

УДК: 616.75 - 002.192 - 073.48 - 091.8  
© Мота О.М., Костишин Н.М., 2012

## ВИПАДОК ВУЗЛОВОГО ФАСЦІЇТУ. УЛЬТРАЗВУКОВА ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Мота О.М., Костишин Н.М.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

**Мота О.М., Костишин Н.М.** Випадок вузлового фасциїту. Ультразвукова та патоморфологічна характеристика // Український морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 2. – С. 74-75.

У роботі описаний випадок вузлового фасциїту, що локалізувався в області латеральної поверхні стегна. Дані анамнезу захворювання, ультразвукова і патоморфологічна характеристика дозволяють отифференціювати вузловий фасциїт від інших захворювань сполучної тканини.

**Ключові слова:** сполучна тканина, вузловий фасциїт, ультразвукове дослідження, патоморфологічне дослідження

**Мота О.Н., Костишин Н.М.** Случай узлового фасциита. Ультразвуковая и патоморфологическая характеристика // Український морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 2. – С. 74-75.

В работе описан случай узлового фасциита, что локализовался в области латеральной поверхности бедра. Данные анамнеза заболевания, ультразвуковая и патоморфологическая характеристика позволяют отифференцировать узловой фасциит от других заболеваний соединительной ткани.

**Ключевые слова:** соединительная ткань, узловой фасциит, ультразвуковое исследование, патоморфологическое исследование

**Mota O., Kostyshyn N.** Case of nodular fasciitis. Ultrasonography and pathomorphological characteristic // Український морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 2. – С. 74-75.

We describe case of nodular fasciitis located in the lateral surface of the thigh. History of disease, ultrasonic and pathomorphological characteristic allows to differentiate nodular fasciitis from other diseases of connective tissue.

**Key words:** connective tissue, nodular fasciitis, ultrasonic diagnostic, pathomorphological examination

**Вступ.** Сполучна тканина дуже поширена в організмі людини: загалом вона складає близько половини маси тіла, з якої побудовані скелет, шкіра, хрящі, сухожилля та зв'язки, основа органів. Серед наявної нозології спостерігається значна кількість захворювань щільної фіброзної сполучної тканини, які рідко зустрічаються, але є надзвичайно складними в диференціальній діагностиці. Серед них – вузловий фасциїт.

Вузловий фасциїт – найчастіша вузлова форма псевдосаркоматозної проліферації реактивної природи. Розвивається в глибоких шарах дерми, підшкірної клітковини, м'язах [1, 2, 3, 6]. У більшій частині випадків захворюванню передують травми. Типовою локалізацією є голова, шия, долонна поверхня передпліччя, грудна клітка, спина, зони по ходу периферійних артерій та вен [1, 3, 4, 5]. Значно рідше вузловий фасциїт зустрічається в ділянках нижньої кінцівки і майже неописаний в літературних джерелах.

**Мета та завдання дослідження.** Вивчити патоморфологічні особливості вузлового фасциїту, що локалізувався в ділянці широкої фасції стегна. Виконане дослідження є частиною планової наукової роботи на тему «Структура органів та їх кровоносного русла в онтогенезі, під дією лазерного опромінення та фармацевтичних засобів, при порушеннях кровопостачання, реконструктивних операціях та цукровому діабеті», номер державної реєстрації 0110U001854, що виконується на кафедрі нормальної анатомії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького згідно з державним планом та програмою впродовж 2010-2014 років.

