

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2026.1.93>

Мультидисциплинарный подход в диагностике и лечении болевого синдрома в области шеи

В.В. Янголенко¹, М.В. Негурко², Т.В. Тимофеева², И.В. Гребенникова²,
Т.Н. Лярская², Е.А. Найденова²

¹Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «Витебская областная клиническая больница», г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2026. – Том 25, №1. – С. 93-99.

Multidisciplinary approach to diagnosis and treatment of neck pain

V.V. Yangolenko¹, M.V. Niahurka², T.V. Tsimafeyeva², I.V. Hrabennikava²,
T.M. Liarskaya², E.A. Naidzionava²

¹Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

²Vitebsk Regional Clinical Hospital, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2026;25(1):93-99.

Резюме.

Болевой синдром в области шеи является частой причиной обращения к врачу. Истинную причину болевого синдрома в шее сложно определить без комплексного обследования пациента, особенно если боль носит острый характер, не вызвана травмой шеи, сопровождается отёком мягких тканей, повышением температуры тела. Спонтанная гематома мягких тканей шеи – это редкое заболевание, которое возникает без видимого внешнего воздействия или факторов риска её возникновения и может требовать неотложного хирургического вмешательства в связи с возможностью развития компрессии общей сонной артерии, внутренней яремной вены и трахеи, возможностью развития асфиксии. Причины возникновения и клинические проявления спонтанной гематомы шеи, такие как выраженный болевой синдром, одышка, быстрорастущая опухоль шеи, одинофагия, дисфагия, сходные по клиническим проявлениям с такими заболеваниями, как острый гнойный тиреоидит, подострый тиреоидит, подкожная эмфизема шеи, отёк Квинке. В статье на конкретном клиническом примере описана клиническая картина, возможные причины развития, течение заболевания, алгоритм проведения дифференциальной диагностики со сходными по клинической симптоматике заболеваниями, неотложная помощь и медикаментозное лечение пациента со спонтанной гематомой мягких тканей шеи. В статье обоснована необходимость мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении спонтанной гематомы мягких тканей шеи с участием специалистов узкого профиля, таких как эндокринолог, аллерголог, хирург, стоматолог, отоларинголог, использование современных методов диагностики ультразвукового обследования и компьютерной томографии с контрастным усилением для диагностики, динамического наблюдения за развитием заболевания и для решения вопроса о необходимости и срочности хирургического лечения спонтанной гематомы шеи в связи с возможностью развития осложнений и угрозы для жизни пациента.

Ключевые слова: спонтанная гематома, кровоизлияние в щитовидную железу, подкожная эмфизема, отёк Квинке, острый гнойный тиреоидит, подострый тиреоидит, узловой зоб.

Abstract.

Neck pain is a common reason for seeking medical attention. The true cause of neck pain is difficult to determine without a comprehensive examination of a patient, especially if the pain is acute, not caused by a neck injury, and is accompanied by soft tissue swelling and fever. Spontaneous soft tissue hematoma of the neck is a rare condition that occurs without apparent external influences or risk factors and may require emergency surgery due to the potential for compression of the common carotid artery, internal jugular vein, and trachea, as well as the probability of asphyxia.

The causes and clinical manifestations of spontaneous neck hematomas include severe pain, shortness of breath, rapidly growing neck swelling, odynophagia, and dysphagia. These manifestations are similar to those typical of such diseases as acute purulent thyroiditis, subacute thyroiditis, subcutaneous emphysema of the neck, and Quincke's edema. This article describes the clinical presentation, possible causes, and course of the disease, as well as a differential diagnosis algorithm for diseases with similar clinical symptoms, as well as emergency care and drug treatment for a patient with spontaneous neck soft tissue hematoma. The article substantiates the need for a multidisciplinary approach to the diagnosis and treatment of spontaneous hematoma of the neck soft tissues involving such specialists as an endocrinologist, allergist, surgeon, dentist, otolaryngologist, using modern diagnostic methods of ultrasound examination and computed tomography with contrast enhancement for diagnosis, dynamic monitoring of the development of the disease and for deciding on the need and urgency of surgical treatment of spontaneous hematoma of the neck due to the possibility of complications and threat to the patient's life.

