

## **НЕМЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ МНОЖЕСТВЕННЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЛЕГКИХ**

**Ладыгина Аделина Игоревна**

студент, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, РФ, г. Белгород

**Коленкин Максим Александрович**

студент, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, РФ, г. Белгород

Различные процессы, включая доброкачественные или злокачественные (в основном с метастазированием), способствуют возникновению множественных узловых образований в легких. Для дифференциальной диагностики необходимо исключить метастазы как этиологический фактор у пациентов с множественными легочными узлами с известной первичной злокачественностью. Однако дифференциальная диагностика множественных легочных узлов, вызванных доброкачественными заболеваниями, и злокачественных процессов, является сложной задачей. Множественные легочные узлы - метастазы, возникающие в результате метастазирования, могут имитировать метастазы, возникающие в результате инфекций, воспалительных процессов и редких доброкачественных заболеваний. При дифференциальной диагностике метастазов необходимо учитывать некоторые редкие заболевания, такие как склерозирующая пневмоцистома легких и эпителиоидная гемангиоэндотелиома легких, или распространенные заболевания с редким проявлением множественных узловых образований. В дополнение к клиническим и лабораторным данным, рентгенологические признаки имеют решающее значение для дифференциальной диагностики. Размер, плотность, расположение и пограничные характеристики (четко или слабо выраженные) легочные узелки, а также их внутренняя структура (твердые, полупрозрачные или стекловидные), скорость роста во время наблюдения и сопутствующие легочные и внелегочные изменения важны для дифференциальной диагностики наряду с клиническими и лабораторными данными. В этой статье кратко описываются общие признаки и результаты визуализации этих заболеваний, которые реже проявляются множественными узловыми образованиями в легких, а также признаки, которые могут быть использованы для того, чтобы отличить эти заболевания от метастазирования. Саркоидоз — это мультисистемное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, которое обычно наблюдается у пациентов в возрасте 20–40 лет. Заболевание может поражать любую систему или органы, включая легкие, лимфатические узлы, кожу, глаза, суставы, кости, слюнные железы, центральную нервную систему и мышцы. Поражение легких является наиболее распространенным проявлением, с частотой более 90%. Хотя клиническая проявления различаются в зависимости от пораженного органа, пациенты с поражением легких обычно проявляются кашлем и одышкой. Саркоидоз отличается наличием неинфекционных, неказеозных гранулем, в основном состоящих из макрофагов, которые трансформируются в эпителиоидные клетки, которые затем сливаются, образуя многоядерные гигантские клетки. Пневмокониоз возникает в результате вдыхания и накопления частиц пыли в легких, что приводит к реакциям тканей. Это патологическое состояние охватывает разнообразный спектр состояний с точки зрения их причин, распространенности и клинических симптомов. Силикоз, пневмокониоз угольщиков и асбестоз являются наиболее распространенными типами пневмокониоза. Пневмокониоз диагностируется на основе профессионального анамнеза воздействия неорганической пыли и патологических и рентгенологических данных. Патологические данные при пневмокониозе различаются в зависимости от вызывающей его пыли, при этом наиболее распространенным проявлением является фибровоспаление.

Ревматоидный артрит (РА) может быть связан с поражением легких посредством различных механизмов. Плевральное поражение, ревматоидные узелки и диффузное интерстициальное поражение являются распространенными проявлениями РА. Кроме того, у пациентов с РА наблюдаются легочная гипертензия и заболевания дыхательных путей, такие как облитерирующий бронхолит и фолликулярный бронхолит. Ревматоидные узелки могут быть связаны с кавитацией и называются некробиотическими легочными узелками. Ревматоидные легочные узелки встречаются редко и связаны с хорошим прогнозом. Сообщается, что примерно 70% пациентов с РА в регистре последовательного исследования РА Бригама являются серопозитивными, что определяется наличием либо ревматоидного фактора (РФ), либо антител к антицитруллинированному белку (АСРА). Вероятность возникновения подкожных узелков и серопозитивности высока у пациентов с РА, у которых обнаруживаются легочные узелки. Возраст этих пациентов, как правило, ниже, чем у пациентов с раком в анамнезе. Кроме того, частота ревматоидных легочных узелков высока у мужчин и курильщиков. Характерные гистопатологические особенности ревматоидных легочных узелков включают центральную область фибриноидного некроза, окруженную упорядоченными эпителиоидными клетками, которые окутаны границей, состоящей из лимфоцитов, плазматических клеток и фибробластов.

**Вывод:** Широкий спектр инфекционных, иммуновоспалительных и опухолевых заболеваний может сопровождаться множественными легочными узлами и имитировать метастатические заболевания. У пациентов с первичными злокачественными новообразованиями различие между неметастатическими и метастатическими легочными узлами требует оценки клинических и лабораторных данных, характеристик узелков (таких как размер, локализация, границы, состав и скорость роста), а также дополнительных легочных и экстраторакальных данных для ранней диагностики и эффективного лечения.

### **Список литературы:**

1. Abehsera M, Valeyre D, Grenier P, Jaillet H, Battesti JP, Brauner MW (2000) Sarcoidosis with pulmonary fibrosis: CT patterns and correlation with pulmonary function. *AJR Am J Roentgenol* 174:1751-1757
2. Malaisamy S, Dalal B, Bimenyuy C, Soubani AO (2009) The clinical and radiologic features of nodular pulmonary sarcoidosis. *Lung* 187:9-15
3. Bailey GL, Wells AU, Desai SR (2024) Imaging of pulmonary sarcoidosis—a review. *J Clin Med* 13:822