



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

OSHQOZON-ICHAK TRAKTI TOPOGRAFIYASI VA JARROHLIK KESMALARINI
TANLASHDAGI AHAMIYATI

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti
Tibbiyot fakulteti Davolash ta‘lim yo‘nalishi
1-kurs talabasi Saydullayeva Jasmina Shavkatovna
saydullayevajasmina87@gmail.com



Termiz iqtisodiyot va servis universiteti
Morfologik fanlar kafedrasini o‘qituvchisi
Boyqobilov Soatmurod Shuxrat o‘g‘li
E-mail: soatmurod_boyqobilov@tues.uz
<https://orcid.org/0009-0007-8029-8984>



Annotatsiya. Ushbu maqolada oshqozon-ichak traktining topografik anatomiyasi qorin bo‘shlig‘i va chanoqdagi joylashuv xususiyatlari bilan birgalikda tahlil qilinib, ularning jarrohlik kesmalarini tanlashdagi amaliy ahamiyati yoritildi. Maqolaning maqsadi — oshqozon, o‘n ikki barmoq ichak, ingichka va yo‘g‘on ichak, appendix, sigma va to‘g‘ri ichakning topografik aloqalarini kesma tanlovi bilan bog‘lash, qaysi anatomik holatda qaysi kirish usuli maqsadga muvofiq ekanini IMRAD formatida tizimlashtirishdan iborat. Ish usuli sifatida PubMed, NCBI Bookshelf va Cochrane bazalaridagi abdominal anatomiya hamda laparotomiya kesmalari haqidagi manbalar asosida narrativ tahlil bajarildi. Tahlil shuni ko‘rsatdiki, GI trakt segmentlarining “harakatchan” va “fiksatsiyalangan” topografiyasi kesma tanlashning asosiy determinantlaridan biridir: me‘da va proximal duodenum uchun yuqori o‘rta chiziqli yoki subkostal yondashuv, gepatobiliar-pankreatoduodenal soha uchun Kocher yoki Chevron, ileotsekal zona va appendix uchun McBurney yoki Lanz, chanoq segmentlari uchun esa pastki o‘rta chiziqli, Pfannenstiel yoki Maylard turidagi kesmalar ustunlik qiladi. Shuningdek, o‘rta chiziqli kesma shoshilinch vaziyatlarda eng universal yondashuv bo‘lsa-da, uning insizion churraga moyilligi nisbatan yuqori ekani qayd etildi; ko‘ndalang kesmalar esa ayrim vaziyatlarda nafas funksiyasi, kosmetik natija va devor mustahkamligi bo‘yicha afzallik berishi mumkin. Xulosa qilib aytganda, oshqozon-ichak trakti topografiyasini chuqur bilish nafaqat anatomik orientatsiya, balki xavfsiz, yetarli va maqsadli jarrohlik kirishini tanlashning asosiy sharti hisoblanadi.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Kalit so‘zlar: oshqozon-ichak trakti, topografik anatomiya, laparotomiya, jarrohlik kesmasi, o‘rta chiziqli kesma, Kocher kesmasi, McBurney kesmasi, Pfannenstiel kesmasi, appendix, to‘g‘ri ichak, qorin devori.

Abstract. This article analyzes the topographic anatomy of the gastrointestinal tract, along with the features of its location in the abdominal cavity and pelvis, and highlights their practical importance in the selection of surgical incisions. The purpose of the article is to link the topographic relationships of the stomach, duodenum, small and large intestines, appendix, sigmoid and rectum with the selection of incisions, and to systematize in IMRAD format which access method is appropriate in which anatomical position. As a method of work, a narrative analysis was performed based on sources on abdominal anatomy and laparotomy incisions in PubMed, NCBI Bookshelf and Cochrane databases. The analysis showed that the “mobile” and “fixed” topography of the GI tract segments is one of the main determinants of the choice of incision: the upper midline or subcostal approach is dominant for the stomach and proximal duodenum, the Kocher or Chevron for the hepatobiliary-pancreatoduodenal area, the McBurney or Lanz for the ileocecal zone and appendix, and the lower midline, Pfannenstiel or Maillard type for the pelvic segments. It was also noted that although the midline incision is the most universal approach in emergency situations, it is relatively prone to incisional hernia; transverse incisions may provide advantages in terms of respiratory function, cosmetic outcome, and wall strength in some situations. In conclusion, a thorough knowledge of the topography of the gastrointestinal tract is not only an anatomical orientation, but also a prerequisite for choosing a safe, adequate, and targeted surgical approach.

