

Редкий случай поражения легких у пациентки с болезнью Стилла взрослых

О.В.Теплякова^{1,2}, И.В.Лещенко¹⁻³ ✉, Ю.Е.Батрудинова², Е.З.Эйдлина², О.Г.Цветкова²,
А.В.Кривоногов², С.М.Чапурина²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 620028, Россия, Екатеринбург, ул. Репина, 3

² Общество с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”»: 620109, Россия, Екатеринбург, ул. Заводская, 29

³ Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии – филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 620039, Россия, Екатеринбург, ул. 22-го Партсъезда, 5

Резюме

Болезнь Стилла взрослых (БСВ) – редкое полигенное системное аутовоспалительное заболевание неизвестной этиологии в сочетании с нейтрофильным лейкоцитозом в отсутствие ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллин-содержащему пептиду в сыворотке крови. Поражение легких при БСВ является редким, но серьезным осложнением. В качестве паттернов поражения легких при БСВ описаны бронхолит, бронхит, неспецифическая интерстициальная пневмония и организуемая интерстициальная пневмония (ОИП). Легочные проявления БСВ остаются недостаточно изученными. **Целью** работы являлась демонстрация клинического наблюдения БСВ, основным проявлением которой явилось развитие криптогенной ОИП с дыхательной недостаточностью. В статье подробно представлены этапы диагностического поиска. Особенностью клинического наблюдения явилось отсутствие наиболее распространенных для БСВ симптомов (боли в горле, артритов / артралгий). **Заключение.** По результатам клинического наблюдения подчеркивается важность осведомленности клиницистов о возможных легочных осложнениях при БСВ.

Ключевые слова: болезнь Стилла взрослых, организуемая пневмония, дыхательная недостаточность.

Конфликт интересов. Конфликт интересов авторами не заявлен.

Финансирование. Спонсорская поддержка исследования отсутствовала.

Этическая экспертиза. Исследование одобрено на заседании Локального этического комитета Общества с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”» (Екатеринбург). У пациентки получено письменное информированное согласие на публикацию.

© Теплякова О.В. и соавт., 2025

Для цитирования: Теплякова О.В., Лещенко И.В., Батрудинова Ю.Е., Эйдлина Е.З., Цветкова О.Г., Кривоногов А.В., Чапурина С.М. Редкий случай поражения легких у пациентки с болезнью Стилла взрослых. *Пульмонология*. 2025; 35 (5): 732–738. DOI: 10.18093/0869-0189-2025-35-5-732-738

Rare case of lung involvement in a patient with adult Still's disease

Olga V. Teplyakova^{1,2}, Igor V. Leshchenko¹⁻³ ✉, Yulia E. Batrudinova², Elena Z. Eidlina²,
Olga G. Tsvetkova², Alexey V. Krivonogov², Svetlana M. Chapurina²

¹ Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “Ural State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation: ul. Repina 3, Ekaterinburg, 620028, Russia

² Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association: ul. Zavodskaya 29, Ekaterinburg, 620109, Russia

³ Ural Federal Research Institute of Phthysiology and Pulmonology – a Branch of National Medical Research Center for Phthysiology, Pulmonology and Infectious Diseases, Healthcare Ministry of Russia: ul. 22-go Parts'ezda 50, Ekaterinburg, 620039, Russia

Abstract

Adult-onset Still's disease (AOSD) is a rare polygenic systemic autoinflammatory disease of unknown etiology, characterized by neutrophilic leukocytosis and the absence of rheumatoid factor and antibodies to cyclic citrulline-containing peptide in the blood serum. Lung damage in AOSD is a rare but serious complication. Bronchiolitis, bronchitis, nonspecific interstitial pneumonia, and organizing interstitial pneumonia have been described as patterns of lung damage in AOSD. Pulmonary manifestations of AOSD remain poorly understood. **The aim** of the article was to demonstrate a clinical case of AOSD, the main manifestation of which was the development of cryptogenic organizing pneumonia with respiratory failure. The article presents in detail the stages of the diagnostic search. An interesting feature of this clinical case was the absence of the most common symptoms of AOSD (sore throat, arthritis/arthralgia). **Conclusion.** This clinical case emphasizes the importance of clinicians' awareness of possible pulmonary complications in AOSD.

Key words: adult-onset Still's disease, organizing pneumonia, respiratory failure.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. There was no sponsor funding for the study.

Ethical review. The study was approved at a meeting of the Local Independent Ethics Committee of the Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association, Yekaterinburg. Written informed consent for publication was obtained from the patient.

© Teplyakova O.V. et al., 2025

For citation: Teplyakova O.V., Leshchenko I.V., Batrudinova Yu.E., Eidlina E.Z., Tsvetkova O.G., Krivonogov A.V., Chapurina S.M. Rare case of lung involvement in a patient with adult Still's disease. *Pul'monologiya*. 2025; 35 (5): 732–738 (in Russian). DOI: 10.18093/0869-0189-2025-35-5-732-738

Болезнь Стилла взрослых (БСВ) — редкое системное аутовоспалительное заболевание неизвестной этиологии, которое характеризуется широким спектром клинических проявлений и неспецифичными лабораторными изменениями. Наиболее часто в клинической картине заболевания наблюдаются перемежающаяся лихорадка, сыпь, артрит, боль в горле, лимфаденопатия, спленомегалия и серозит.

