

*Жигальская А.А., Королёва И.И.*  
**ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ**  
*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гусева Ю.А.*

*Кафедра нормальной анатомии  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Дивертикул Меккеля (ДМ), дивертикул подвздошной кишки, – врожденная аномалия, обусловленная неполным обратным развитием желточного протока и проявляющаяся выпячиванием подвздошной кишки. Недостаточная информированность о ДМ, отсутствие специфических симптомов может приводить к диагностическим ошибкам и выбору неправильной тактики лечения. Наряду с серьезным прогнозом осложнений при ДМ, летальность после которых варьирует в пределах 5 – 10%, это определяет актуальность данного исследования.

**Цель:** изучить варианты строения ДМ в свете предпосылок для формирования связанных с ними осложнений.

**Материалы и методы.** Проведен обзор литературы о развитии, вариантах строения и клинических проявлениях ДМ; выполнен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ДМ, находившихся на лечении в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» в 2015-2020 гг.; а также описаны анатомические препараты ДМ из фонда кафедры нормальной анатомии БГМУ. На каждом анатомическом препарате оценивали следующие параметры: форма, длина, поперечный размер дивертикула в области его основания и верхушки, локализация ДМ по отношению к илеоцекальному клапану и к корню брыжейки подвздошной кишки, а также степень выраженности питающих ДМ сосудов.

**Результаты и их обсуждение.** Приведены результаты анализа данных литературы за последние 10 лет об эпидемиологии, развитии, топографии, форме, строении стенки и клинических проявлениях ДМ. Согласно исследованиям, положение ДМ по длине тонкой кишки является переменным, но чаще ДМ располагается по противобрыжечному краю подвздошной кишки в 20-100 см от илеоцекального клапана. В большинстве случаев (73,3%) ДМ имеет свободную верхушку, но бывает прикрепленным к передней брюшной стенке или к корню брыжейки. Преобладающая форма дивертикула – конусовидная (54%). Длина ДМ варьирует от 2 до 8 см. Гетеротопическая ткань в ДМ выявляется у 50-60% пациентов, чаще – это слизистая оболочка желудка (60- 85%) и ткань поджелудочной железы (5-6%), реже – слизистая оболочка тощей, двенадцатиперстной или толстой кишки, гепатобилиарная ткань и эндометрий. Выявление в ДМ слизистой желудка, вырабатывающей пепсин и соляную кислоту, является предпосылкой для возникновения пептической язвы в подвздошной кишке или дивертикуле с возможным осложнением в виде перфорации или кровотечения. В результате ретроспективного анализа представлен клинический случай ДМ, свидетельствующий о высоком риске осложнений ДМ. На трех изученных анатомических препаратах ДМ имеет конусовидную форму, расположен на стороне, обратной прикреплению брыжейки. Длина его переменна (2, 4 и 7 см соответственно). В двух случаях поперечный размер ДМ преобладает над диаметром подвздошной кишки. На одном препарате дивертикул имеет узкую шейку, что обосновывает затруднение опорожнения ДМ, больший риск развития его воспаления и кишечной непроходимости.

**Выводы.** Проведенный обзор литературы, клинический случай ДМ и анатомические препараты демонстрируют характерные для ДМ варианты строения (различная длина, наличие собственной брыжейки, сужений, присутствие гетеротопической ткани желудка), предрасполагающие к развитию осложнений. Знание вариантной анатомии способствует ранней и точной диагностике ДМ. Неблагоприятность прогноза при развитии осложнений обосновывает динамическое наблюдение пациентов с ДМ и своевременное лечение этой патологии, шанс встретиться с которой, несмотря на ее редкость, имеется у каждого врача.