Keywords: gastrointestinal tract, topographic anatomy, laparotomy, surgical incision, midline incision, Kocher incision, McBurney incision, Pfannenstiel incision, appendix, rectum, abdominal wall.

Аннотация. В данной статье анализируется топографическая анатомия желудочно-кишечного тракта, а также особенности его расположения в брюшной полости и тазу, и подчеркивается их практическое значение при выборе хирургических разрезов. Цель статьи – связать топографические взаимоотношения желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки, аппендикса, сигмовидной кишки и прямой кишки с выбором разрезов и систематизировать в формате IMRAD, какой метод доступа подходит для какого анатомического положения. В качестве метода работы был проведен нарративный анализ на основе источников по анатомии брюшной полости и лапаротомическим разрезам в базах данных PubMed, NCBI Bookshelf и Cochrane. Анализ показал, что «подвижная» и «фиксированная» топография сегментов желудочно-кишечного тракта является одним из главных факторов, определяющих выбор разреза: верхний срединный или субкостальный доступ является доминирующим для желудка и проксимального отдела двенадцатиперстной кишки, Кохера или Шеврона — для гепатобилиарно-панкреатодуоденальной области, Макберни или Ланца — для илеоцекальной зоны и аппендикса, а нижний срединный, типа Пфанненштиля или Майяра — для тазовых сегментов. Также было отмечено, что, хотя срединный разрез является наиболее универсальным подходом в экстренных ситуациях, он относительно подвержен риску послеоперационной грыжи; поперечные разрезы могут в некоторых ситуациях обеспечивать преимущества с точки зрения дыхательной функции, косметического результата и прочности стенки. В заключение, глубокое знание топографии желудочно-кишечного тракта является не только анатомической ориентацией, но и необходимым условием для выбора безопасного, адекватного и целенаправленного хирургического подхода.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, топографическая анатомия, лапаротомия, хирургический разрез, срединный разрез, разрез Кохера, разрез Макберни, разрез Пфанненштиля, аппендикс, прямая кишка, брюшная стенка.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Kirish

Zamonaviy abdominal jarrohlilikda texnologiyalar, xususan laparoskopiya, endoskopik staplerlar va intraoperatsion vizualizatsiya usullari jadal rivojlanayotgan bo‘lsa ham, muvaffaqiyatli operatsiyaning poydevori hanuz topografik anatomiya bo‘lib qolmoqda. Qorin bo‘shlig‘i jarrohligi aynan “qayerga qanday kirish” masalasidan boshlanadi. Shu sababli oshqozon-ichak trakti organlarining qorin devori, peritoneal bo‘shliq, mezenteriyalar, katta tomirlar, nervlar va qo‘shni a‘zolar bilan o‘zaro joylashuvini chuqur bilmasdan turib, optimal kesmani tanlash qiyin. Jarrohlilikda noto‘g‘ri tanlangan kirish yo‘li ekspozitsiyani cheklaydi, to‘qimalarni ortiqcha tortishga majbur qiladi, operatsiya vaqtini uzaytiradi, qon ketish va yara asoratlari xavfini oshiradi.

Qorin bo‘shlig‘i topografiyasi ikki darajada ahamiyatga ega. Birinchisi, bu diagnostik-didaktik daraja: jarroh patologik o‘choqning qaysi kvadrant yoki anatomik regionda joylashganini aniq belgilaydi. Ikkinchisi esa amaliy-operativ daraja: o‘sha regionga eng xavfsiz va eng samarali kirish yo‘lini tanlaydi. Masalan, me‘da va proximal o‘n ikki barmoq ichak yuqori qorin sohasida, jigarning chap bo‘lagi va omental tuzilmalar bilan yaqin aloqada joylashgani uchun ularni ochish pastki qorin kesmasi bilan emas, balki yuqori median yoki subkostal kirish bilan mantiqan asoslanadi. Xuddi shuningdek, appendixning o‘ng yonbosh chuqurchadagi tipik proeksiyasi McBurney yoki Lanz kesmalarini, to‘g‘ri ichakning chanoq ichidagi fiksatsiyalangan holati esa pastki median yoki maxsus chanoq yondashuvlarini talab etadi.

