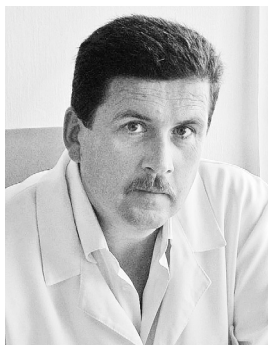


УДК 616,14–002–039,42



С.І. Іващук, О.Й. Хомко, В.В. Грудецький,
М.Д. Крикливець, Б.В. Маркуш

Випадок хвороби Мондора

Буковинський державний медичний університет, Чернівці,
ДЗ «Вузлова клінічна лікарня станції Чернівці»
ДТГО «Львівська залізниця»

Ключові слова: хвороба Мондора, тромбофлебіт.

На гравюрі Lucas Vorsterman, виконаній за картиною Рубенса, зображена молода жінка з двома пухлинами у верхньозовнішньому квадранті правої молочної залози та підтягнутими шкірою і соском до правої пахви. Можливо художник хотів привернути увагу до цієї медичної проблеми. У зображеній жінки можна припустити діагноз пухлини молочної залози або хвороби Мондора [3, 4].

Поверхневі шнуроподібні флебіти грудної клітки та передньої черевної стінки (хвороба Мондора) — маловідоме, хоча і не рідкісне захворювання. Вперше воно було описане Фадж у 1968 р. під помилковою назвою «склеродермія». В подальшому Фавр назвав захворювання «ниткоподібним флебітом», а Пірсон — «інфекційною флебодінеєю». І тільки в 1939 р. французький хірург Мондор детально вивчив і дав правильне тлумачення захворюванню, ґрунтуючись на патогістологічних дослідженнях [2]. З тих пір захворювання отримало назву «хвороба Мондора».

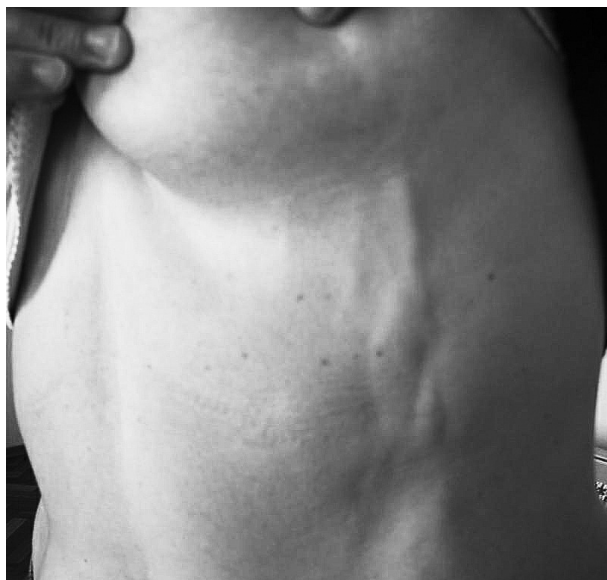


Рисунок. Візуалізація тромбофлебітичного тяжа при піднятій верхній кінцівці

Хвороба Мондора — це запальний процес, що охоплює *v. thoracoepigastrica* або *v. thoracica lateralis*, рідше *v. epigastrica superficialis* по передньобоківій поверхні грудної клітки. В цілому патогенез захворювання не з'ясовано. Деякі автори пов'язують виникнення цієї форми тромбофлебіту з *mastitis vestigial* (рудиментарний мастит), інфекційною та вірусною природою хвороби, травмою, операціями. Трапляється переважно у жінок середнього віку, особливо з великими розмірами молочної залози та іноді супроводжує неопластичний процес у ній.

Захворювання характеризується появою щільного, болючого шнуроподібного потовщення — тяжа, розташованого вертикально від соска до реберної дуги. Може супроводжуватися болем і пекучими відчуттями, рідше — гіперемією та підвищенням шкірної температури на ураженому боці грудної клітки. Виявляють лейкоцитоз, часто моноцитоз, іноді еозінофілію. Ущільнення зникає через 2–4 тиж, іноді залишає сліди у вигляді пігментації шкіри.