Keywords: spontaneous hematoma, hemorrhage into the thyroid gland, subcutaneous emphysema, Quincke's edema, acute purulent thyroiditis, subacute thyroiditis, nodular goiter

Введение

Болевой синдром в области шеи является частой причиной обращения к врачу. Истинную причину болевого синдрома в шее сложно определить без комплексного обследования пациента, особенно если боль носит острый характер, сопровождается отёком, повышением температуры тела и не вызвана травмой шеи. По локализации выделяют болевой синдром в области передней, задней и боковых отделов шеи. Наиболее частыми причинами боли в шее являются заболевания лор-органов, патология щитовидной железы, аллергические реакции, невралгия, гнойно-воспалительные заболевания шеи, тромбоз яремных вен, кровоизлияния в щитовидную железу. Выраженный болевой синдром в области шеи, сопровождающийся отёком мягких тканей и увеличением размеров шеи в практике врача общей практики чаще всего предполагает исключение подострого и острого гнойного тиреоидита, абсцесса щитовидной железы и проведение дифференциальной диагностики с не тиреоидными заболеваниями со сходной клинической симптоматикой [1, 2, 3, 4]. Спонтанная гематома (СГ) мягких тканей шеи – редкая патология. В настоящее время существуют немногочисленные описания СГ шеи.

Клинический случай

Представлен проспективный анализ истории болезни пациентки С., 65 лет, с выраженным болевым синдромом в области шеи. Анализ литературы по теме исследования.

Пациентка С., 65 лет, доставлена в приёмный покой УЗ «Витебская областная клиническая больница», машиной скорой помощи 21.01.2024 с жалобами на внезапно возникшую резкую боль

в области передней поверхности шеи, отёк шеи и верхней трети грудины, одышка, затруднение при глотании, повышение температуры тела. Анамнез заболевания: считает себя больной с 20.01.2024, когда появились отёчность и боль в области шеи, повышение температура тела до 37,4°. Травму отрицает. На следующий день появилось затруднение при глотании пищи, одышка, нарастание отечности передней поверхности шеи и верхней трети грудины, по поводу чего была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Данное состояние было расценено как «аллергическая реакция по типу отёка Квинке» и внутривенно струйно были введены растворы преднизолона (30 мг) и клемастина (0,1% – 2 мл) и экстренно госпитализирована. Анамнез заболевания: состоит на диспансерном учёте у эндокринолога с диагнозом: сахарный диабет 2-го типа. Узловой нетоксический зоб. Артериальная гипертензия 1, риск 4. Смешанный остеопороз. Принимает метформин 1700 мг/сут; рамиприл/амлодипин и кардиомагнил 75 мг 2 раза в неделю (последний прием 21.01.2024). В анамнезе экстирпация матки по поводу миомы (1993 г.). В приёмном покое физикальное обследование выявило отёк и изменение цвета кожи передней поверхности шеи и верхней трети грудины мягко-эластичной консистенции, болезненный при пальпации. Частота дыхания 18 в 1 минуту, пульс 100 ударов в минуту, АД 140 и 90 мм рт.ст., температура тела 37,4°C. Со стороны внутренних органов без видимой патологии. Консультирована аллергологом, стоматологом, отоларингологом, исключившими профильную патологию. Рентгенография органов грудной клетки и ЭКГ – без особенностей. Госпитализирована в эндокринологическое отделение с предварительным диагнозом: подострый тиреоидит. Данные обследования: ультразвуковое исследование щи-

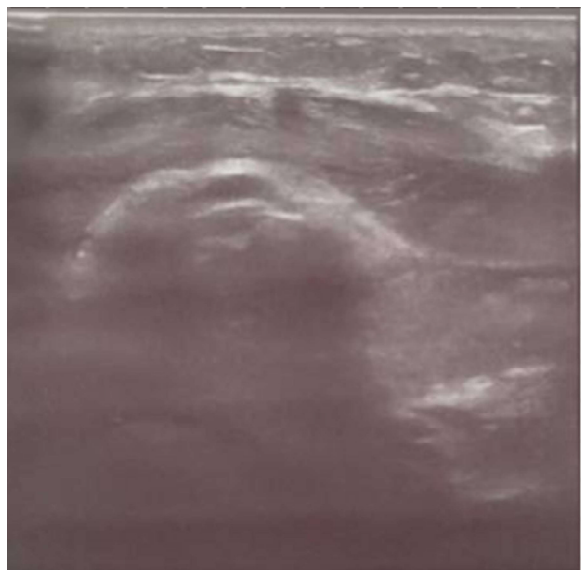


Рисунок 1 – Ультразвуковое исследование щитовидной железы

щитовидной железы (УЗИ ЩЖ) 21.01.2024 (рис. 1) объём ЩЖ – 15,73 см³, паренхима неоднородной структуры, среднеэхогенная, сосудистый рисунок обычного вида. В средней части левой доли узел до 20 мм, пониженной эхогенности, контур четкий; в средней части и нижней части правой доли ЩЖ определяются узлы до 3 мм, пониженной эхогенности; в средней части левой доли ЩЖ узел размерами до 20 мм неоднородной структуры, пониженной эхогенности с четким контуром; в верхней части левой доли ЩЖ узел размерами до 5 мм, изоэхогенный. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Заключение: узловый зоб. Физикальное обследование на следующий день госпитализации: отечность и кровоподтек синевато-фиолетового цвета в области передней поверхности шеи, области яремной вырезки, верхней трети грудины, болезненность при паль-