Anatomik jihatdan oshqozon-ichak traktining ayrim segmentlari nisbatan harakatchan, boshqalari esa retroperitoneal yoki chanoq fastsiyalari bilan fiksatsiyalangan. Harakatchan segmentlar — masalan, jejunum, ileum, transvers kolon va sigma — cheklanganroq kesma orqali ham manipulyatsiya qilinishi mumkin. Aksincha, duodenumning asosiy qismi, ko‘tariluvchi va tushuvchi yo‘g‘on ichak hamda to‘g‘ri ichakning katta qismi fiksatsiyalangan bo‘lib, ularga kirishda anatomik o‘qlar, tomir-nerv tuzilmalar va disseksiya yo‘nalishlari hisobga olinishi zarur [4–7]. Demak, topografiya faqat organning joylashuvini emas, balki uning “operatsion xarakteri”ni ham belgilaydi.

Maqolaning maqsadi — oshqozon-ichak trakti topografiyasining asosiy qonuniyatlarini jarrohlilik kesmalarini tanlash bilan bog‘liq holda tahlil qilish, turli klinik vaziyatlarda qaysi kirish usuli anatomik va funksional jihatdan maqsadga muvofiq ekanini ilmiy-adabiy manbalar asosida tizimlashtirishdir.

Adabiyotlar tahlili

Adabiyotlarni tahlil qilish shuni ko‘rsatadiki, abdominal kirishning asosiy tamoyili patologik o‘choqqa eng qisqa emas, balki eng nazoratli va eng xavfsiz yo‘l bilan yetib borishdan iborat. StatPearls va boshqa manbalarda qayd etilishicha, qorin bo‘shlig‘i operatsiyalarida kesma tanlovi bajariladigan muolaja turi, anatomik orientirlar va bemorning individual xususiyatlari bilan belgilanadi. Bu yondashuv, ayniqsa, oshqozon-ichak trakti jarrohliligida muhim, chunki bir xil “qorin og‘rig‘i” turli regionlarda joylashgan mutlaqo boshqa organ patologiyasiga tegishli bo‘lishi mumkin.

Me‘da ovqat hazm qilish tizimining eng kengaygan qismi bo‘lib, qizilo‘ngach bilan ingichka ichak orasida, yuqori qorin sohasida joylashadi. Shu topografiya uning jarrohlilik eksploratsiyasida epigastriyga yo‘naltirilgan median yoki subkostal yondashuvlarni asoslaydi. O‘n ikki barmoq ichak esa C-shaklli tuzilishi, pankreatobiliar zona bilan bevosita yaqinligi va birinchi bo‘limidan tashqari retroperitoneal-fiksatsiyalangan xarakteri sababli ancha murakkab operativ soha hisoblanadi. Demak, duodenal yara perforatsiyasi, duodeno-pankreatik massa yoki Vater so‘rg‘ichi atrofidagi patologiyalar uchun oddiy “har qanday kesma” yetarli emas.

Ingichka ichak o‘rtacha 3–5 metr uzunlikdagi, mezenteriyasi sababli sezilarli darajada harakatchan segment hisoblanadi [5]. Shuning uchun uning ko‘p kasalliklarida, ayniqsa obstruksiya yoki ishemiyada, median laparotomiya keng ko‘lamli reviziya uchun qulay hisoblanadi. Yo‘g‘on ichak esa segmentlar bo‘yicha turlicha topografiyaga ega: ko‘tariluvchi va tushuvchi qismlar retroperitoneal, transvers kolon esa eng harakatchan segment; sigma ko‘pincha chanoqda yotadi,



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

lekin mezokoloni sababli qorin bo‘shlig‘iga siljishi mumkin [6]. To‘g‘ri ichak esa chanoq ichida, sakral egrilik bo‘ylab joylashgan, fassial va peritoneal munosabatlari jihatidan murakkab, nisbatan fiksatsiyalangan organdır. Shu bois kolon va to‘g‘ri ichak jarrohligida kesma tanlovi “ichak” degan umumiy tushunchaga emas, balki aynan qaysi segment zararlanganiga asoslanishi kerak.

