

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19



© В.В. Титова*, Т.Ю. Демидова, И.С. Чернышева

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Подострый тиреодит (ПТ) — это воспалительное заболевание щитовидной железы. Клинические проявления включают боль или дискомфорт в шее, болезненный диффузный зоб и преходящий эпизод гипертиреоза. Мы описываем случай 48-летней женщины, у которой не было симптомов, характерных для ПТ. Результаты анализов соответствовали клиническому диагнозу вторичного гипотиреоза. В анамнезе у пациентки были эпизод бессимптомного течения COVID-19 6 мес назад и боли в области шеи месяц назад. Данный клинический случай демонстрирует важность подробного сбора анамнеза, комплексного обследования и правильной интерпретации полученных лабораторных и инструментальных данных в постановке диагноза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: подострый тиреодит; тиреотоксикоз; вторичный гипотиреоз; анамнез заболевания.

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING SUBACUTE THYROIDITIS DURING COVID-19 PANDEMIC

© Victoria V. Titova*, Tatiana Yu. Demidova, Irina S. Chernysheva

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Subacute thyroiditis is an inflammatory disease of the thyroid gland. Clinical manifestations include pain or discomfort in the neck, a painful diffuse goiter, and a transient episode of hyperthyroidism. We describe the case of a 48-year-old woman who had no symptoms characteristic of subacute thyroiditis. The test results were consistent with a clinical diagnosis of secondary hypothyroidism. The patient had a history of asymptomatic COVID-19 episode 6 months ago and neck pain one month ago. This case demonstrates the importance of a detailed history, comprehensive examination, and correct interpretation of laboratory and instrumental findings in making the diagnosis.

KEYWORDS: subacute thyroiditis; thyrotoxicosis; secondary hypothyroidism; anamnesis of the disease (medical history).

АКТУАЛЬНОСТЬ

Подострый тиреодит (ПТ) — это заболевание щитовидной железы (ЩЖ) воспалительного характера, вирусной этиологии, длящееся от 1 нед до нескольких месяцев, чаще всего проявляющееся выраженной болезненностью в области ЩЖ и лихорадкой, иногда с присоединением симптомов тиреотоксикоза [1]. За последние годы в связи с пандемией COVID-19 не только увеличилась заболеваемость ПТ, но и изменилось клиническое течение ПТ: все чаще встречаются пациенты со слабовыраженной клинической картиной и бессимптомными формами заболевания [2]. Следует подчеркнуть, что для оптимального диагностического поиска важны подробный сбор анамнеза, комплексное обследование, особенно в таких случаях, когда на момент осмотра пациента жалобы не столь выраженные. Интерпретация результатов анализов без собранного анамнеза может ввести врача в заблуждение, направить по неверному пути диагностики и привести к неправильному лечению. В нашем клиническом случае сбор анамнеза играл ключевую роль в постановке диагноза.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациентка 48 лет была госпитализирована в эндокринологическое отделение для диагностики и последующе-

го лечения заболевания ЩЖ, так как при обследовании в частной клинике были выявлены клинически значимые отклонения в лабораторных показателях функции ЩЖ.

На момент осмотра во время госпитализации жалоб не было. ЩЖ при пальпации не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования также не пальпируются. Данные лабораторных исследований показали снижение уровней как тиреотропного гормона (ТТГ) $<0,012$ мкМЕ/мл (0,4–4), так и свободного тироксина (T_4) — 0,78 нг/дл (0,86–1,76). При ультразвуковом исследовании ЩЖ выявлены признаки диффузных изменений ткани обеих долей, узла перешейка, реактивной лимфаденопатии, TI-RADS 2.

По представленным выше данным, без дополнительного сбора анамнеза, логично заподозрить вторичный гипотиреоз, при котором снижаются уровни ТТГ, свободного T_4 , обусловленные снижением гипофизарной стимуляции секреторной активности ЩЖ. В связи с указанной гормональной картиной потребуются в первую очередь проведение МРТ структур головного мозга, что в рутинной клинической практике может увеличить время до постановки диагноза и назначения адекватного лечения.