Проблема висцерального поражения при БСВ посвящено мало работ. При этом, наряду с синдромом активации макрофагов, грозным жизнеугрожающим и наиболее частым осложнением БСВ — одной из причин смертности — является поражение легких.

Исторически исследования изменений легких проводились первоначально в педиатрической практике на модели ювенильного идиопатического артрита с системным началом. В дальнейшем полученные сведения использовались для изучения БСВ [1–5]. Несмотря на то, что согласно недавно опубликованным данным, при ювенильном идиопатическом артрите с системным началом предполагается высокая летальность от поражения легких [6, 7], состояние органов дыхания при БСВ описано лишь немногими исследователями, преимущественно в виде отдельных клинических случаев [8, 9].

Самое большое ретроспективное исследование с участием пациентов с БСВ ($n = 147$) проведено *P. Ruscitti et al.* [8]. На момент установления диагноза БСВ у 18 (12,25 %) пациентов выявлено то или иное поражение легких. Подчеркивается, что респираторные признаки и симптомы были в основном слабовыраженными и включали преимущественно небольшое тахипноэ, умеренную одышку и хронический кашель. В свою очередь, по данным компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки (ОГК) наиболее распространенной находкой была периферическая консолидация — у 8 (44,4 %) пациентов, реже — периферическая консолидация — у 4 (22,2 %), изменения по типу «матового стекла» — у 3 (16,7 %), «бульбозной мостовой» — у 3 (16,7 %), преимущественно утолщение междольковых перегородок — у 2 (11,1 %). Пациенты с вовлечением легких при БСВ характеризовались более старшим возрастом, более высокой распространенностью миалгий, поражением лимфатических узлов (ЛУ), плевритом и болью в животе, кроме того, у них выявлены более высокие значения ферритина. В случае летального исхода основной причиной смерти был неконтролируемый синдром активации макрофагов. У пациентов с БСВ и поражением легких также описана возможность развития острого респираторного дистресс-синдрома, частота которого может достигать 40 % [9]. В целом следует

признать, что поражение легких при БСВ является малоизученной проблемой, поэтому клинические наблюдения должны быть представлены широкому кругу ревматологов и пульмонологов.

Целью работы являлась демонстрация клинического наблюдения БСВ, основным проявлением которой явилось развитие организуемой интерстициальной пневмонии (ОИП).

Клиническое наблюдение

Пациентка М. 61 года поступила 24.06.24 в неотложном порядке в пульмонологическое отделение с жалобами на малопродуктивный интенсивный кашель в течение дня, одышку при обычной физической нагрузке, повышение температуры тела до фебрильных цифр.

Заболела остро в середине июня 2024 г., когда без видимых причин отметила подъем температуры тела до 39 °С, появление сухого кашля, одышки при минимальной физической нагрузке. Около 10 дней лечилась самостоятельно: принимала парацетамол — без значимого эффекта. В дальнейшем обратилась к участковому терапевту. По данным рентгенографии (РГ) ОГК были обнаружены двусторонние инфильтративные изменения в легких, что и послужило поводом для неотложной госпитализации.

При первичном осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела — 37,0 °С. Кожа чистая, отеков нет. Дыхание везикулярное. При аускультации выслушивались мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах грудной клетки с обеих сторон. Частота дыхательных движений (ЧДД) — 17 в минуту, периферическая кислородная сатурация (SpO_2) — 94 % при дыхании комнатным воздухом в покое. По остальным органам и системам — без патологических отклонений. Лабораторных данных за новую коронавирусную инфекцию не получено.

Результаты лабораторных исследований представлены в таблице.

Изменений в общеклиническом анализе мочи за все время наблюдения не выявлено.

При госпитализации (24.06.24) выполнена РГ ОГК: воздушность легочных полей снижена в $S_{4,5,9,10}$ обоих легких за счет консолидации, легочный рисунок локально усилен. Корни структурные, не расширены. Синусы свободные. Тень сердца и аорты в пределах нормы. Предварительный диагноз: двусторонняя полисегментарная пневмония нетяжелая. Хроническая нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести. Синдром цитолиза.

Назначено лечение: амоксициллин / клавулановая кислота, дополнительно внутрь — урсодезоксихолиевая кислота и гептрал, при повышении температуры > 38 °С — парацетамол 500 мг внутрь.