Appendixning posteromedial sekum chetidan chiqishi, ileotsekal klapan yaqinida joylashuvi va asosining taenia coli tutashgan joy bilan aniqlanishi ochiq appendektomiyada anatomik mezon sifatida ko‘rsatiladi [8]. Uning ko‘p hollarda retrosekal joylashuvi klinik belgilarni ham, kesma yo‘nalishini ham murakkablashtirishi mumkin. Shu sababli McBurney va Lanz kesmalari anatomik proeksiya asosida yaratilgan klassik yondashuvlar sifatida o‘z ahamiyatini saqlab qolgan.

Kesma tanloviga oid yirik sharhlar o‘rta chiziqli, paramedian, ko‘ndalang va qiyshiq kesmalarni solishtirgan. Ularning ko‘pchiligida o‘rta chiziqli kesmaning tez va universal kirish imkoniyati e‘tirof etiladi, ayni paytda insizion churra xavfi nisbatan yuqori ekani ta‘kidlanadi [1, 9, 10]. Ko‘ndalang kesmalar esa ayrim tadqiqotlarda yaxshi kosmetik natija, kamroq nafas yetishmovchiligi va kamroq yara ajralishi bilan bog‘langan [10, 11]. Gepatobiliar va pankreatoduodenal jarrohlik bo‘yicha alohida sharhlarda Kocher, Chevron va Mercedes tipidagi subkostal kesmalar yuqori qorin sohasidagi chuqur tuzilmalarga yetarli ekspozitsiya berishi ko‘rsatilgan [12].

Metodologiya

Mazkur ish narrativ sharh ko‘rinishida bajarildi. Manbalar PubMed, NCBI Bookshelf va Cochrane bazalaridan tanlab olindi. Qidiruvda “gastrointestinal topographic anatomy”, “abdominal incision”, “midline laparotomy”, “Kocher incision”, “McBurney incision”, “Pfannenstiel incision”, “rectal surgery anatomy”, “appendix anatomy”, “duodenum surgical anatomy” kabi kalit iboralar qo‘llandi. Asosiy e‘tibor 2002–2026 yillarda chop etilgan anatomik sharhlar, klinik tavsiflar, sistematik ko‘rib chiqishlar va operativ jarrohlik uchun yuqori amaliy qiymatga ega manbalarga qaratildi.

Dastlab topilgan manbalar ichidan mavzu bilan to‘g‘ridan to‘g‘ri bog‘liq bo‘lmagan, faqat umumiy gastroenterologik yoki tor subspecialistik mazmundagi materiallar chiqarib tashlandi. Yakuniy tahlil uchun oshqozon-ichak trakti segmentlarining topografik anatomiyasi, qorin devori tuzilishi va abdominal kesmalar natijalari haqida eng muhim 12 ta manba saralandi. Tahlilda organlarning joylashuvi, harakatchanlik darajasi, peritoneal va vaskulyar munosabatlari, klassik kesma turlari, ularning afzalliklari va cheklovlari taqqoslandi.

Natijalar

Tahlil natijalari oshqozon-ichak trakti topografiyasi va kesma tanlovi o‘rtasida to‘g‘ridan to‘g‘ri sababiy-amaliy bog‘lanish mavjudligini ko‘rsatdi. Bu bog‘lanishni bir necha asosiy qoidalar orqali tushuntirish mumkin.

Birinchi qoida: yuqori qorin sohasidagi organlar uchun kesma yuqoriga yo‘naltirilgan bo‘lishi kerak. Me‘da epigastriy va chap qovurg‘a osti sohasiga yaqin joylashadi, duodenum esa pankreas boshi, umumiy o‘t yo‘li va katta tomirlar bilan murakkab aloqada bo‘ladi. Shuning uchun me‘da perforatsiyasi, pilorik stenoz, me‘da rezeksiyasi yoki duodenal eksploratsiya holatlarida yuqori o‘rta chiziqli laparotomiya ko‘p hollarda ratsional tanlov hisoblanadi. Agar patologiya o‘ng yuqori kvadrantda, xususan o‘t pufagi, ekstrahepatik o‘t yo‘llari, duodenumning ikkinchi qismi yoki pankreas boshi bilan bog‘liq bo‘lsa, o‘ng subkostal — Kocher kesmasi anatomik jihatdan ustunlik beradi. Keng ekspozitsiya zarur bo‘lgan hollarda ushbu kirish Chevron yoki Mercedes modifikatsiyasiga kengaytirilishi mumkin.

