

выявлена стойкая гиперкоагуляция (в том числе Д-димер >1000 нг/мл ($n < 500$)). Назначены антикоагулянты: гепарин с переходом на варфарин под контролем МНО (целевое 2–3). 01.03.22 в удовлетворительном состоянии выписана из стационара. По организационным причинам контроль МНО впервые выполнен 26.03.22: МНО >8 , без последующей врачебной консультации. Прием варфарина продолжен. 28.03.22 в НМИЦ ДТиО им. Г.И. Турнера амбулаторно выполнено удаление спиц с наложением циркулярного гипса (вероятно, травматолог не был информирован о показателях гемостаза). В течение последующих суток развитие некупируемого кровотечения из мест стояния спиц, обширная гематома в области послеоперационной раны, гемартроз. В тяжелом состоянии 04.04.22 девочка госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии ДГКБ им. З.А. Башляевой, введена свежзамороженная плазма, отменен варфарин. 08.04.22 под наркозом выполнена аспирация содержимого гематомы из левого коленного сустава. 11.04.22 г. девочка выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Наше клиническое наблюдение иллюстрирует сложности дифференциации воспалительной природы артрита у ребенка с синдромом Дауна. Решению проблемы помогло выполнение МРТ в режиме whole body. Сложность выбора терапии была обусловлена множеством коморбидных состояний и нервно-психическими особенностями ребенка с синдромом Дауна. Развитие жизнеугрожающего состояния в послеоперационном периоде, осложнившегося присоединением инфекции COVID-19, можно объяснить дискоординацией действий смежных специалистов и несоблюдением рекомендаций по контролю МНО родителями. Назначение варфарина было обосновано наличием коагуляционных нарушений на фоне COVID-19 и врожденного порока сердца, но не было учтено наличие временного эпифизиоза (установленные спицы). Решение вопроса о выполнении плановых оперативных вмешательств в период пика пандемии требует строго взвешенного подхода с учетом прогностически неблагоприятных факторов у пациентов с сопутствующими заболеваниями и высокими рисками заражения COVID-19 в лечебно-профилактическом учреждении.

РЕДКОЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ

В.П. Раужева, С.П. Ескин

*Кафедра госпитальной терапии им. академика
П.Е. Лукомского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва
e-mail: rauzhevav@mail.ru*

Цель работы – описать клинический случай пациентки с болезнью Стилла и определить, возможна ли ранняя диагностика и нужно ли учитывать данную

патологию в диагностическом поиске у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Пациентка Н., 27 лет, поступила 11.10.13 в ревматологическое отделение ГКБ № 15 с жалобами на боли в коленных и левом плечевом суставах, общую слабость, повышение температуры тела до фебрильных цифр в одно и то же время суток (в 19 ч), появление пятнисто-папулезной сыпи розового цвета на высоте лихорадки, уменьшающейся по интенсивности при снижении температуры. Ранее считала себя относительно здоровой. В сентябре 2013 г. обратилась к дерматологу по поводу высыпаний на коже. Принимала антигистаминные препараты без эффекта. В дальнейшем присоединились боли в суставах, боли и чувство жжения в горле, повышение температуры тела до фебрильных значений. Была госпитализирована в КИБ № 3 с диагнозом «ОРВИ, реактивный полиартрит», где находилась с 06.10.13 по 11.10.13, когда впервые присоединился кожный зуд. На фоне терапии глюкокортикоидами (преднизолон 150 мг/сут в течение 4 дней, затем 60 мг/сут – 2 дня) сыпь регрессировала, температура тела снизилась до субфебрильных значений, боли в суставах уменьшились. Дважды осмотрена ЛОР-врачом: патологии не выявлено. Известно, что за 2–3 нед до дебюта заболевания перенесла обострение вирусной инфекции простого герпеса. Была переведена в ревматологическое отделение ГКБ № 15 с подозрением на системность процесса.

Результаты. При поступлении в отделение состояние пациентки средней тяжести. На коже шеи, плеч, бедер, ладонных поверхностей кистей определялась пятнисто-папулезная сыпь. Слизистые оболочки бледные. Увеличение лимфатических узлов шейной группы. Боли при максимальном сгибании в коленных суставах. Деформация правого коленного сустава за счет артрита. Боли с ограничением объема активных движений до 90° в левом плечевом суставе. Печень выступала из-под края реберной дуги на 2 см. Пальпировалась незначительно увеличенная селезенка. В общем анализе крови: анемия легкой степени тяжести (Hb 115 г/л), лейкоцитоз $17,3 \times 10^9$ /л, тромбоцитоз 617×10^9 /л, в биохимическом анализе крови: увеличение СРБ до 52,9 мг/л. Лабораторные симптомы системных ревматических заболеваний (АНФ на Нер-2 клетках; антитела к кардиолипину класса IgG, IgM; АЦЦП; HLA-B27; иммуноблоттинг на антиядерные антитела) выявлены не были. На основании описанных выше клинических и лабораторных симптомов был поставлен диагноз: болезнь Стилла. На фоне проведенной терапии метипредом, пульс-терапии метилпреднизолоном, метотрексатом был получен хороший эффект: положительная динамика в виде регресса артритов, высыпаний и кожного зуда, нормализации температуры тела и лабораторных показателей.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует пример трудностей диагностики

