



Клиническое наблюдение амбулаторного пациента мужского пола молодого возраста с нетипичным течением подострого тиреоидита

Карпенко Д.Г., Врублевский А.Н., Махова У.В.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

В статье представлен клинический случай выявления подострого тиреоидита (ПТ) в ходе амбулаторного осмотра пациента мужского пола 34 лет с подозрением на острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ). Пациент обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела, слабости, снижения аппетита, потливости. При проведении физикального обследования врачом была выявлена болезненность при пальпации в области щитовидного хряща, что послужило причиной дополнительного обследования на предмет выявления заболевания щитовидной железы (ЩЖ). По результатам лабораторных исследований уровень тироксина свободного составил 52 пмоль/л, С-реактивного белка – 71,53 мг/л. Ультразвуковое исследование ЩЖ позволило обнаружить признаки диффузных изменений ЩЖ по типу тиреоидита, узел левой доли (Tirads-3). При дальнейшем обследовании у врача-эндокринолога был установлен диагноз ПТ. Данное наблюдение иллюстрирует важность проведения врачом первичного звена подробного сбора анамнеза у пациентов с субфебрилитетом, которые склонны избирательно высказывать жалобы в рамках своего видения картины заболевания, интерпретируя повышение температуры как признак инфекционного заболевания, а также подчеркивает значимость объективного физикального обследования по всем органам и системам, включая пальпацию ЩЖ, и назначения дополнительных методов исследования (оценка маркеров воспаления) с учетом возможных неинфекционных причин указанных симптомов.

Ключевые слова: тиреоидит, амбулаторное звено здравоохранения, подострый тиреоидит, Де Кервена, щитовидная железа.

Для цитирования: Карпенко Д.Г., Врублевский А.Н., Махова У.В. Клиническое наблюдение амбулаторного пациента мужского пола молодого возраста с нетипичным течением подострого тиреоидита. FOCUS Эндокринология. 2025; 6(2): 76–80. doi: 10.62751/2713-0177-2025-6-2-10



Clinical observation of a young male outpatient with an atypical course of subacute thyroiditis

Karpenko D.G., Vrublevskiy A.N., Makhova U.V.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

The article presents a clinical case of detection of subacute thyroiditis (PT) during an outpatient examination of a 34-year-old male patient with suspected acute respiratory viral infection. The patient went to the doctor complaining of a respiratory infection: fever, weakness, decreased appetite, sweating. During a physical examination, the doctor revealed pain on palpation in the area of the thyroid cartilage, which led to an additional examination of the patient for thyroid disease. According to the results of laboratory data, the level of free hormone T4 was 52 pmol/l, C-reactive protein was 71.53 mg/l. According to ultrasound examination of the thyroid gland, signs of diffuse thyroid changes by type of thyroiditis were revealed. The node of the left lobe (Tirads-3). Upon further examination, an endocrinologist diagnosed subacute thyroiditis. This observation illustrates the importance of a detailed medical history collection by a primary care physician in patients with subfebrility, who tend to selectively express complaints as part of their vision of the disease, interpreting fever as a sign of an infectious disease, and also emphasizes the importance of objective physical examination of all organs and systems, including thyroid palpation, and the appointment of additional research methods (assessment markers of inflammation), taking into account possible non-infectious causes of these symptoms.

Key words: thyroiditis, an outpatient health care unit, subacute thyroiditis, De Quervain, thyroid gland.

For citation: Karpenko D.G., Vrublevskiy A.N., Makhova U.V. Clinical observation of a young male outpatient with an atypical course of subacute thyroiditis. FOCUS Endocrinology. 2025; 6(2): 76–80. doi: 10.62751/2713-0177-2025-6-2-10

Введение

Подострый тиреоидит (ПТ; синонимы: гранулематозный тиреоидит, тиреоидит Де Кервена, вирусный тиреоидит, гигантоклеточный тиреоидит) — воспалительное заболевание щитовидной железы (ЩЖ),

предположительно вирусной этиологии, при котором деструктивный тиреотоксикоз сочетается с болевым синдромом в области шеи и симптоматикой острого инфекционного заболевания [1–4]. Наиболее часто ему предшествует инфекция верхних дыхательных

путей [5, 6]. ПТ имеет склонность к рецидивированию и длится от одной недели до нескольких месяцев [2, 7, 8].