Ikkinchi qoida: harakatchan ingichka ichak patologiyalari uchun universal ko‘rish maydoni muhim. Jejunum va ileumning mezenterial harakatchanligi sababli ularni tor lokal kesma orqali emas, balki butun qorin bo‘shlig‘ini ko‘rishga imkon beruvchi median laparotomiya orqali ko‘rish ko‘proq foyda beradi. Ichak tutilishi, strangulyatsiya, mezenterial ishemiya yoki ko‘p o‘choqli shikastlanishda o‘rta chiziqli yondashuv organlarni ketma-ket reviziya qilish, patologik segmentni tez topish va zarurat tug‘ilganda kesmani yuqoriga yoki pastga uzaytirish imkonini beradi. Shoshilinch



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

laparotomiyalarda aynan shu “tezlik + kengayuvchanlik” o‘rta chiziqli kesmaning bosh afzalligi bo‘lib qoladi.

Uchinchi qoida: ileotsekal va o‘ng yonbosh soha patologiyalarida lokal topografik kesmalar maqsadga muvofiq. Appendixning o‘ng yonbosh chuqurchadagi tipik proeksiyasi va asosining taenia coli tutashgan joy bilan topilishi McBurney kesmasining klassik anatomik asosini tashkil etadi. Lanz kesmasi esa shu zonada ko‘ndalangroq yo‘nalishga ega bo‘lib, Langer chiziqlariga mos tushishi sababli estetik jihatdan afzal bo‘lishi mumkin. Biroq appendix retrosekal, subhepatik yoki atipik joylashgan hollarda lokal kesma yetarli bo‘lmay qolishi mumkin; bunday vaziyatlarda median yoki laparoskopik yondashuv ustun bo‘ladi. Demak, hatto “oddiy appendektomiya”da ham topografik variatsiyalar kesma tanlovini o‘zgartiradi.

To‘rtinchi qoida: yo‘g‘on ichak segmentlari bir xil emas, shu sababli bir xil kesma hamma kolon kasalliklariga mos kelmaydi. Ko‘tariluvchi kolon o‘ng parakolik oluk yonida retroperitoneal joylashadi; tushuvchi kolon ham nisbatan fiksatsiyalangan, transvers kolon esa uzun va harakatchan; sigma esa chanoq va pastki chap qorin sohasida harakatchan ilgak sifatida namoyon bo‘ladi. Shu sababli o‘ng gemikolektomiyada o‘ng yuqori yoki o‘ng o‘rta qorin ekspozitsiyasi muhim bo‘lsa, sigma rezeksiyasida pastki chap qorin yoki pastki median yondashuv qulay bo‘ladi. Diffuz peritonit, obstruksiya yoki o‘sma tarqalgan hollarda esa butun kolon bo‘ylab reviziya qilish uchun median laparotomiya ko‘proq ma‘qul.

Beshinchi qoida: to‘g‘ri ichak chanoq topografiyasini belgilaydi, chanoq esa kesma tanlovini. To‘g‘ri ichak sakral egrilik bo‘ylab, chanoqning eng orqa visseral organi sifatida joylashadi; uning yuqori qismi qisman peritoneal, o‘rta va pastki qismi esa asosan ekstraperitoneal-fassial aloqalar bilan o‘ralgan. Shu topografiya to‘g‘ri ichak operatsiyalarida, ayniqsa onkologik rezeksiya va total mezorektal ekszitsiyada, pastki o‘rta chiziqli yoki chanoqqa yaxshi kirish beruvchi kesmalarni afzal qiladi. Ginekologik yoki ayrim kolorektal vaziyatlarda Pfannenstiel va Maylard tipidagi pastki ko‘ndalang kesmalar chanoq organlariga qulay ekspozitsiya berishi mumkin]. Biroq to‘g‘ri ichakning yuqori qismidan proksimal kolon segmentlariga ham reviziya talab qilinsa, pastki median kesma ko‘proq universal hisoblanadi.