Через 2 суток больная отметила появление сыпи по типу крапивницы на коже туловища. Высыпания сопровождались кожным зудом. К терапии добавлен антигистаминный препарат, на период действия которого зуд регрессировал,

Таблица
Динамика лабораторных показателей
Table
Laboratory parameters over time

Показатель	Дата (2024)						
	25.06	27.06	28.06	01.07	05.07	01.08	16.09
Лейкоциты, абс. × 10 ⁹	11,65	13,89	14,66	13,98	12,45	7,93	7,35
Нейтрофилы, %	75,2	77,4	76,2	74,5	68	43,6	53,2
Гемоглобин, г / л	106,6	107	109	108	108	130,6	137
Тромбоциты, абс. × 10 ⁹	590	557	601	646	758	249	281
Скорость оседания эритроцитов, мм / ч (по Панченкову)	64	55	60	59	58	14	14
Незрелые формы гранулоцитов, %	2	0,9	0,6	0,9	1	0	0,1
Аланинаминотрансфераза, ед.	133,4	191,2		200,1	112,1	83,2	53,8
Аспаратаминотрансфераза, ед.		155,6		142,5	50,7	50,8	36,1
γ-Глутамилтранспептидаза, ед. (норма ≤ 50)		98,8		132,8	88,2		23,4
Щелочная фосфатаза, ед. (норма ≤ 130)		174,9		180,3	118,6		
Билирубин, мкмоль / л	8,3				5,4	7,0	
Креатинин, мкмоль / л	72,1			77,4	82,9	93,3	
С-реактивный белок, мг / мл	198	214	192	181	53,4	3,05	4,2
Ферритин, мкг / л				1 090			

но количество высыпаний постепенно увеличивалось. Аллергических реакций на антибактериальные препараты ранее не отмечалось.

Дальнейший диагностический поиск, прежде всего — исключение возможных аллергенов был обусловлен появлением «новых» симптомов и отсутствием эффективности терапии.

В течение периода наблюдения 25.06.24–27.06.24 показатель SpO₂ составлял 90–92 %. График температурной кривой представлен на рис. 1.

26.06.24. По данным КТ высокого разрешения (КТВР) ОГК, выполненной по стандартной методике, определяются 2-сторонние участки консолидации, больше выраженные в SS₄₋₅ и нижних долях. В верхних долях определяются несколько участков понижения пневматизации по типу «матового стекла». Пройодимость трахеи и магистральных бронхов не нарушена, просвет не сужен. В обеих плевральных полостях определяется до 10–13 мм жидкости. В наддиафрагмальной области по левой стенке определяется округлой формы образование, интимно прилежащее к стенке пище-

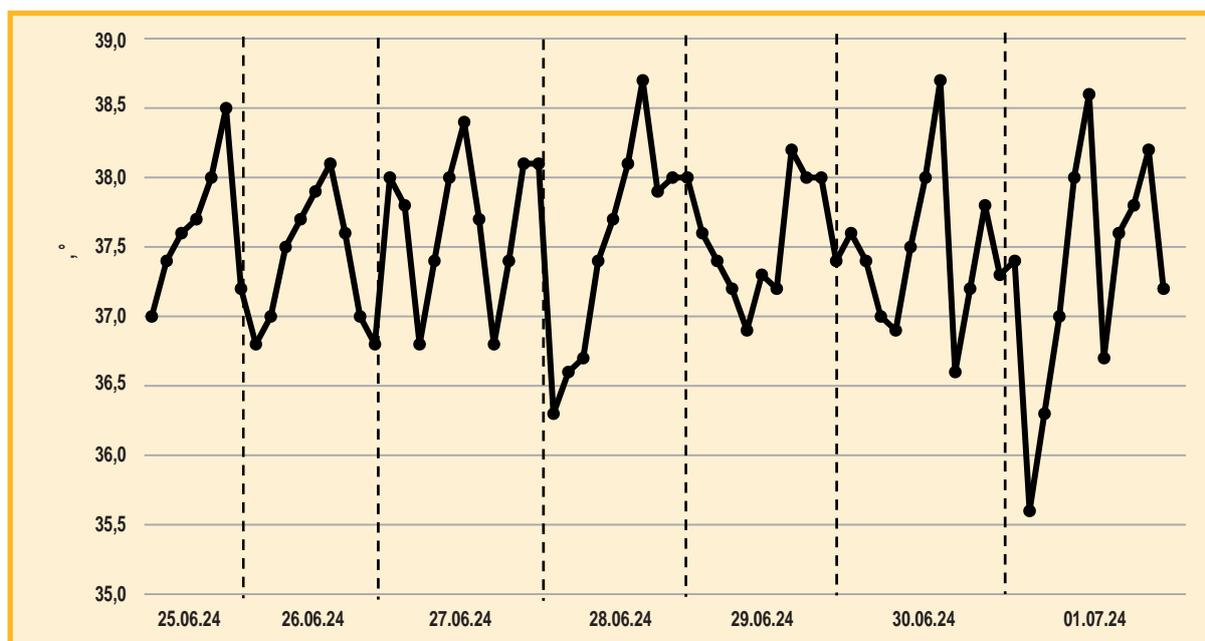


Рис. 1. Температурная кривая на фоне антибактериальной терапии (измерение температуры проводилось с двухчасовыми интервалами в течение 1 нед.)

Примечание: снижение температуры фоне приема парацетомола.