ПТ является относительно редким заболеванием: по данным различных исследований, его распространенность в общей популяции варьируется от 1 до 15% с частотой выявления 4,9 случая на 100 000 населения в год. ПТ чаще регистрируется у женщин [2, 9]. Эта патология может наблюдаться во всех возрастных категориях, но обычно выявляется у лиц среднего возраста [10, 11]. В России данные о частоте встречаемости ПТ могут различаться в зависимости от региона.

Доля ПТ в структуре заболеваний ЩЖ составляет 1–5%. Отмечается увеличение частоты заболеваемости в осенне-зимний период во время эпидемий вирусных заболеваний [2, 6, 9]. Лечение ПТ в подавляющем большинстве случаев консервативное [1].

Клинически ПТ может протекать как типичное воспалительное заболевание. В начальном периоде его развития пациенты могут иметь следующие симптомы: недомогание, повышение температуры тела до субфебрильных значений, боль в горле, повышенную утомляемость. В разгар заболевания ПТ проявляется умеренной или сильной болью в ЩЖ, часто иррадиирующей в уши, челюсть или горло. Боль сначала может быть локализованной, а затем распространяющейся от одной стороны железы к другой в течение нескольких недель [7, 12, 13]. Из-за сходства с другими патологиями эти признаки подчас осложняют верификацию ПТ, что требует тщательного подхода к дифференциальной диагностике на первичном приеме. Поскольку заболевание способно разрешаться самостоятельно, часто оно оказывается не диагностированным. Поэтому врачам необходимо иметь глубокие знания о клинических проявлениях ПТ и использовать современные методы диагностики, включая лабораторные анализы и инструментальные исследования. Своевременное и правильное диагностирование ПТ влияет на всю дальнейшую тактику ведения пациента, оно необходимо для предотвращения осложнений заболевания и назначения правильного лечения.

Нижеприведенное клиническое наблюдение демонстрирует случай выявления ПТ у пациента с симптомами острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) в ходе физического обследования в амбулаторных условиях. Цель статьи — повышение бдительности врачей первичного звена в отношении этой патологии ЩЖ и иллюстрация важности проведения полного физического осмотра при каждом посещении пациента. Врачи должны помнить о возможности ПТ у пациентов с болью в области шеи и лихорадкой после COVID-19 и других форм ОРВИ [13].

Описание клинического случая

Пациент Т., 34 года, обратился к врачу-терапевту поликлиники 26 июля 2023 г. с жалобами на повы-

шение температуры тела до 37,4 °С, общую слабость, снижение аппетита и повышенную потливость. Первые симптомы заболевания появились 24 июля 2023 г., однако пациент не обращался за медицинской помощью и не принимал лекарственных средств самостоятельно. В связи с сохранением симптоматики явился на прием.

Анамнез жизни: вредные привычки — употребляет табак при помощи устройства для нагревания табака по 10 стиков в течение 2 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность отягощена: у отца рак анального канала. Операции: удаление гематофибром в 2018 г. Хронические заболевания: искривление носовой перегородки.

Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными больными в течение 21 дня до обращения отрицает. Укусы членистоногих, насекомых, животных: отрицает. Гемотрансфузии: отрицает.

Физикальный осмотр: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Сознание ясное. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненные. При пальпации ЩЖ отмечается болезненность в области щитовидного хряща. Кожный покров чистый, обычной окраски. Дыхание через нос свободное, частота дыхательных движений 17 в минуту. Задняя стенка глотки гиперемирована, миндалины не увеличены, налеты не визуализируются. Аускультация легких: дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Пульсоксиметрия: $\text{SaO}_2 = 98\%$ на атмосферном воздухе. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Артериальное давление 115/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 81 удар в минуту. Язык чистый, влажный, розовый, без патологических изменений. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков не отмечается.

На основании указанных жалоб, данных анамнеза, физического осмотра пациенту был выставлен предварительный диагноз: **острый фарингит. Узловой зоб?**

В качестве симптоматической терапии пациенту были назначены комбинированный таблетированный препарат цетилпиридиния хлорида и бензидамина гидрохлорида по 1 таблетке для рассасывания 4 раза в сутки после еды в течение 5 дней, орошение носа стерилизованной изотонической морской водой 3 раза в сутки 5 дней. Рекомендовано выполнение лабораторных и инструментальных методов исследования: клинический анализ крови в динамике, биохимический анализ крови, определение уровня



Рисунок. Временная шкала развития заболевания у пациента Т. ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция; УЗИ – ультразвуковое исследование

С-реактивного белка (СРБ), гормональные исследования – оценка уровня тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина свободного (Т₄ св.), а также ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ.