Захворювання описують нечасто, але не через рідкісність, а насамперед через перебіг зі стертими ознаками та сприятливий прогноз, самовиліковування. Іноді хворі не звертаються по допомогу.

Зіткнувшись у своїй практиці з виявленням хвороби Мондора та необізнаністю окремих лікарів поліклінічної ланки щодо цієї патології, ми вважаємо за потрібне поділитися власним досвідом.

Хвора М., 37 р. (глухоніма, працює на підприємстві УТОГ) звернулася до поліклінічного відділення зі скаргами на пекучий біль та шнуроподібне ущільнення по лівій боковій поверхні грудної клітки. Вважає себе хворою впродовж 4 діб, захворювання пов'язує з тривалим фізичним навантаженням (впродовж 3 діб поралася на городі). Анамнез життя — без особливостей. При огляді — загальний стан відносно задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки чисті, фізіологічно забарвлені. Лімфатичні вузли не змінені. Об'єктивний статус — без особливостей. Місцево — по



лівій передньобоківій стінці грудної клітки пальпаторно визначається болючий, щільної консистенції тяж довжиною до 20 см та шириною до 0,6 см, щільно спаяний зі шкірою, малорухомий. Тяж особливо чітко контурується візуально при піднятій вгору лівій руці (рисунок). Пахвинні лімфатичні вузли при пальпації не болючі, не збільшені. При мануальному обстеженні молочних залоз патології не виявлено.

Загальний аналіз крові — гемоглобін 123 г/л, еритроцити — $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоцити — $7,8 \times 10^{12}/л$, базофіли — 2%, паличкоядерні — 5%, сегментоядерні — 49%, лімфоцити — 31%, моноцити — 13%, ШОЕ — 5 мм/год. Решта результатів обстеження (загальний аналіз сечі, біохімічні обстеження крові) — у межах норми.

Виходячи з онконастороженості, хворій було виконано гастродуоденофіброскопію шлунка, ехоскопію молочної та щитовидної залоз, рентгенографію легень, проте патологічних відхилень не виявлено.

Хворій призначено протизапальну та тромболітичну терапію, яку ми зазвичай використовуємо при лікуванні гострих тромбофлебітів [1]. Впродовж 7 діб, на тлі призначеного лікування, у хворої зникли больові відчуття та перестав пальпаторно визначатися тяж. Обстеження хворої через 3 міс засвідчило відсутність рецидиву захворювання, патології з боку молочної залози, шлунка, легень.

Описаний випадок хвороби Мондора буде, на нашу думку, цікавим як для хірургів, так і для лікарів загальної практики.

Література

1. Івашук С.І., Івашук О.І. Хірургічні хвороби у практиці сімейного лікаря: Навч.-метод. посібн. — 2-е вид., доп. та перероб. — Чернівці: Буковин. держ. мед. ун-т, 2007. — 375 с.
2. Неймарк И.И. Болезнь Мондора // Теоретические и клинические аспекты патологии кровеносных сосудов. — Барнаул, 1979. — С. 63–64.
3. Grau Juan J., Estrach T. Old masters as clinical photographers: multifocal breast cancer diagnosed 400 years ago // Breast Cancer Reserch and Treatment. — 2008. — Vol. 11. — P. 11–13.
4. <http://www.bildindex.de/?+pkunstler:vorsterman%20+pkunstler:lucas%20+pkunstler:emil#|home> (Dame mit entblöster Brust).

С.И. Иващук, О.И. Хомко, В.В. Грудецкий, М.Д. Крыкльвец, Б.В. Маркуш

Случай болезни Мондора

Описан случай выявления довольно редкого заболевания — болезни Мондора, который, по мнению авторов, будет интересен для хирургов и врачей общей практики.

S.I. Ivashchuk, O.Y. Khomko, V.V. Grydetsky, M.D. Kruklyvets, B.V. Markush

Case of Mondor's disease

The article describes a case of enough rare disorder — Mondor's disease which will be of great interest for the surgeons and general practitioners.

