

**Волик М.С., доц., к.м.н. Книгавко А.В.**

**ЛИМФАНГОИТ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ИЛИ БОЛЕЗНЬ МОНДОРА**

**Болезнь Мондора (Penile Mondor’s disease) – лимфангоит, либо тромбофлебит дорсальной вены полового члена.**

Впервые патологию Мондора обнаружил и описал французский хирург Генри Мондор в 1939 году. Он первый сообщил о случае тромбоза, локализующегося в грудинонадчревной вене, а в 1955 году Braun-Falco впервые сообщил о сопутствующем ему тромбозе дорсальной вены полового члена. В 1958 году Helm и Hodge описали изолированное поражение этой вены. Таким образом, изначально диагноз ставился при выраженном тромбофлебите вен боковой и передней поверхности грудной или брюшной стенки. А позднее было предложено относить к этой болезни и другие схожие тромбофлебиты: подмышечной впадины, плеча, предплечья;а также тромбофлебит и лимфангоит яичка и полового члена.

В отечественной и зарубежной медицинской литературе описание этого заболевания встречается довольно редко. С момента открытия заболевания было выявлено около пятидесяти случаев.

Мы представляем Вашему вниманию клинический случай болезни Мондора.

Пациент К., 24 лет, поступил в андрологическое отделение Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала 02.10.2015 г. При поступлении пациент предъявлял жалобы на болезненное уплотнение в области дистальной трети полового члена и болезненность при эрекции. Боль была ноющего характера, усиливалась во время и после эрекции. Сексуальная функция нарушена не была. При сборе анамнеза стало известно, что данные жалобы возникли приблизительно 5 дней назад после агрессивного полового акта (в позиции женщина сверху). Из анамнеза жизни выяснено, что 2 месяца назад пациент перенес травму полового члена во время занятия тяжеловесным видом спорта. Другие виды травм, операции отрицает. Венерические заболевания, туберкулез отрицает, аллергический и семейный анамнез не отягощен. Вредные привычки отсутствуют.

При физикальном исследовании было выявлено: на 1 сантиметр проксимальнее головки полового члена пальпируется плотный сосуд в виде прямолинейно расположенного, твердого канатовидного образования, около 0,6 см в диаметре, при эрекции пережимающий правое кавернозное тело. Образование напоминало «натянутый шнур или струну». При проведении пальпации больной отмечал боль слабой интенсивности. Обследование выявило незначительное увеличение лимфатических узлов в паховой области.



Пациенту был проведен комплекс диагностических мероприятий, который включал в себя следующее: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови,   
ультразвуковое исследование (УЗИ) полового члена в доплеровском режиме. Анализы крови и мочи были без патологии. УЗИ продемонстрировало увеличенный лимфатический сосуд в дистальной части полового члена под головкой, с элементами фибротизации без движения жидкости. Кавернозный кровоток в пределах возрастной нормы.

На основании жалоб пациента, его объективного исследования и данных результатов УЗИ был поставлен диагноз: лимфангоит полового члена - болезнь Мондора.

Пациенту К. была назначена консервативная терапия: воздержание от половых актов, нестероидные противовоспалительные препараты, ферментные препараты – гиалуронид внутримышечно, венотоники – нормовен, лимфомиозот, лонгидаза 3ЕД внутримышечно, местно - свечи ревмоксикам, дисфектаза, витамин Е 400 мг., физиотерапевтические процедуры - электрофорез с лидазой.

Через 7 дней на контрольном осмотре уплотненный сосуд стал менее контурируемым и болезненным, через 1 месяц лимфатический сосуд почти не пальпировался, болевой синдром отсутствовал.

Рецидивы при болезни Мондора случаются крайне редко, а осложнений не бывает.

Болезнь Мондора в виде лимфангоита с локализацией на половом члене является редким событием, поэтому предложена в виде данного клинического случая.