Данные УЗИ щитовидной железы от 26.07.2023. Размеры: **толщина перешейка 5 мм. Правая доля – 19 × 20 × 41 мм, V: 7462,82 мм³. Левая доля – 17 × 19 × 42 мм, V: 6498,11 мм³.** Объем железы 13 960,93 мм³. Структура железы: эхонеоднородная в левой доле. В левой доле наблюдается участок пониженной эхогенности до 29–17 мм, с неоднородной структурой, в режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) перинодулярный кровоток не определяется. Заключение: эхопризнаки диффузных изменений ЩЖ по типу тиреоидита. Узел левой доли? Tirads-3.

Данные УЗИ ЩЖ от 24.08.2023. Размеры: толщина перешейка 5 мм. Правая доля – 18 × 19 × 41 мм, V: 6716,54 мм³. Левая доля – 16 × 17 × 42 мм, V: 5472,1 мм³. Объем железы 12 188,64 мм³. Структура железы: неоднородная. В левой доле наблюдается участок пониженной эхогенности до 25–24 мм, несколько неоднородной структуры, в режиме ЦДК кровоток не определяется – узел левой доли? Заключение: признаки диффузных изменений ЩЖ по типу тиреоидита. Узел левой доли? Tirads-2-3.

Данные УЗИ ЩЖ от 25.10.2023. Размеры: **толщина перешейка 4 мм. Правая доля – 16 × 17 × 41 мм, V: 5341,81 мм³. Левая доля – 15 × 16 × 39 мм, V: 4483,44 мм³.** Объем железы 9825,25 мм³. В левой доле наблюдается участок несколько пониженной эхогенности до 20 мм, несколько неоднородной структуры, в режиме ЦДК кровоток не определяется – узел левой доли. Гипоэхогенные включения слева и справа до 2 мм. Заключение: признаки диффузно-очаговых изменений ЩЖ. Узел левой доли. Tirads-2. Отмечается положительная динамика в виде уменьшения объема ЩЖ.

Данные лабораторных исследований пациента представлены в *таблице*.

Временная шкала развития заболевания у пациента отображена на *рисунке*.

Исход

После назначения врачом-эндокринологом терапии бисопрололом и напроксеном у пациента наблюдалось улучшение состояния: жалобы постепенно регрессировали, температура тела нормализовалась, а лабораторные показатели – уровень СРБ, Т₃ и Т₄ – вернулись в пределы нормы. В настоящий момент Т. продолжает находиться под наблюдением эндокринолога.

Обсуждение

Актуальность приведенного клинического случая заключается в обнаружении в ходе объективного физикального обследования пациента с подозрением на ОРВИ признаков заболевания ЩЖ, которое по результатам дальнейших обследований оказалось проявлением ПТ.

В данном наблюдении пациент обратился к врачу из-за острых жалоб инфекционного характера, а именно повышенной температуры тела, слабости, потливости. Во время физикального обследования в области локализации ЩЖ у него была выявлена болезненность, послужившая основанием для проведения дополнительного обследования на предмет выявления заболевания ЩЖ. Важно отметить, что в клиническом анализе крови пациента отмечался лимфоцитоз, который обычно на фоне повышения температуры интерпретируется врачами как признак вирусной инфекции, что могло стать окончанием диагностического поиска.

УЗИ ЩЖ, лабораторные исследования крови с определением скорости оседания эритроцитов, уровня ТТГ, Т₃ св., Т₄ св. служат методами диагностики ПТ [1], однако назначение подобного комплек-

Таблица. Данные лабораторных исследований пациента Т.