Figure 1. Temperature curve during antibacterial therapy (temperature measurements were carried out at two-hour intervals during the week)

Note. The temperature decreased after paracetamol administration.

вода, размерами $18 \times 14 \times 17$ мм (+16 НУ), ниже у кардии желудка – ЛУ 13,8 мм (рис. 2).

27.06.24 (3-й день стационарного лечения). Результаты дополнительных исследований:

- содержание железа в сыворотке крови – 2,54 мкмоль / л;
- общая железосвязывающая способность – 38,1 мкмоль / л (расценено как анемия на фоне воспалительного заболевания);
- уровень K^+ , Na^{++} , Cl^- – в пределах референтных значений;
- прокальцитонин крови – 0,16 нг / мл.

28.06.24 (4-й день стационарного лечения). Сыпь приобрела иной характер: наблюдалась розовая папулезная мелкоточечная сыпь без склонности к слиянию, немного возвышающаяся над поверхностью кожи, а также единичные розеолозные высыпания (см. рис. 2).

При дополнительном обследовании исключены вирусные гепатиты, инфекция вирусом иммунодефицита человека, туберкулез. Отмечено, что эффект от антибактериальной терапии отсутствует, клиническая картина заболевания, данные КТВР ОГК и лабораторных показателей не соответствуют диагнозу пневмония, антибактериальная терапия отменена.

01.07.24 (7-й день стационарного лечения). Сохраняется фебрильная лихорадка (см. рис. 1), одышка при обычной нагрузке, снижение SpO_2 до 85–89 %, высокая лабораторная активность, повышение печеночных показателей, цитолиза и холестаза, отмечено прогрессирование тромбоцитоза (см. таблицу), признаки коагулопатии: гиперфибриногенемия (7,1 г / л), клинически значимое повышение уровня D-димеров (2,08 мкг / мл). Проведена КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с усилением.

Заключение: гепатомегалия. Киста правой доли печени. Аденопатия брыжеечных и параортальных ЛУ до 10 мм в диаметре. Параэзофагеальный увеличенный ЛУ (в нижней трети, 13×11 мм), чуть ниже, возле малой кривизны желуд-

ка, аналогичный узел – 10×17 мм, структура узлов однородная. Неосложненная грыжа передней стенки живота. При повторной КТВР ОГК с контрастированием существенной динамики поражения легких не показано. Тромбоэмболии легочных артерий не выявлено.

02.07.24. По результатам эхокардиографии полости сердца не расширены. Патологической регургитации нет. Общая и регионарная сократительная способность миокарда обоих желудочков не нарушена.

Дополнительные лабораторные данные: белковые фракции: альбумины – 32,2 %, α_1 -глобулины – 8,65 %, α_2 -глобулины – 16,68 %, β -глобулины – 17,12 %, γ -глобулины – 25,32 %. Консультация гематолога. Заключение: острое воспалительное (в т. ч. возможно аутовоспалительное) заболевание. Косвенных признаков лимфопролиферативного заболевания нет.

Проведен врачебный консилиум в составе пульмонолога, кардиолога, ревматолога, гастроэнтеролога, рентгенолога. Рассмотрены диагностические критерии (M. Yamaguchi) БСВ [10]. На основании наличия сыпи и лейкоцитоза $> 10\,000$ в 1 мкл (главные критерии), а также лимфаденопатии, увеличения уровня аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы (дополнительные критерии) при исключении инфекционного и паранеопластического процессов сделано предположение о наличии БСВ. Последующее определение содержания антинуклеарного фактора и ревматоидного фактора (в пределах нормы) позволило получить необходимое число критериев для установления определенного диагноза БСВ.

Начато лечение системными глюкокортикостероидами (сГКС) – преднизолон 1 мг / кг массы тела (60 мг в сутки), омепразол с целью гастропротекции.

03.07.24. Максимальная температура тела за 1 сутки не превышала $37,2^\circ\text{C}$. SpO_2 – 89–90 % при дыхании ком-