пации шеи сохраняется (рис. 2). Лабораторные исследования не выявили отклонений от нормы, отсутствовали системные воспалительные сдвиги: АЧТВ – 26 сек., ПТИ – 10,7%, фибриноген А – 3,68 г/л, СОЭ – 15 мм/час. Анализ COVID-19 22.01.2024 / Ag к SarsCov2 отрицательный. Тиреоидный статус 22.01.2024: Т4 св. 13,62 пмоль/л, АТ ТПО 30,96, ТТГ – 1,43 мМЕ/л. Диагноз подострого тиреоидита исключён. Консультирована хирургом повторно с рекомендацией проведения компьютерной томографии органов шеи (КТ). КТ от 22.01.2024: просвет глотки, гортани и верхней трети трахеи не деформирован, грушевидные синусы свободны. Клетчаточные пространства шеи не уплотнены. Щитовидная железа не увеличена. По задне-нижней поверхности левой доли щитовидной железы определяется объемное образование размером 25x18 мм, округлой формы с нечеткими контурами, неоднородной структуры с включениями более низкой плотности (кисты?). По передней поверхности ЩЖ определяется выраженная гипертрофия и отечность грудинно-подъязычных, грудинно-щитовидных и щито-подъязычных мышц. Свободного газа не определяется (рис. 3). Заключение. Объемное образование по задне-нижней поверхности левой доли ЩЖ (аденома паращитовидной железы с участками кистозной дегенерации? Дифференцировать с узловым зобом). Гипертрофия и отечность грудинно-подъязычных, грудинно-щитовидных и щитоподъязычных мышц. Рекомендовано дообследование: сцинтиграфия паращитовидных желез, КТ с контрастным усилением (КТ с КУ). Выполнена сцинтиграфия паращитовидных желёз 24.01.2024. Заключение: достоверных сцинтиграфических данных в пользу патологии паращитовидных желёз не определяется. 22.01.2024 кон-



Рисунок 2 – Пациентка С. (второй день заболевания)



Рисунок 3 – КТ шеи

сультирована хирургом совместно с лор-врачом. Заключение: кровоподтёк в области передней поверхности шеи на фоне приёма кардиомагнила, хирургическое лечение не показано. 23.01.2024 проведено повторное УЗИ ЩЖ: в мягких тканях шеи по передней поверхности шеи определяется гематома по типу имбибиции до 18 мм в диаметре. Выполнена КТ с КУ для оценки стабильности гематомы мягких тканей шеи, сохранности её структуры, экстравазации, наличия компрессионного синдрома. Заключение: кровоизлияние в области шеи. На основании проведенных исследований выставлен заключительный диагноз: спонтанная гематома мягких тканей шеи вероятно на фоне приёма кардиомагнила. Многоузловой зоб, эутиреоз. Вторичный гиперпаратиреоз, легкой степени. Остеопения. Дефицит витамина Д3. Сахарный диабет 2-го типа, HbA1c 6,4% от 24.01.2024. Артериальная гипертензия 1, риск 4. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Проведено лечение: цефалоспорины второго поколения внутривенно, коррекция гликемии и уровня артериального давления, препараты витамина Д в связи с выявленной остеопенией, кардиомагнил исключен.

Обсуждение

СГ мягких тканей шеи – это скопление крови в мягких тканях вследствие нарушения

целостности сосуда. СГ возникает без видимого внешнего воздействия или факторов риска её возникновения [1, 2]. СГ большого размера может потребовать неотложного хирургического вмешательства в связи с возможностью развития асфиксии вследствие компрессии общей сонной артерии, внутренней яремной вены и трахеи [1, 2]. Тяжесть состояния пациента определяется объёмом СГ, её распространением на окружающие ткани, её локализацией, степенью компрессионного синдрома и наличием сопутствующих заболеваний. Критериев оценки тяжести СГ, которые могут стать опасным для жизни, в настоящее время не существует [5, 6]. Клинические проявления и локальный статус при СГ мягких тканей шеи характеризуются болью, плотным отёком, болезненностью при пальпации, изменением цвета и температуры кожи. При компрессии нервных стволов и тромбозах крупных вен присутствуют ишемические нарушения в виде бледности кожи в месте сдавления, появления парестезий, парезов и параличей, асфиксии. В зависимости от поврежденного сосуда, локализации в мягких тканях шеи, по отношению к окружающим тканям различают следующие виды СГ: артериальные и венозные; подкожные капиллярные (при повреждении мелких сосудов); подфасциальные, расположенные под капсулой, покрывающей мышцу; межмышечные венозные (расположенные между разными мышцами); диффузные (имбибиция кровью кожи, жировой и мышечной ткани); ограниченные (скопление крови между мышцами); осумкованные (с капсулой из соединительной ткани) [1, 2]. Локальный статус развития гематом характеризуется тремя стадиями так называемого «цветения» кожного покрова.