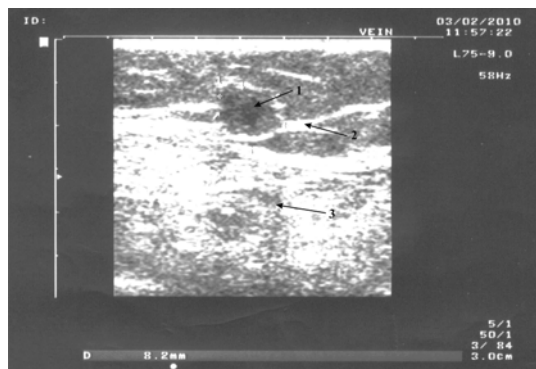
**Матеріали та методи.** Проведено вивчення

анамнезу захворювання особи жіночої статі віком 45 років з подальшим ультразвуковим дослідженням та доплерографією латеральної поверхні лівого стегна. Після оперативного втручання, проведеного на базі хірургічного відділення № 2 Львівської обласної клінічної лікарні, вивчено особливості макропрепарату, що був видалений в ході операції. Патогістологічне дослідження пухлинних утворів проводили на базі Львівського обласного патологоанатомічного бюро.

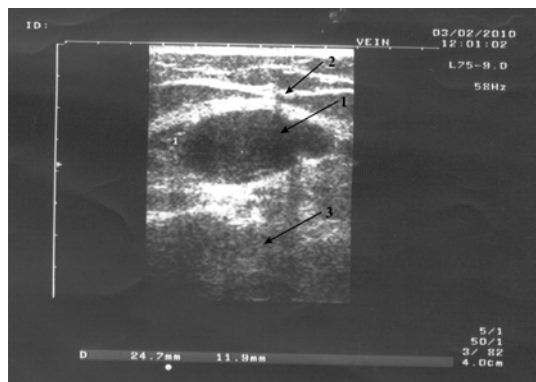
**Результати дослідження, їх обговорення.** В хворої протягом 10-12 років пальпувався щільний болючий утвір розміром 7-8 мм на латеральній поверхні лівого стегна на 10 см вище від колінного суглоба. Деяко пізніше (2-3 роки тому) подібні ущільнення з'явилися на бічній поверхні колінного суглоба (10-15 см нижче від попереднього). Новоутворення були більшими за розмірами, діаметром близько 1,5-2,5 см і локалізувалися глибше. При проведенні ультразвукового дослідження було виявлено однорідні, гіпоехогенні новоутворення розмірами 0,8-2,5 см. Два вузли розміщувалися більш поверхнево, лежали на широкій фасції стегна (рис. 1), а два інші новоутворення розміщувалися глибше – під фасцією, на поверхні чотириголового м'яза (рис. 2). Проведене доплерівське ультразвукове дослідження свідчить про посилену васкуляризацію усіх чотирьох вузлів.

При вивченні макропрепарату, видаленого під час оперативного втручання, виявлено, що всі вузли є щільної консистенції, блідо-сірого кольору та неспаяні з навколишніми тканинами (рис. 3). До кожного вузла підходять по 2-3 судинні ніжки, що пояснює посилений крово-

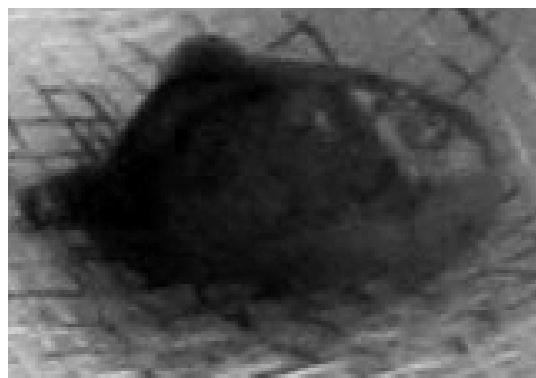
плин, який був виявлений під час проведення доплерівського ультразвукового дослідження.