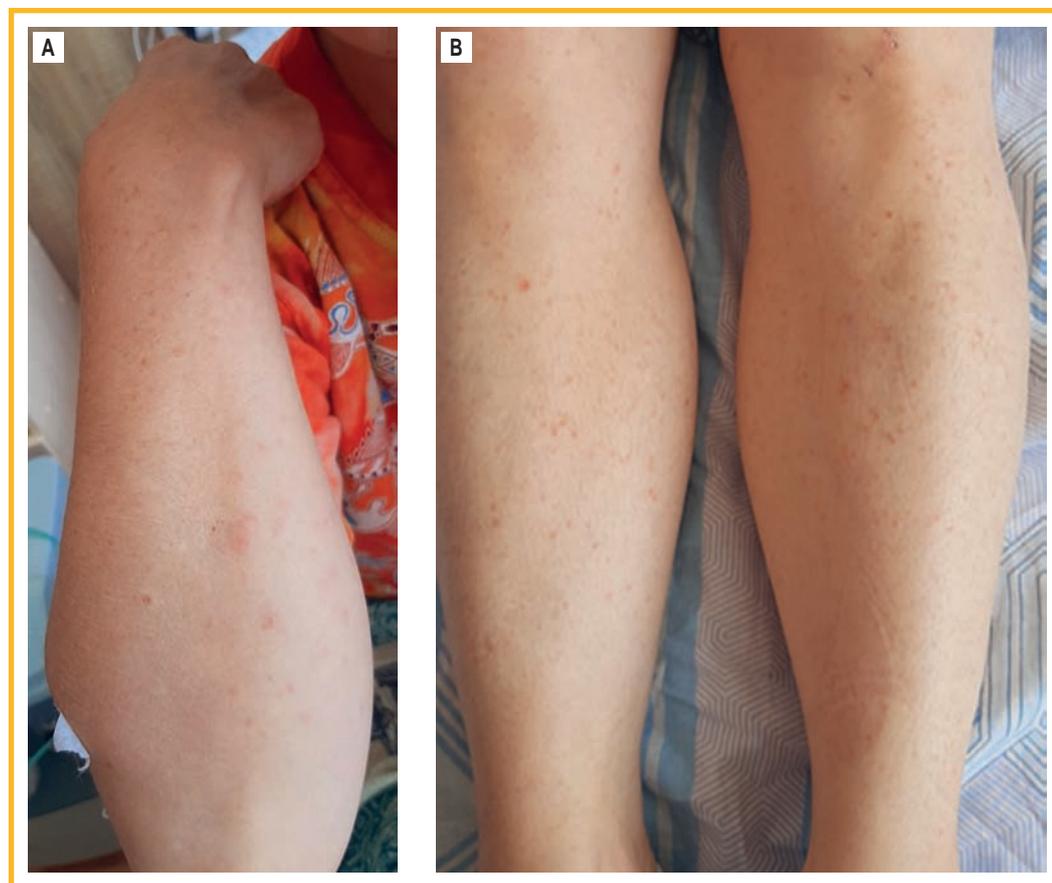


Рис. 2. Розовые макулопапулезные высыпания: А – предплечье; В – голени

Figure 2. Pink maculopapular rash: A – forearm; B – shins

натным воздухом. Кожная сыпь имела разнонаправленный характер: на коже живота регрессировала, на коже спины сохранялась в прежнем объеме, бледная. На коже нижних конечностей элементы сыпи в прежнем объеме, стали более яркими, без новых элементов. Кожный зуд не беспокоил.

05.07.24. ЧДД – 16 в минуту, SpO₂ – 95 %, температура тела нормализовалась, установлена положительная динамика лабораторных показателей – снижение уровня С-реак-

тивного белка, трансаминаз, регресс кожной сыпи, при этом предварительно установленный диагноз БСВ подтвердился.

Поскольку тяжесть состояния была преимущественно обусловлена дыхательной недостаточностью (ДН), связанной с поражением легких по типу ОИП, а также для минимизации риска септических осложнений, пациентка была выписана с рекомендациями дальнейшего приема преднизолона в дозе 0,5 мг / кг массы тела (30 мг в сутки) в течение 6–8 нед., поддержки препаратами кальция 1 200 мг