Показатель	Дата					Норма
	26.07.2023	01.08.2023	11.08.2023	25.08.2023	22.10.2023	
	Показатели					
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	8,50	6,90	5,60	4,22	5,40	4–9
Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,88	4,54	4,63	5,07	5,28	3,5–4,7
Гемоглобин, г/дл	14,20	13,60	13,10	14,30	15,80	12,5–16,3
Гематокрит, %	42,40	36,90	39,00	43,40	44,80	36,7–47,1
Средний объем эритроцита, фл	87,00	87,20	84,20	85,60	84,90	73,0–96,2
Среднее содержание гемоглобина в эритроците, пг	29,20	29,90	28,40	28,20	29,90	23,8–33,4
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците, г/дл	33,50	34,30	33,70	32,90	35,20	32,5–36,3
Индекс анизоцитоза эритроцитов (RDW-CV), %	11,90	11,70	11,80	11,30	14,80	12,1–16,2
Индекс анизоцитоза эритроцитов (RDW-SD), фл	36,30	35,90	35,00	34,50	44,20	36,5–45,9
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	367	374	345	395	310	152–348
Тромбокрит (PCT), %	0,32	0,33	0,32	0,42	0,28	0,15–0,4
Средний объем тромбоцита, фл	8,7	8,9	9,4	10,7	8,9	7,4–11,4
Индекс анизоцитоза тромбоцитов (PDW), %	16,50	16,60	17,00	12,60	16,70	10,0–20,0
Нейтрофилы (общие), %	73,00	70,40	67,80	62,20	64,70	43,5–73,5
Нейтрофилы (общие), $\times 10^9/\text{л}$	6,21	4,86	3,80	2,62	3,49	1,7–7,6
Палочкоядерные нейтрофилы, $\times 10^9/\text{л}$	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,0–6,0
Сегментоядерные нейтрофилы, $\times 10^9/\text{л}$	72,00	68,40	66,80	61,20	63,70	40,0–72,0
Моноциты, %	11,30	12,90	10,50	8,50	6,90	5,5–13,7
Моноциты, $\times 10^9/\text{л}$	0,96	0,89	0,59	0,38	0,37	0,3–1,1
Базофилы, %	1,00	0,60	0,60	0,20	0,60	0,2–1,5
Базофилы, $\times 10^9/\text{л}$	0,09	0,04	0,03	0,01	0,03	0,2–1,5
Лимфоциты, %	14,60	15,90	20,80	28,20	27,40	15,2–43,3
Лимфоциты, $\times 10^9/\text{л}$	1,24	1,10	1,16	1,19	1,48	1,0–3,2
Эозинофилы, %	0,10	0,20	0,30	0,90	0,40	0,8–8,1
Эозинофилы, $\times 10^9/\text{л}$	0,01	0,01	0,02	0,04	0,02	0–0,5
СОЭ, мм/ч	39	35	36	10	2	1–15
СРБ (ультрачувствительный), мг/л	71,53	н/д	17,65	2,14	0,78	0–5,0
Ферритин, мкг/л	Н/д	Н/д	Н/д	638,84	248	20,0–250,0
Железо, мкмоль/л	Н/д	Н/д	Н/д	24,68	22,02	11,6–31,3
АТ-ТГ, МЕ/мл	Н/д	<20,00	Н/д	Н/д	Н/д	0–40,0
Кальцитонин, пг/мл	Н/д	<2,00	Н/д	Н/д	Н/д	0–18,2
Т3 св., пмоль/л	Н/д	21,86	15,14	6,10	6,28	4,35–6,15
Т4 св., пмоль/л	52,05	67,83	53,45	15,70	10,50	7,5–21,1
АТ-ТПО, МЕ/мл	Н/д	1,70	Н/д	Н/д	Н/д	0–9,0
ТТГ, кМЕ/мл, мЕд/л	0,014	< 0,010	< 0,010	Н/д	3,886	0,4–4,0
АТ к рецепторам ТТГ, МЕ/л	Н/д	1,24	Н/д	Н/д	Н/д	<1,00

Примечание: АТ – антитела; АТ-ТГ – антитела к тиреоглобулину; АТ-ТПО – антитела к тиреоидной пероксидазе; Н/д – нет данных; СОЭ – скорость оседания эритроцитов; СРБ – С-реактивный белок; Т3 св. – трийодтиронин свободный; Т4 св. – тироксин свободный; ТТГ – тиреотропный гормон. На основании данных анамнеза, жалоб, объективного физического осмотра, результатов лабораторных, инструментальных исследований выставлен диагноз: подострый тиреоидит, фаза тиреотоксикоза.

са исследований требует обоснования и постановки предварительного диагноза.

Заключение

Высокая загруженность, ограниченность времени приема пациента может побудить врача первичного звена пойти по наиболее быстрому, привычному и профильному алгоритму диагностики без проведения пальпации ЩЖ. В данной клинической ситуации без выполнения этого метода установление правильного диагноза было бы крайне затруднительно.