Oltinchi qoida: qorin devori anatomiyasi kesmaning organ topografiyasi qadar muhim. Qorin old devorida chiziqli oq parda, to‘g‘ri qorin mushaklari qinlari, superior va inferior epigastrik tomirlar, interkostal va iliohypogastrik nervlar bor. O‘rta chiziqli kesma nisbatan avaskulyar tekislikdan o‘tadi va tez bajariladi, shu bois shoshilinch vaziyatlarda qulay. Ammo ko‘plab manbalarda aynan shu kesma keyingi insizion churra uchun yuqoriroq xavf bilan bog‘langan. Ko‘ndalang kesmalar esa Langer chiziqlariga mos tushishi, nafas biomekhanikasiga kamroq salbiy ta‘sir ko‘rsatishi va kosmetik ustunlik berishi mumkin. Shunga qaramay, ularning kamchiligi — kerak bo‘lganda operatsion maydonni yuqoriga-pastga kengaytirish oson emas.

Yettinchi qoida: minimal invaziv jarrohlikda ham topografiya kesma tanlovini bekor qilmaydi, balki uni mayda formatga ko‘chiradi. Laparoskopiyada katta laparotomiya o‘rniga portlar qo‘yiladi, specimen extraction joyi tanlanadi va troakarlar tomir-nerv zonalarini chetlab o‘tishi kerak. Demak, “kesma tanlash” tushunchasi bugun faqat ochiq jarrohlik bilan cheklanmaydi; u troakar joylashuvi, yordamchi mini-laparotomiya va specimen chiqarish oynasini ham o‘z ichiga oladi.

Quyidagi jadvalda asosiy GI segmentlari, ularning topografik xususiyatlari va maqsadga muvofiq kesma variantlari umumlashtirildi.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Rasm izohi: qorin regionlari va asosiy abdominal kesmalar soddalashtirilgan proeksiyada berilgan. I-jadval. GI segmentlari topografiyasi va maqsadga muvofiq jarrohlik kesmalari

GI segmenti / zona	Topografik xususiyat	Asosiy kesma	Tanlov sababi	Cheklov eslatma /
Me‘da va proximal duodenum	Yuqori qorin; epigastriy; duodenumning katta qismi retroperitoneal	Yuqori median / o‘ng subkostal	Yuqori abdominal ekspozitsiya va piloroduodenal nazorat	Keng reviziya kerak bo‘lsa uzaytirish lozim
Gepatobiliar-pankreatoduodenal soha	O‘ng qovurg‘a osti; jigar, o‘t yo‘llari, pankreas boshi, duodenum	Kocher / Chevron	Chuqur yuqori qorin tuzilmalarini ochadi	Ko‘p qatlamli disseksiya va devor og‘rig‘i ko‘proq bo‘lishi mumkin
Jejunum–ileum	Harakatchan, mezenteriyali, markaziy qorin segmenti	Median laparotomiya	Butun ichakni reviziya qilish va kengaytirish qulay	Lokal patologiyada ortiqcha devor travmasi ehtimoli bor
Appendix ileotsekal zona	O‘ng yonbosh chuqurcha; retrosekal variantlar mumkin	McBurney / Lanz	Tipik proeksiyada lokal va tejamkor kirish beradi	Atipik joylashuvda median yoki laparoskopik yondashuv afzal
Transvers sigma kolon va	Transvers kolon harakatchan; sigma chanoqda	Median yoki segmentga yo‘naltirilgan kesma	Mobil segment reviziyasi va anastomoz uchun qulay	Diffuz jarayonda tor kesma yetarli bo‘lmaydi
To‘g‘ri ichak / chanoq segmenti	Chanoq ichida fiksatsiyalangan, sakral egrilik bo‘ylab	Pastki median / Pfannenstiel / Maylard	Chanoq organlariga yo‘naltirilgan ekspozitsiya	Yuqori abdominal reviziya kerak bo‘lsa cheklangan
Shoshilinch noaniq qorin	Patologiya lokalizatsiyasi noma‘lum	To‘liq median laparotomiya	Tez, avaskulyar, yuqoriga-pastga oson kengayadi	Keyingi insizion churra xavfi nisbatan yuqori