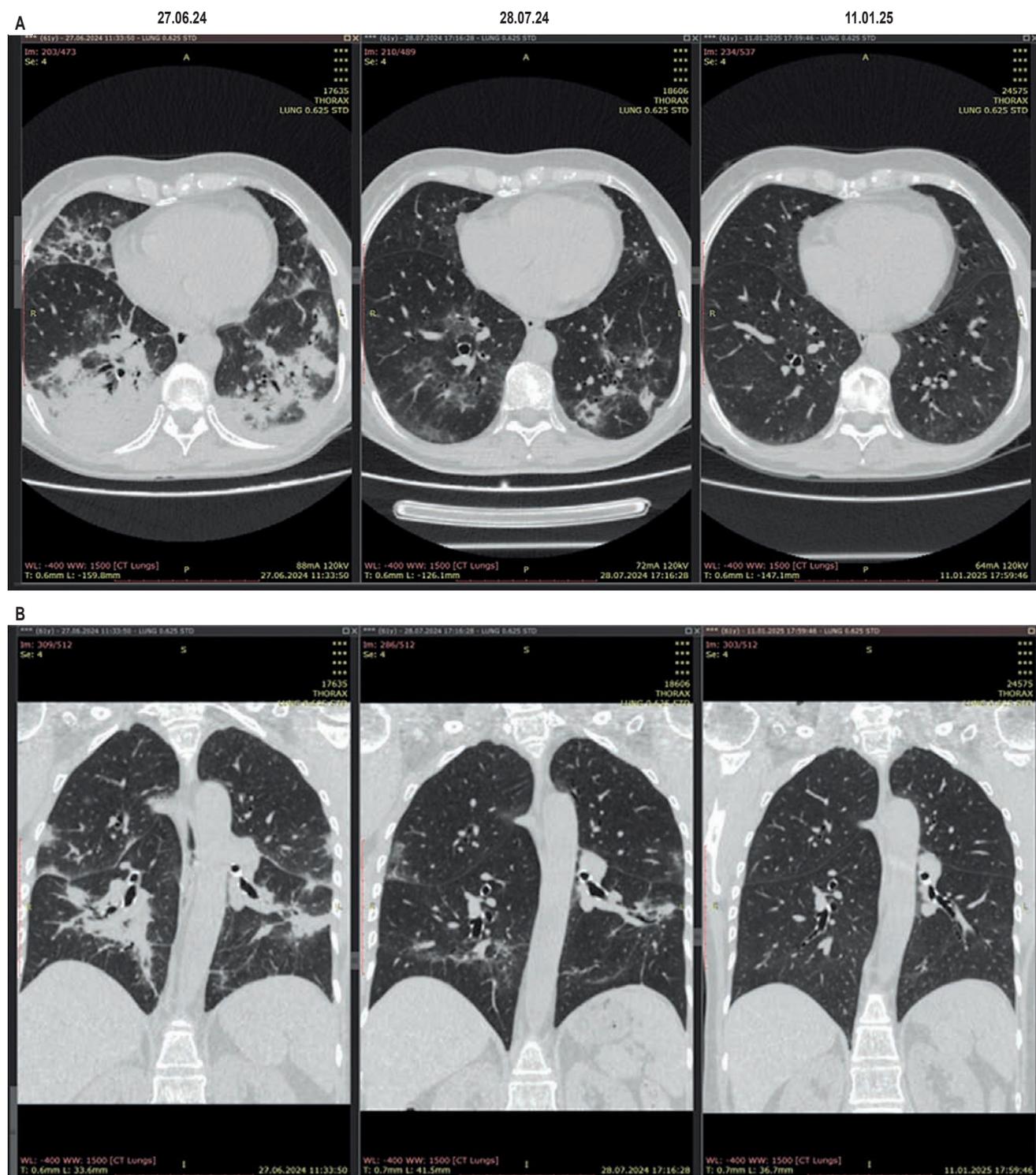


Рис. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки: А – аксиальный срез; В – коронарный срез
Figure 3. Computed tomography of the chest organs: A – axial section; B – coronal section

в сутки, витамина D 2 000 МЕ под наблюдением ревматолога по месту жительства. В середине июля 2024 г. ревматологом инициирована терапия микофеноловой кислотой 1 440 мг в сутки. На амбулаторном этапе пациентка очно осмотрена врачом-гематологом — данных за лимфопролиферативное заболевание нет.

28.07.24. По данным КТВР ОГК — положительная динамика по сравнению с данными от 27.06.24. Уменьшение размеров и интенсивности участков консолидации легочной ткани, регресс аденопатии внутригрудных ЛУ, отсутствие жидкости в плевральных полостях.

При динамической оценке состояния пациентки в августе и сентябре 2024 г. отмечен полный регресс респираторных симптомов, продолжающаяся положительная лабораторная динамика с полной нормализацией лабораторных маркеров активности болезни. В конце августа 2024 г. начато снижение суточной дозы преднизолона с последующей отменой.

26.12.24. Жалоб нет, состояние удовлетворительное, SpO₂ — 98 %; дистанция, пройденная при выполнении 6-минутного шагового теста — 425 м; SpO₂ — 97%. Показатели спирометрии от 26.12.24:

- форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) — 2,70 л (133 %_{долж.});
- объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) — 2,27 (110 %_{долж.});
- ОФВ₁ / ФЖЕЛ — 0,77;
- максимальная объемная скорость выдоха 25–75 % от ФЖЕЛ — 61 %_{долж.}

По данным КТВР ОГК от 11.01.25 — без существенных патологических изменений в легких.

Результаты КТВР ОГК в динамике от 27.06.24, 28.07.24 и 11.01.25 представлены на рис. 3.

Обсуждение

Число публикаций, описывающих БСВ с поражением легких, ограничено [6–9]. По данным разных источников, частота встречаемости поражения легких при БСВ колеблется от 5 до 30 %. *M. Gerfaud-Valentin et al.* [9] выделены 2 паттерна поражения легких при БСВ: с преимущественным поражением дыхательных путей (бронхиолит и бронхит) и с интерстициальным заболеванием легких (неспецифическая интерстициальная пневмония или неклассифицируемая интерстициальная пневмония).

Приведенное клиническое наблюдение БСВ, осложненной ОИП и ДН, — это 2-е описание подобного осложнения по данным литературы [6]. При выявленных по результатам РГ ОГК полисегментарных инфильтративных изменениях инициирована начальная антибактериальная терапия. Лейкоцитоз, высокий уровень печеночных трансаминаз, повышенный показатель ферритина, сыпь на конечностях и спине и лимфаденопатии в условиях исключения инфекционного и паранеопластического процессов позволили предположить БСВ. Концентрация прокальцитонина, антинуклеарного и ревматоидного факторов были в пределах нормы. Паттерн ОИП выявлен позднее по результатам КТВР ОГК. Диагноз БСВ, осложненная ОИП, установлен по совокупности симптомов. При лечении преднизолоном (60 мг в день с последующим переводом на 30 мг в день *per os*) уже

к 3-му дню терапии отмечено отчетливое улучшение течения заболевания.