**Рис. 1.** Ультразвукова картина вузлового фасциїту. Новоутвір розміщений над широкою фасцією стегна: 1 – новоутвір; 2 – широка фасція стегна; 3 – чотириголовий м'яз стегна



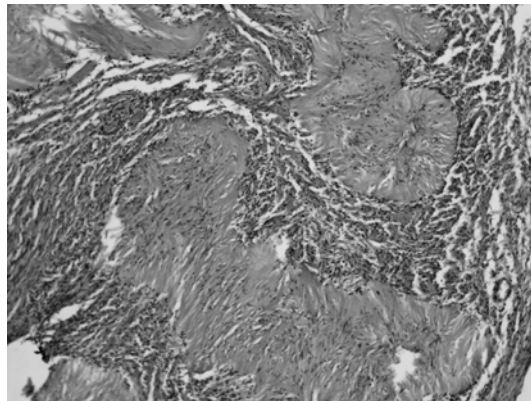
**Рис. 2.** Ультразвукова картина вузлового фасциїту. Новоутвір розміщений під широкою фасцією стегна: 1 – новоутвір; 2 – широка фасція стегна; 3 – чотириголовий м'яз стегна



**Рис. 3.** Макропрепарат вузлового фасциїту. Пухлинний утвір, видалений з-під широкої фасції стегна.

Патогістологічне дослідження вузла, що утворився найшвидше, характеризується наступними особливостями: вузол інкапсульований, периферійна частина утворена мономорфними веретеноподібними фібробlastами. Більш глибока частина вузла складається з фібротизованої та частково гіалінізованої сполучної тканини. Судини синусоїдального типу розміщені на периферії. В центральній частині зустрічаються дрібні вогнища кальцинозу (рис. 4). Патогістологічна картина вузликів, що утворилися пізніше характеризуються такими

особливостями: наявні ділянки нерівномірно фібротизованої сполучної тканини, що містять дрібні вогнища дезорганізації, макрофаги та лімфоцити. Оточуюча тканина надмірно васкуляризована. В інших ділянках спостерігається переважне скупчення макрофагів, що мають епітеліоїдноклітинний вигляд (рис. 5).



**Рис. 4.** Патогістологічна картина вузлового фасциїту: вузол, розміщений над фасцією (гематоксилін-еозин, ×100)

#### Висновки:

1. Розглянутий випадок свідчить про можливість атипового розміщення вузлового фасциїту.
2. Ультразвукова діагностика - ефективний метод дослідження вузлових захворювань сполучної тканини: показує об'єктивну картину локалізації, розмірів і кровопостачання новоутворів.
3. Патогістологічне дослідження дає повну морфологічну характеристику вузлових утворень яка свідчить про тривалість захворювання.

В перспективі подальшого дослідження патоморфологічних та топографічних особливостей вузлового фасциїту вважаємо можливою розробку алгоритму ультразвукової діагностики даного патологічного процесу в ділянках його атипової локалізації.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Katz M.A. Nodular fasciitis of the hand: a case report / Katz M.A., Beredjiklian P.K., Wirganowicz P.Z. // Clin. Orthop. Relat. Res. – 2001, № 382. P. 108 - 111.
2. Le Corroller T. Nodular fasciitis with cortical involvement / Le Corroller T., Kovacs T.J., Champsaur P // Joint Bone Spine. – 2009, № 76(1). P. 101-103.
3. Park C. Parosteal (nodular) fasciitis of the hand / Park C., Park J., Lee K.Y. // Clin Radiol. – 2004, № 59(4). P. 376-378.
4. Rankin G. Nodular fasciitis: a rapidly growing tumor of the hand / Rankin G., Kuschner S.H., Gellman H. // J. Hand Surg Am. – 1991, № 16(5). P. 791-795.
5. Singh R. Nodular fasciitis of the thumb: a case report / Singh R., Sharma A.K. // Hand Surg. – 2004, №9 (1). P. 117-120.
6. Wang X.L. Nodular fasciitis: correlation of MRI findings and histopathology / Wang X.L., De Schepper A.M., Vanhoenacker F., [et al] // Skeletal Radiol. – 2002, № 31(3). P. 155-161.

Надійшла 12.03.2012 р.  
Рецензент: доц. В.М.Волошин