При тщательном расспросе данной пациентки в анамнезе был выявлен перенесенный в течение последних 6 мес бессимптомный COVID-19, после которого отмечала

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



появление болей в области шеи с иррадиацией в нижнюю челюсть 1 мес назад (пациентка обращалась к стоматологу с данной жалобой), а также за 2 нед до госпитализации повышение температуры тела до 38°C. Пациентка отмечала, что как минимум в течение месяца появились внезапные перепады настроения, раздражительность, бессонница. В связи с появившимися дополнительными данными анамнеза возникли все основания усомниться в предварительном диагнозе «вторичный гипотиреоз», а также в интерпретации исходных гормональных отклонений и предположить новый диагноз «подострый тиреоидит, фаза гипотиреоза». Для подтверждения данного диагноза были проведены дополнительные лабораторные анализы, выявившие скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 41 мм/ч, С-реактивного белка (СРБ) — 0,1 мг/дл (менее 5). Во время госпитализации, в динамике (через 7 дней) было зафиксировано повышение СОЭ до 61 мм/ч, а также снижение свободного Т₄ до 0,66 нг/дл (0,86–1,76).

Итак, наличие у пациентки характерных для ПТ данных: перенесенная в анамнезе ОРВИ (COVID-19), боли в области шеи с характерной иррадиацией, температура, тиреотоксикоз с переходом в гипотиреоз (в последующем — в эутиреоз), повышение СОЭ, диффузные изменения ЩЖ на УЗИ [1] позволили подтвердить диагноз ПТ. Поскольку во время госпитализации болевой синдром и повышение температуры пациентку не беспокоили, других жалоб не было, лечение начали с назначения нестероидных противовоспалительных средств. В связи с отсутствием симптомов гипотиреоза и низким уровнем ТТГ заместительная гормональная терапия левотироксином во время госпитализации не потребовалась.

После выписки пациентке было рекомендовано продолжить прием напроксена 250 мг 2 раза в день в течение 10 дней с последующим общеклиническим анализом крови и определением СОЭ для решения дальнейшей тактики ведения [1], а также контроль свободного Т₄, ТТГ через 2 нед с последующим решением вопроса о целесообразности назначения левотироксина натрия при развитии стойкого гипотиреоза, контроль УЗИ ЩЖ через 3 мес для верификации морфологической картины, оценки динамики тиреоидита и исключения объемных образований.

Следует обратить внимание на необходимость проведения повторного УЗ-обследования после устранения связанных с ПТ симптомов и поражений ЩЖ. Согласно литературным данным, возможно сочетание ПТ и папиллярной карциномы ЩЖ, что, по статистике, было обнаружено у 3,1% пациентов, из которых в 30% случаев папиллярные карциномы ЩЖ не были выявлены во время первоначального сканирования и диагностированы только во время последующего УЗИ [3]. Любые подозрительные изменения ЩЖ — узлы или участки, которые не рассасываются или появляются после разрешения ПТ, должны пройти тонкоигольную аспирационную биопсию [4].

ОБСУЖДЕНИЕ

Жалобы пациентов с ПТ неспецифичны, поэтому люди часто обращаются к стоматологу, оториноларингологу или терапевту, прежде чем им окончательно выставят диагноз. До постановки верного диагноза может пройти от 2 нед до 6 мес [5]. Из-за неправильного