Таким образом, при лечении сГКС в сочетании с микофеноловой кислотой показан выраженный положительный результат течения БСВ.

Заключение

Особенностью данного клинического наблюдения является редкое поражение легких при БСВ в дебюте заболевания с клинико-лабораторными симптомами внебольничной пневмонии. С одной стороны, заболевание сопровождалось выраженными воспалительными изменениями лабораторных показателей, с другой — синдромом цитолиза, появлением папулезной мелкоочечной сыпи без склонности к слиянию, лимфаденопатией и выраженной 2-сторонней консолидацией с участками снижения пневматизации по типу «матового стекла» по данным КТВР ОГК, что противоречило первоначальному диагнозу внебольничная пневмония. В процессе обследования исключены инфекционный и паранеопластический синдром, а также аутоиммунные заболевания соединительной ткани. При многопрофильном обсуждении данного клинического наблюдения решено остановиться на диагнозе БСВ. В результате терапии сГКС наблюдалось быстрое улучшение клинико-лабораторной, рентгенологической динамики и купирование ДН. Дальнейшая терапия сГКС с последующей отменой и продолжение лечения микофеноловой кислотой привело к медикаментозной ремиссии заболевания.

Литература / Reference

1. Kimura Y., Weiss J.E., Haroldson K.L. et al. Childhood arthritis rheumatology research Alliance Carra Net investigators. Pulmonary hypertension and other potentially fatal pulmonary complications in systemic juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. 2013; 65 (5): 745–752. DOI: 10.1002/acr.21889.
2. Saper V.E., Chen G., Deutsch G.H. et al. Emergent high fatality lung disease in systemic juvenile arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2019; 78 (12): 1722–1731. DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-216040.
3. Schuler G.S., Yasin S., Carey B. et al. Systemic juvenile idiopathic arthritis-associated lung disease: characterization and risk factors. *Arthritis. Rheumatol.* 2019; 71 (11): 1943–1954. DOI: 10.1002/art.41073.
4. Насонов Е.Л., Файст Е. Болезнь Стилла взрослых: новые горизонты. *Научно-практическая ревматология*. 2021; 59 (6): 645–665. DOI: 10.47360/1995-4484-2021-643-663. / Nasonov E.L., Feist E. [Adult Still's disease: New horizons]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2021; 59 (6): 645–665. DOI: 10.47360/1995-4484-2021-643-663 (in Russian).
5. Huang Y., Sompii-Montgomery L., Patti J. et al. Disease course, treatments, and outcomes of children with systemic juvenile idiopathic arthritis-associated lung disease. *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. 2024; 76 (3): 328–339. DOI: 10.1002/acr.25234.
6. Sato H., Yokoe I., Nishio S. et al. A case of adult onset Still's disease complicated with cryptogenic organizing pneumonia. *Intern. Med.* 2011; 50 (3): 247–251. DOI: 10.2169/internalmedicine.50.4180.
7. Ak O., Ozer S., Çağ Y., Karagöz G. An adult onset Still's disease mimicking pneumonia. *Rheumatol. Int.* 2012; 32 (8): 2539–2541. DOI: 10.1007/s00296-010-1445-y.
8. Ruscitti P., Berardicurti O., Iacono D. et al. Parenchymal lung disease in adult onset Still's disease: an emergent marker of disease severity-characterisation and predictive factors from Gruppo Italiano di Ricerca in Reumatologia Clinica e Sperimentale (GIRRCs) cohort of patients. *Arthritis Res. Ther.* 2020; 22 (1): 151. DOI: 10.1186/s13075-020-02245-5.

9. Gerfaud-Valentin M., Cottin V., Jamilloux Y. et al. Parenchymal lung involvement in adult-onset Still disease: a STROBE-compliant case series and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95 (30): e4258. DOI: 10.1097/MD.0000000000004258.
10. Yamaguchi M., Ohta A., Tsunematsu T. et al. Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. *J. Rheumatol.* 1992; 19 (3):

424–430. Available at: [https://www.jrheum.org/sites/default/files/pdf/Guides/Yamaguchi_1992_19_424-30%20\(1\).pdf](https://www.jrheum.org/sites/default/files/pdf/Guides/Yamaguchi_1992_19_424-30%20(1).pdf)

Поступила: 16.01.25

Принята к печати: 27.03.25

Received: January 16, 2025

Accepted for publication: March 27, 2025

Информация об авторах / Authors Information

Теплякова Ольга Вячеславовна — д. м. н., профессор кафедры поликлинической терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; руководитель Центра клинической ревматологии Общества с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”»; тел.: (912) 242-26-58; e-mail: oteplyakova69@gmail.ru (SPIN-код: 3208-8679; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2114-0419>)

