

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. Рамазанова<sup>1</sup>, Э.А. Скрипниченко<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной терапии им. академика  
Г.И. Сторожакова лечебного факультета

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

<sup>2</sup>ГБУЗ «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,

начальные явления жировой перестройки мышц бедер. При снижении дозы глюкокортикостероидов у пациента наблюдался рецидив лихорадки, поэтому полностью отменить препарат к настоящему времени не удастся, ремиссия поддерживается приемом 2 мг метилпреднизолона.

**Заключение.** Гранулематозный миозит — редкое заболевание, которое может быть как идиопатическим, так и развиваться вследствие ряда причин, таких как саркоидоз, инфекции, лимфомы и др. Характерным для данного заболевания является неказеозное гранулема-

тозное воспаление с развитием чаще двусторонней симметричной мышечной слабости, обычно нормальным уровнем КФК. По нашему мнению, в представленном случае причиной развития гранулематозного миозита является введение масляного раствора. Данный случай демонстрирует важность подробного сбора анамнеза жизни, в том числе не предшествовавшего непосредственно заболеванию, а также необходимость проведения и грамотной интерпретации гистологического исследования мышцы в случае подозрения на миозит.