болезни Стилла во взрослом возрасте. Данное заболевание с неясной этиологией, однако некоторые авторы считают перенесенную герпесвирусную инфекцию одной из причин манифестации болезни Стилла, как и в описанном нами случае, что может являться основанием для включения данной патологии в диагностический поиск. Критерии диагностики болезни Стилла у взрослых также нуждаются в доработке, так как наравне с описанными классическими симптомами с постоянной периодичностью выявляются и другие, неклассические симптомы заболевания. Кроме того, в литературе встречаются и более поздние случаи дебюта болезни Стилла. Поэтому следует отметить, что болезнь Стилла у взрослых трудно распознать на ранних стадиях заболевания и необходимо проводить соответствующее обследование у больных со схожими симптомами ревматологической патологии с целью своевременной диагностики. Пациенты с подобными жалобами и симптоматикой часто обращаются за медицинской помощью к врачам-дерматовенерологам или попадают в инфекционные стационары с диагнозом ОРВИ, поэтому врачам данных специальностей при проведении диагностики также необходимо иметь в виду вероятность наличия у пациента болезни Стилла.

ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ МИОЗИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ВВЕДЕНИЕМ МАСЛЯНЫХ РАСТВОРОВ АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ

С.С. Рамазанова¹, Э.А. Скрипниченко^{1, 2}

¹Кафедра госпитальной терапии им. академика
Г.И. Сторожакова лечебного факультета

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
Москва;

²ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ», Москва
e-mail: elkaskrip@gmail.com

Цель работы — описать клинический случай гранулематозного миозита, ассоциированного с многократным внутримышечным введением масляных растворов тестостерона.

Материалы и методы. Пациент И., 38 лет, поступил в сентябре 2021 г. с жалобами на фебрилитет, слабость, проливной пот, снижение массы тела за счет уменьшения объема мышц, боли в мышцах бедер, ягодиц, плечевого пояса с ощущением их уплотнения. Постоянный субфебрилитет беспокоил с середины июля 2021 г., на этом фоне при отсутствии других жалоб пациент был вакцинирован от COVID-19 первым компонентом вакцины «Спутник V». Через 5 дней поднялась температура до 38 °С, появился кашель, была диагностирована интерстициальная пневмония, КТ1. Терапия фавипиравиром, азитромицином не привела к снижению лихорадки, которую купировали приемом метилпреднизолона в дозе 8 мг. Повторная КТ спустя 1 нед не выявила признаков вирусной пневмонии. Однако при отмене препарата температура тела вновь повысилась

до 40 °С. Назначен левофлоксацин, без эффекта. Некупируемая лихорадка послужила поводом госпитализации в инфекционный стационар, в ходе которой были отвергнуты инфекционные причины заболевания. После выписки пациент выполнил МРТ бедра, в результате которой была обнаружена картина миозита. К врачам не обращался. Последующий рецидив лихорадки до 40° С сопровождался гипотензией, в связи с чем пациент был госпитализирован в ГКБ им. В.М. Буянова с диагнозом «лихорадка неясного генеза». При опросе пациента было установлено, что он профессионально занимается бодибилдингом, в связи с чем в 2015–2016 гг. самостоятельно выполнял инъекции стероидных гормонов в передние поверхности бедер, ягодичные и дельтовидные мышцы. В 2018 г. впервые отметил мышечные боли и субфебрилитет после физических упражнений, которым не придавал значения.

Результаты. При осмотре: повышение температуры тела до 37,6 °С. Пациент атлетического телосложения. Мышечная сила сохранена. При пальпации в средней трети обоих бедер, а также левой ягодице обнаружены безболезненные уплотнения. Пациент был обследован в рамках синдромного диагноза: лихорадка неясного генеза. По данным лабораторного обследования были выявлены гранулоцитоз $9,1 \times 10^9$ /л, лимфопения $0,7 \times 10^9$ /л, СОЭ 49 мм/ч, С-реактивный белок 150 мг/л, АЛТ 56 Ед/л, ГГТП 228 Ед/л, что могло свидетельствовать о воспалительном процессе и вероятном лекарственном поражении печени. При этом КФК, АСТ, ЛДГ были в пределах нормы. При тщательном обследовании по выяснению причины лихорадки неясного генеза патологии не выявлено. С учетом данных физикального обследования и признаков миозита по данным МРТ синдром миопатии был одним из ведущих в дифференциально-диагностическом ряду. У пациента отсутствовала мышечная слабость, что могло быть следствием хорошо развитой мускулатуры. По данным электронейромиографии у пациента не было выявлено признаков первично-мышечного поражения. С целью верификации диагноза выполнена биопсия кожно-мышечного лоскута бедра: чередование атрофии и гипертрофии миоцитов, наличие полей склероза, фокусов рабдомиолиза отдельных миоцитов; периваскулярно и между мышечными волокнами имеются очаги воспаления, представленные лимфоцитами, макрофагами, гистиоцитами, и воспалительные гранулемы с гигантскими многоядерными клетками. Таким образом, был установлен диагноз: гранулематозный миозит, ассоциированный с внутримышечным введением масляного раствора тестостерона; хронический лекарственный гепатит низкой степени активности по уровню трансаминаз. Назначен метилпреднизолон в дозе 8 мг/сут, что привело к нормализации температуры тела и лабораторных показателей. При повторной МРТ мышц бедра спустя 4,5 мес от исходного: отек сохраняется,