Olla V. Teplyakova, Doctor of Medicine, Professor of the Department of Polyclinic Therapy, Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “Ural State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation; Head of the Clinical Rheumatology Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association, tel.: (912) 242-26-58; e-mail: oteplyakova69@gmail.ru (SPIN-code: 3208-8679; ORCID: 0000-0003-2114-0419)

Лешенко Игорь Викторович — д. м. н., профессор; профессор кафедры инфекционных болезней, физиотерапии и пульмонологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; главный научный сотрудник Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии — филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации; научный руководитель клиники Общества с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”»; главный внештатный специалист-пульмонолог Министерства здравоохранения Свердловской области, заслуженный врач Российской Федерации; тел.: (912) 288-28-23; e-mail: leshchenkoiv@yandex.ru (SPIN-code: 1851-8986; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1620-7159>)

Igor V. Leshchenko, Doctor of Medicine, Professor; Professor, Department of Infectious Diseases, Phthisiology and Pulmonology, Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “Ural State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation; Chief Researcher, Ural Federal Research Institute of Phthisiology and Pulmonology — a Branch of National Medical Research Center for Phthisiology, Pulmonology and Infectious Diseases, Healthcare Ministry of Russia; Scientific Director, Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association, Chief Freelance Pulmonologist, Healthcare Ministry of the Sverdlovsk Region, Honored Doctor of the Russian Federation; tel.: (912) 288-28-23; e-mail: leshchenkoiv@yandex.ru (SPIN-code: 1851-8986; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1620-7159>)

Батрудинова Юлия Евгеньевна — врач-пульмонолог Общества с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”»; тел.: (912) 950-547-58-63; e-mail: y.batrudinova@newhospital.ru (ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2777-9606>)

Yulia E. Batrudinova, Pulmonologist, Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association; tel.: (912) 950-547-58-63; e-mail: y.batrudinova@newhospital.ru (ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2777-9606>)

Эйдлина Елена Зиновьевна — врач-рентгенолог Общества с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”»; тел.: (912) 264-14-40; e-mail: ale38779837@yandex.ru (ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5047-8259>)

Elena Z. Eydlina, Radiologist, Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association; tel.: (912) 264-14-40; e-mail: ale38779837@yandex.ru (ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5047-8259>)

Цветкова Ольга Геннадьевна — врач-ревматолог Общества с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”»; тел.: (922) 152-71-89; e-mail: tsvetkova.og.work@gmail.com (ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6301-9886>)

Olga G. Tsvetkova, Rheumatologist, Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association; tel.: (922) 152-71-89; e-mail: tsvetkova.og.work@gmail.com (ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6301-9886>)

Кривоногов Алексей Викторович — врач-пульмонолог Общества с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”»; тел.: (922) 203-18-99; e-mail: angedonia35@mail.ru (ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6972-0260>)

Alexey V. Krivonogov, Pulmonologist, Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association; tel.: (922) 203-18-99; e-mail: angedonia35@mail.ru (ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6972-0260>)

Чапурина Светлана Михайловна — заместитель генерального директора по клинико-экспертной работе Общества с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение “Новая больница”»; тел.: (912) 264-43-85; e-mail: s.chapurina@newhospital.ru (ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5824-9959>)

Svetlana M. Chapurina, Deputy Director General for Clinical Expertise Work, Limited Liability Company “Novaya bol'nitsa” Clinical Association; tel.: (912) 264-43-85; e-mail: s.chapurina@newhospital.ru (ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5824-9959>)

Участие авторов

Теплякова О.В. — концепция дизайна и написание текста рукописи, обсуждение содержания статьи (30 %)

Лешенко И.В. — научное руководство, обсуждение и редактирование текста, утверждение окончательного варианта статьи (30 %)

Батрудинова Ю.Е. — сбор и обработка материала, анализ и интерпретация полученных данных (10 %)

Эйдлина Е.З. — сбор и обработка материала, анализ и интерпретация полученных данных (10 %)

Цветкова О.Г. — сбор и обработка материала, анализ и интерпретация полученных данных (10 %)

Кривоногов А.В. — анализ и интерпретация полученных данных (5 %)

Чапурина С.М. — анализ и интерпретация полученных данных (5 %)

Все авторы внесли существенный вклад в проведение аналитической работы и подготовку рукописи, прочли и одобрили финальную версию до публикации и несут ответственность за целостность всех частей статьи.

Authors Contribution

Teplyakova O.V. — concept design and writing of the text of the manual, discussion of the content of the article (30%)

Leshchenko I.V. — scientific guidance, discussion and editing of the text, approval of the final version of the article (30%)

Batrudinova Yu.E. — collection and processing of the material, analysis and interpretation of the collected data (10%)

Eydlina E.Z. — collection and processing of the material, analysis and interpretation of the collected data (10%)

Tsvetkova O.G. — collection and processing of the material, analysis and interpretation of the collected data

Krivonogov A.V. — analysis and interpretation of the collected data (5%)

Chapurina S.V. — analysis and interpretation of the collected data (5%)

All authors made significant contributions to the analytical work and preparation of the manuscript, read and approved the final version prior to publication, and are responsible for the integrity of all parts of the article.