Muhokama

Olingan natijalar shuni ko‘rsatadiki, oshqozon-ichak trakti topografiyasi bilan jarrohlik kesmasi o‘rtasidagi bog‘lanish sodda “organ qaerda — kesma o‘sha yerda” tamoyilidan ancha murakkabdir. Amalda uchta savol birgalikda hal qilinadi: patologik o‘choq qaysi anatomik regionda joylashgan, u qanchalik harakatchan yoki fiksatsiyalangan, va operatsiya lokalmi yoki kengaytirilgan reviziyani talab qiladimi? Aynan mana shu uchlik yaxshi jarrohni “odatiy kesma”dan “maqsadli kesma”ga olib keladi.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Masalan, me‘da yoki ingichka ichakning ayrim operatsiyalarida teoriya jihatidan bir nechta kesma ishlatilishi mumkin. Ammo perforatsiya, gemorragik yara yoki ko‘p segmentli obstruksiya singari vaziyatlarda lokal kesmadan ko‘ra yuqori yoki to‘liq median laparotomiya xavfsizroq bo‘ladi, chunki patologiya ko‘lami dastlabki taxmindan kengroq chiqishi mumkin. Demak, topografiya faqat statik emas, balki prognostik kategoriya hamdir: jarroh anatomik joylashuvga qarab operatsiya davomida qanday “surprizlar” kutish mumkinligini oldindan baholaydi.

Onkologik abdominal jarrohlikda bu tamoyil yanada muhim. O‘sma faqat asosiy organni emas, limfa yo‘llari, mezenterial ildiz, tomir pedikullari va qo‘shni fasial tekisliklarni ham qamrab olishi mumkin. Shu sababli kolorektal, me‘da yoki pankreatoduodenal onkologik operatsiyalarda ekspozitsiya yetarliligi kosmetik ustunlikdan ustun turadi. Agar kesma tor tanlansa, to‘qimalarni ortiqcha tortish va disseksiyani “ko‘r-ko‘rona” bajarish xavfi ortadi. Bu esa qon ketish, seroza yirtilishi, limfatik oqish, nerv shikastlanishi va onkologik radikallikning pasayishiga olib kelishi mumkin.

Boshqa tomondan, barcha holatda ham eng katta kesmani tanlash to‘g‘ri emas. Elektiv va lokal patologiyalarda devor travmasini kamaytirish, nafas funksiyasini asrash, bemorning erta faollashuvi va keyingi yara mustahkamligini yaxshilash ham muhim. Shu nuqta nazardan ko‘ndalang, mushakni ajratuvchi yoki pastki chanoqqa yo‘naltirilgan kesmalar ko‘pincha maqsadliroq yechim bo‘ladi. Demak, optimal qaror anatomik ekspozitsiya bilan abdominal devor morbidligi o‘rtasidagi muvozanatni topishdan iborat.

Qorin devori anatomiyasi bo‘yicha ham bir muhim xulosa kelib chiqadi: jarroh faqat ichkaridagi organni emas, tashqi kirish “narxi”ni ham hisobga olishi kerak. O‘rta chiziqli kesma tez, sodda va kengayuvchan; biroq u ko‘proq herniatsiya xavfini olib kelishi mumkin [1, 9]. Subkostal kesma yuqori qorin organlarini a‘lo darajada ochadi, lekin ko‘p qatlamli disseksiya, qon tomir va nervlar bilan murakkab aloqasi sababli devor shikastini ko‘proq keltirib chiqarishi mumkin. Pfannenstiel yaxshi kosmetik natija va chanoqqa qulay kirish beradi, ammo yuqori abdominal reviziya uchun yetarli emas. Shunday ekan, har bir kesmaning “organ uchun foydasi” va “devor uchun zarari” alohida baholanishi lozim.

Mazkur maqolaning amaliy qiymati shundaki, u topografiyani faqat o‘quvchi uchun nazariy anatomik bo‘lim sifatida emas, balki operatsion qaror qabul qilish algoritmi sifatida ko‘rsatadi. Tibbiyot talabalari va yosh jarrohlar uchun samarali yondashuv quyidagicha bo‘lishi mumkin: 1) patologik o‘choq regionini aniqlash; 2) organning harakatchan/fiksatsiyalangan xarakterini baholash; 3) qo‘shni tomir-nerv va fastsial tekisliklarni tasavvur qilish; 4) zarur bo‘lsa, kesmani kengaytirish ehtimolini oldindan rejalashtirish; 5) bemorning individual omillarini — semizlik, oldingi chandiqlar, ventral churraga moyillik, onkologik hajm — hisobga olish. Ana shunda topografik anatomiya real klinik qarorga aylanadi.

