алтыев Б.К., Шукров Б.И. Ущемление и некроз большого сальника и тонкой кишки при посттравматической диафрагмальной грыже. Вестн. экстр. медицины. 2016;9(3):89-94 [Kuchkarov O.O., Altyev B.K., Shukurov B.I. Ushhemlenie i nekroz bol'shogo sal'nika i tonkoj kishki pri posttravmaticheskoy diafragmal'noy gryzhe. Vestn. ekstr. meditsiny. 2016;9(3):89-94. In Russian].
6. Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Шукров Б.И., Кучкаров О.О. Диагностика и хирургическое лечение ущемленных посттравматических диафрагмальных грыж. Вестн. экстр. медицины. 2015; 3:5-9 [Khadzhibaev A.M., Altyev B.K., Shukurov B.I., Kuchkarov O.O. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie ushhemennykh posttravmaticheskikh diafragmal'nykh gryzh. Vestn. ekstr. meditsiny. 2015; 3:5-9. In Russian].
7. Абакумов М.М., Ермолова И.В., Погодина А.Н. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы. Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. 2000;(7):28-33 [Abakumov M.M., Ermolova I.V., Pogodina A.N. i dr. Diagnostika i lechenie razrygov diafragmy. KHirurgiya. ZHurn. im. N.I. Pirogova. 2000;(7):28-33. In Russian].

8. Плеханов А.З., Краснояров Г.А., Убеева И.П. Хирургия травматических диафрагмальных грыж. Вестн. Бурятского гос. ун-та. 2012; Спец. вып.: 259-265 [Plekhanov A.Z., Krasnoyarov G.A., Ubeeva I.P. Khirurgiya travmaticheskikh diafragmal'nykh gryzh. Vestn. Buryatskogo gos. un-ta. 2012; Spets. vyp.: 259-265].
9. Fibla J.J., Gómez G., Farina C. et al. Corrección de una hernia diafragmática postraumática por vía torácica/ Cir. Esp. 2003;74(4):242-244. doi.org/10.1016/S0009-739X(03)72230-1.
10. Тамулевичюте Д.И., Витенас А.М. Болезни пищевода и кардии. 2-е изд., перераб. и доп. М Медицина. 1986:244 [Tamulevichute D.I., Vitenas A.M. Bolezni pishhevoda i kardii. 2-e izd., pererab. i dop. M Meditsina. 1986:244. In Russian].
11. Темирбулатов В.И., Клеткин М.Е. Ущемленная левосторонняя посттравматическая диафрагмальная грыжа. Новости хир. 2017;25(3):312-316 [Temirbulatov V.I., Kletkin M.E. Ushchelennaya levostoronnaya posttravmaticheskaya diafragmal'naya gryzha. Novosti khir. 2017;25(3):312-316. In Russian].

## ПОСТТРАВМАТИК ЧАП ТОМОНЛАМА ДИАФРАГМА ЧУРРАСИДА ОШҚОЗОННИНГ ҚИСИЛИШИ, НЕКРОЗИ ВА ТЕШИЛИШИ, КАТТА ЧАРВИНИНГ НЕКРОЗИ

Б.Р. ИСХОҚОВ<sup>1</sup>, А.А. АЛИЖОНОВ<sup>1</sup>, Н.Б. ИСХОҚОВ<sup>2</sup>, Ш.Б. РОБИДДИНОВ<sup>1</sup>, Б.С. РОБИДДИНОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали, Ўзбекистон

<sup>2</sup>Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада ўта кам учрайдиган клиник ҳолат – посттравматик диафрагма чуррасида ошқозоннинг қисишлиши некрози ва чап плевра бўшлиғига тешишлиши – спонтан пневмоторакс ниқоби остида кечганилиги ёзилган. Торакоцентез и лапаротомия усулларидан фойдаланилди. Диафрагма чуррасида қисилган – тешилган ошқозон чарви билан талоқ, кўндаланг чамбар ичак ва ингичка ичак қорин бўшлиғига туширилди. Ошқозон тешиги тикилди, катта чарви резекцияси бажарилди. Беморда операциядан сўнгги давр силлиқ ўтди ва операциядан сўнгги 14-кунида жавоб берилди. Посттравматик диафрагма чуррасида ошқозоннинг қисишлиши некрози ва тешишлиши, катта чарвининг некрози бир йўла кўндаланг чамбар ичак, ингичка ичак ва талоқнинг қисишлиши билан спонтан пневмоторакс ниқоби остида кечганилиги ўта кам учрайдиган патологиядир. Бу ҳолатнинг ёзилиши биринчи навбатда амалиётчи врач-хирурглар, рентгенолог ва бирламчи тизим врачлари учун қизиқиш уйғотиши мумкин.

**Калим сўзлар:** посттравматик диафрагма чурраси, қисишлиши, қисилган ошқозоннинг некрози ва перфорацияси, пневмоторакс, перитонит, диагностика, хирургик даво.

### Сведения об авторах:

Исхаков Баркамол Робиддинович – к.м.н., заместитель главного врача по хирургии, хирург высшей категории. Тел.: +99891-3602203.

Алижанов Аброр Алижон угли – директор Наманганского филиала РНЦЭМП, хирург высшей категории. Тел.: +99891-2930555.

Исхаков Нурбек Баркамолович – врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП. E-mail: ishakovn@mail.ru. Тел.: +99891-2920303.

Робиддинов Шохбек Баркамолович – кардиолог Наманганского филиала РНЦЭМП. Тел: +99899-9732147.

Робиддинов Бехзод Сайдуллаевич – хирург Наманганского филиала РНЦЭМП. Тел: +99893-4016576. E-mail: nurbek2017@inbox.uz

Поступила в редакцию 19.03.2021

### Author information

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan. Phone № +99891-360-22-03.

Abror Alijanov – MD, Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Nurbek Iskhakov – doctor surgeon of the Department of Transplantology of Republican Research Center of Emergency Medicine, E-mail: ishakovn@mail.ru.

Shohbek Robiddinov – cardiologist of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine.

Behzod Robiddinov – doctor surgeon of the Department of Surgery Republican Research Center of Emergency Medicine.

Received 19.03.2021