диагноза антибиотики без необходимости назначаются почти 50% пациентов с ПТ. Неэффективность одного антибиотика часто приводила к использованию другого, охватывающего более широкий спектр бактерий [5]. Эти наблюдения вызывают тревогу, поскольку устойчивость к антибиотикам, вызванная их неправильным использованием, является одной из наиболее серьезных угроз общественному здоровью и очень важной проблемой для современной медицины [6]. Также с 2020 г. отмечается повышенный рост заболеваемости ПТ, что связано с пандемией COVID-19 [7]. Ключевым фактором инфекции SARS-CoV-2 является ангиотензинпревращающий фермент 2 (АПФ2), который служит «рецептором», позволяющим вирусу проникать в клетку. Клетки ЩЖ богаты АПФ2, что делает их потенциальной мишенью для проникновения SARS-CoV-2 [8]. По статистике, одновременное наличие ПТ и COVID-19 встречалось до 20% пациентов, госпитализированных из-за COVID-19 [9, 10]. При этом при COVID-19 ПТ часто протекает без болевого синдрома [11]. Безболезненное течение ПТ может быть связано со сниженной лимфоцитарно-плазмоцитарной инфильтрацией ЩЖ, возникающей в результате лимфопении у пациентов с COVID-19 [12]. Из-за увеличения числа случаев безболезненного течения ПТ требуется дифференциальная диагностика с безболевым («молчащим») тиреоидитом [13], который обычно ассоциируется с повышенной концентрацией антител к тиреопероксидазе и нормальной СОЭ. В связи с этим для постановки диагноза ПТ должны быть выполнены два основных критерия: повышение СОЭ или уровня СРБ и гипозохенная область/области с размытыми краями и сниженной васкуляризацией при УЗИ, а также по крайней мере один из дополнительных критериев: сильный отек ЩЖ, боль или болезненность ЩЖ/доли, повышение уровня свободного Т₄ в сыворотке крови и подавление уровня ТТГ, снижение поглощения радиойода при скинтиграфии, результат тонкоигольной аспирационной биопсии, типичный для ПТ [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный случай показывает, что интерпретировать результаты обследования нужно только после тщательного сбора анамнеза и осмотра пациента. Это позволяет оптимизировать диагностический поиск, лабораторно-инструментальный комплекс обследований, снизить длительность госпитализации, а главное — быстрее назначить необходимое лечение, что влияет на выздоровление и дальнейший прогноз.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Работа выполнена по инициативе авторов без привлечения финансирования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Демидова Т.Ю. — анализ и интерпретация полученных данных; обоснование рукописи и проверка критически важного интеллектуального содержания, внесение правок с целью повышения научной ценности текста; Титова В.В. — участие в разработке концепции клинического случая, анализ и интерпретация полученных

данных; обоснование рукописи и проверка критически важного интеллектуального содержания, внесение правок с целью повышения научной ценности текста; Чернышева И.С. — участие в разработке концепции клинического случая; сбор и анализ полученных данных; написание статьи.

Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Российская ассоциация эндокринологов. *Клинические рекомендации. Острые и хронические тиреоидиты (исключая аутоиммунный тиреоидит)*. М.: Российская ассоциация эндокринологов; 2020. [Rossijskaja asociacija jendokrinologov. *Klinicheskie rekomendacii. Ostrye i hronicheskie tireoidity (iskljuchaja autoimmunnyj tireoidit)*. Moscow: Rossijskaja asociacija jendokrinologov; 2020. (In Russ.)].
2. Stasiak M, Lewiński A. New aspects in the pathogenesis and management of subacute thyroiditis. *Rev Endocr Metab Disord*. 2021;22(4):1027-1039. doi: <https://doi.org/10.1007/s11154-021-09648-y>
3. Nishihara E, Kudo T, Ito M, et al. Papillary thyroid carcinomas are highly obscured by inflammatory hypoechoic regions caused by subacute thyroiditis: a longitudinal evaluation of 710 patients using ultrasonography. *Endocr J*. 2020;67(5):569-574. doi: <https://doi.org/10.1507/endocrj.EJ19-0597>
4. Gül N, Üzüm AK, Selçukbiricik ÖS, et al. Prevalence of papillary thyroid cancer in subacute thyroiditis patients may be higher than it is presumed: retrospective analysis of 137 patients. *Radiol Oncol*. 2018;52(3):257-262. doi: <https://doi.org/10.2478/raon-2018-0027>
5. Stasiak M, Michalak R, Stasiak B, Lewiński A. Time-lag between symptom onset and diagnosis of subacute thyroiditis — how to avoid the delay of diagnosis and unnecessary overuse of antibiotics. *Horm Metab Res*. 2020;52(01):32-38. doi: <https://doi.org/10.1055/a-1033-7524>
6. European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR). European Commission 2017 [cited 10.12.2020]. Available from: https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr_action_plan_2017_en.pdf
7. Patients with COVID-19 may develop thyroid infection 21.05.2020 [cited 20.10.2020]. Available from: <https://www.endocrine.org/newsandadvocacy/newsroom/2020/patientswithcovid19maydevelopthyroidinfection>
8. Li M-Y, Li L, Zhang Y, Wang X-S. Expression of the SARS-CoV-2 cell receptor gene ACE2 in a wide variety of human tissues. *Infect Dis Poverty*. 2020;9(1):45. doi: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00662-x>
9. Muller I, Cannavaro D, Dazzi D, et al. SARS-CoV-2-related atypical thyroiditis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(9):739-741. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30266-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30266-7)
10. Lania A, Sandri MT, Cellini M, et al. Thyrotoxicosis in patients with COVID-19: the THYRCOV study. *Eur J Endocrinol*. 2020;183(4):381-387. doi: <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0335>
11. Ippolito S, Dentali F, Tanda ML. SARS-CoV-2: a potential trigger for subacute thyroiditis? Insights from a case report. *J Endocrinol Invest*. 2020;43(8):1171-1172. doi: <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01312-7>
12. Caron P. Thyroid disorders and SARS-CoV-2 infection: From pathophysiological mechanism to patient management. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2020;81(5):507-510. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ando.2020.09.001>
13. Scappaticcio L, Pitoia F, Esposito K, et al. Impact of COVID-19 on the thyroid gland: an update. *Rev Endocr Metab Disord*. 2021;22(4):803-815. doi: <https://doi.org/10.1007/s11154-020-09615-z>
14. Stasiak M, Michalak R, Lewinski A. Thyroid primary and metastatic malignant tumours of poor prognosis may mimic subacute thyroiditis - time to change the diagnostic criteria: case reports and a review of the literature. *BMC Endocr Disord*. 2019;19(1):86. doi: <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0415-y>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Титова Виктория Викторовна**, ассистент [**Victoria V. Titova**, MD, assistant]; адрес: Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1 [address: 1 Ostrovitynova street, 117997 Moscow, Russia]; ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-8684-6095>; eLibrary SPIN: 7864-2910; e-mail: meteora-vica@mail.ru

Демидова Татьяна Юльевна, д.м.н., профессор [**Tatiana Yu. Demidova**, MD, PhD, professor]; ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-6385-540X>; eLibrary SPIN: 9600-9796; e-mail: t.y.demidova@gmail.com

Чернышева Ирина Сергеевна, ординатор [**Irina S. Chernysheva**, resident]; e-mail: 4ernysheva.irina@mail.ru

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.

ИНФОРМАЦИЯ

Рукопись получена 05.06.2023. Рукопись одобрена: 21.06.2023.

Received: 05.06.2023. Accepted: 21.06.2023.

ЦИТИРОВАТЬ:

Титова В.В., Демидова Т.Ю., Чернышева И.С. Особенности диагностики подострого тиреоидита в эпоху пандемии // *Клиническая и экспериментальная тиреология*. — 2022. — Т. 18. — №4. — С. 20-22. doi: <https://doi.org/10.14341/ket12753>

TO CITE THIS ARTICLE:

Titova VV, Demidova TYu, Chernysheva IS. Difficulties in diagnosing subacute thyroiditis during COVID-19 pandemic. *Clinical and experimental thyroidology*. 2022;18(4):20-22. doi: <https://doi.org/10.14341/ket12753>