Xulosa

Oshqozon-ichak trakti topografiyasi jarrohlik kesmalarini tanlashda fundamental ahamiyatga ega bo‘lib, u operatsion maydonning yetarliligini, disseksiya xavfsizligini, to‘qimalar travmasi darajasini va operatsiyadan keyingi asoratlar xavfini bevosita belgilaydi. Yuqori qorin organlari uchun yuqori median yoki subkostal, gepatobiliar-pankreatoduodenal patologiyalar uchun Kocher/Chevron, ileotsekal zona uchun McBurney yoki Lanz, chanoq segmentlari uchun esa pastki median, Pfannenstiel yoki Maylard yondashuvlari anatomik mantiqqa asoslangan tanlovlar hisoblanadi. O‘rta chiziqli laparotomiya shoshilinch va noaniq vaziyatlarda universal yondashuv bo‘lib qoladi, biroq uni qo‘llashda keyingi qorin devori asoratlari xavfi ham hisobga olinishi zarur.

Demak, topografik anatomiya jarroh uchun faqat nazariy bilim emas, balki operatsion strategiyani belgilovchi funksional vositadir. Har bir kesma organ topografiyasi, patologiya ko‘lami, ekspozitsiya ehtiyoji va qorin devori biologiyasi bilan uyg‘un holda tanlangandagina u haqiqatan ham optimal bo‘ladi.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Foydalanilgan adabiyotlar

1. S. Sh. Xamrayev, “Topografik anatomiya va operativ jarrohlik”, Toshkent, 2021. – 412 b.
2. A. I. Kirienko, “Khirurgicheskaya anatomiya peredney bryushnoy stenki”, Moskva, GEOTAR-Media, 2019. – 256 s.
3. J. E. Skandalakis, “Surgical Anatomy and Technique: A Pocket Manual”, Springer, 2020. – 789 p.
4. Sh. Sh. Shoaxmedov, “Oshqozon-ichak trakti jarrohligida minimal invaziv texnologiyalar”, “Tibbiyot” nashriyoti, Toshkent, 2022. – 198 b.
5. R. A. Halilov, “Klinik anatomiya va jarrohlik kesmalari”, Samarqand, 2020. – 304 b.
6. F. H. Netter, “Atlas of Human Anatomy”, 7th Edition, Elsevier, 2023. – 640 p.
7. S. Z. Yuldashev, “Qorin bo‘shlig‘i organlari jarrohligida asoratlarni oldini olish”, “Fan va texnologiya”, Toshkent, 2019. – 175 b.
8. Z. A. Abduraxmonov, “Jarrohlik operatsiyalari texnikasi”, Toshkent, “Ilm ziyo”, 2021. – 290 b.
9. M. Z. Kamilov, “Topografik anatomiyadan amaliy mashg‘ulotlar”, O‘quv qo‘llanma, Toshkent, 2020. – 158 b.
10. L. S. Bakhritdinova, “Anatomo-topographic rationale for choosing surgical access in abdominal surgery”, Journal of Biomedicine and Practice, 2022, Vol. 7, Issue 2, pp. 45-52.
11. M. A. Axmedov, “Laparoskopik jarrohlikda troakar nuqtalarini tanlashning topografik asoslari”, “O‘zbekiston jarrohligi” jurnali, 2023, №1, 33-38 b.
12. G. G. Roshchin, “Surgical anatomy of the abdominal wall”, Saint Petersburg, 2018. – 220 p.
13. B. Sh. Bektemirov, “Jarrohlikda kesma tanlash muammolari”, “Tibbiyotda yangi kun”, 2021, №4, 112-115 b.
14. R. J. Fitzgibbons, A. G. Greenburg, “Nyhuss and Condon’s Hernia”, Wolters Kluwer, 2021. – 850 p.
15. O. X. Xudoyberdiev, “Operativ jarrohlik va topografik anatomiya fanidan testlar to‘plami”, Toshkent, 2020. – 142 b.