Литература/References

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.Ф. Эндокринология (3-е изд.). М.: ГЭОТАР-Медиа. 2025; 416 с. ISBN: 978-5-4235-0406-9; 978-5-4235-0378-9.
2. Fatourechi V, Aniszewski JP, Fatourechi GZE et al. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, Study. J Clin Endocrinol Metab. 2003; 88(5): 2100–5. doi: 10.1210/jc.2002-021799.
3. Goichot B, Caron P, Landron F, Bouee S. Clinical presentation of hyperthyroidism in a large representative sample of outpatients in France: Relationships with age, aetiology and hormonal parameters. Clin Endocrinol (Oxf). 2016; 84(3): 445–51. doi: 10.1111/cen.12816.
4. Benbassat CA, Olchovsky D, Tsvetov G, Shimon I. Subacute thyroiditis: Clinical characteristics and treatment outcome in fifty-six consecutive patients diagnosed between 1999 and 2005. J Endocrinol Invest. 2007; 30(8): 631–35. doi: 10.1007/BF03347442.
5. Балаболкин М. И., Клебанова Е. М., Креминская В. М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. Руководство. М.: Медицинское информационное агентство (МИА). 2008; 751 с. ISBN: 978-5-8948-1673-9.
6. Трошина Е.А., Панфилова Е.А., Михина М.С. с соавт. Клинические рекомендации «Острые и хронические тиреоидиты (исключая аутоиммунный тиреоидит)». Проблемы эндокринологии. 2021; 67(2): 57–83. doi: 10.14341/probl12747.
7. Hennessey J, Majety P. Acute and subacute, and Riedel's thyroiditis. 2022 Jul 25. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000.
8. Asban A, Dream S, Lindeman B. Is hyperthyroidism diagnosed and treated appropriately in the United States? Adv Surg. 2019; 53: 117–29. doi: 10.1016/j.yasu.2019.04.007.
9. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. N Engl J Med. 2003; 348(26): 2646–55. doi: 10.1056/NEJMra021194.
10. Nishihara E, Ohye H, Amino N et al. Clinical characteristics of 852 patients with subacute thyroiditis before treatment. Intern Med. 2008; 47(8): 725–29. doi: 10.2169/internalmedicine.47.0740.
11. Brancatella A, Ricci D, Viola N et al. Subacute thyroiditis after SARS-CoV-2 infection. J Clin Endocrinol Metab. 2020; 105(7): dgaa276. doi: 10.1210/clinem/dgaa276.
12. Ando Y, Ono Y, Sano et al. Subacute thyroiditis after COVID-19: A literature review. Am J Trop Med Hyg. 2022; 107(5): 1074–82. doi: 10.4269/ajtmh.21-1223.
13. Саприна Т.В., Латыпова В.Н., Мусина Н.Н., Березкина И.С. Тиреоидиты: учебное пособие. Томск: СибГМУ. 2023; 76 с. Доступ: https://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3487/1/tut_ssmu-2023-13.pdf (дата обращения – 10.05.2025).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

*Карпенко Дмитрий Геннадьевич — к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет). ORCID: 0000-0002-1924-9514; e-mail: karpenko_dg@mail.ru

Врублевский Александр Николаевич — ассистент кафедры поликлинической терапии ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет). ORCID: 0000-0002-6854-4288; e-mail: wan1987@mail.ru

Махова Ульяна Владимировна — ассистент кафедры поликлинической терапии ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет). ORCID: 0000-0003-4874-8053; e-mail: maxoba@bk.ru

*Автор, ответственный за переписку.

Рукопись получена 23.10.2024. Рецензия получена 17.04.2025. Принята к публикации 25.04.2025.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Dmitry G. Karpenko — C. Sci. (Med.), associate professor of the Department of Outpatient Medicine, Institute of Clinical Medicine, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-1924-9514; e-mail: karpenko_dg@mail.ru

Alexander N. Vrublevskiy — Assistant at the Department of Outpatient Medicine, Institute of Clinical Medicine, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-6854-4288; e-mail: wan1987@mail.ru

Uliana V. Makhova — Assistant at the Department of Outpatient Medicine, Institute of Clinical Medicine, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0003-4874-8053; e-mail: maxoba@bk.ru

*Corresponding author

Received: 23.10.2024. Revision Received: 17.04.2025 Accepted: 25.04.2025.

Таким образом, описанный клинический случай наглядно демонстрирует важность проведения общепринятого полноценного физикального осмотра, в том числе исследования органов эндокринной системы врачом первичного звена.

Информированное согласие

От пациента было получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию результатов обследования и лечения (дата подписания — 25.10.2023).