1-2-й день заболевания: кожные покровы приобретают ярко-красный цвет, переходящий в синюшно-багровый; 3-5-й день заболевания («стадия цветения»), когда кожные покровы приобретают фиолетово-синий цвет; стадия рассасывания – это 7-10-й день заболевания (стадия рассасывания), когда кожные покровы становятся желто-зелёного цвета. СГ возникают в результате особенностей кровоснабжения ЩЖ, в частности артериовенозного шунтирования, состояния, при котором кровь под повышенным давлением перенаправляется из артерий в венозную систему внутри узла ЩЖ, что приводит к экстравазации крови [6]. Факторы риска возникновения СГ приводят к повышению внутривенного давления

и могут вызвать разрывы сосудов ЩЖ. Факторы риска развития СГ мягких тканей шеи:

- травма шеи любого генеза: падения, ушибы, активные виды спорта;
- повышение артериального давления, кашель, физическое перенапряжение, гиперинсоляция, физиопроцедуры, массаж шейно-воротниковой зоны;
- хирургические вмешательства: операции на ЩЖ, стоматологическое лечение, биопсия щитовидной железы и лимфатических узлов шеи [7, 8, 9];
- нарушение свёртываемости крови или повышенная проницаемость сосудистой стенки любого генеза приём антикоагулянтов (варфарин, ривараксабан, аспирин, кардиомагнил), особенно на фоне инфекции Covid-19 [10, 11];
- аденомы, кисты, аневризмы артерии ЩЖ [1, 3, 9].

Кровоизлияние в щитовидную железу (КЩЖ), как и СГ – это редко встречающаяся и трудно диагностируемая патология. Причины возникновения и клинические проявления СГ и КЩЖ сходные: выраженный болевой синдром, быстрорастущая опухоль шеи, одинофагия, дисфагия, одышка. КЩЖ чаще всего встречаются у женщин старше 60 лет [3, 4, 9, 10]. Как правило, КЩЖ небольшого размера, завершаются локальным фиброзом с кальцификацией поражённого участка ЩЖ и не являются угрожающими жизни состояниями, не требуют госпитализации и лечения. Существует прямая корреляционная зависимость между КЩЖ и наличием таких образований ЩЖ, как узлы, кисты, аденома, рак [4, 10]. Лабораторные исследования не выявляют отклонений от нормы, отсутствуют системные воспалительные сдвиги.

Острый тиреоидит (ОТ) – гнойно-воспалительное заболевание ЩЖ бактериального генеза, возникающее на фоне стафило/стрептококковой инфекции при гнойном тонзиллите, пародонтите. Болевой синдром и локальный статус ОТ характеризуется болью в шее при глотании, повышением температуры тела, интоксикацией, гиперемией передней поверхности шеи и её отечностью; возможен симптом флюктуации и лимфоаденопатия. Лабораторные данные выявляют увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Данные УЗИ ЩЖ выявляет чередование гипо- или анэхогенных участков без чётких контуров, микроабсцессы [12, 13].

Подострый тиреоидит (ПТ) – это воспаление

щитовидной железы аутоиммунного генеза, возникающее через 7-10 дней после перенесённой острой респираторной вирусной инфекции [12]. ПТ чаще всего встречается у женщин 50-60 лет. Для ПТ характерен выраженный болевой синдром в шее с иррадиацией в ухо, затылок, нижнюю челюсть, фебрильная / субфебрильная температура; при пальпации шеи отмечается отёк, плотная и выражено болезненная ЩЖ. Лабораторные данные выявляют резко ускорение СОЭ без лейкоцитоза и специфических признаков воспаления. Данные УЗИ ЩЖ выявляют отёк, участки пониженной эхогенности без чётких контуров [13]. При сцинтиграфии ЩЖ отсутствует захват радиофармпрепарата.

Дифференциальный диагноз СГ также необходимо проводить с более редко встречающимися не тиреоидными заболеваниями, такими как подкожная эмфизема шеи (ПЭ) и отёк Квинке (ОК). СГ, КЩЖ и ПЭ изначально могут расцениваться как отёк Квинке (ОК) – угрожающее жизни состояние. Для ангионевротического отёка ОК характерен положительный аллергологический анамнез, более выраженные кожные проявления с предшествующим жжением слизистых и кожи [14].

ПЭ характеризуется болью в груди и за грудиной, расширением вен в области шеи, аритмией, гипотензией, дисфонией, диагностируется при проведении рентгенологического исследования органов грудной клетки и является следствием патологических процессов органов дыхания или следствием травмы грудной клетки с развитием пневмоторакса. Редким видом ПЭ является шейно-лицевая ПЭ, наиболее частой причиной которой является ортопедическое лечение в стоматологии, удаление зубов нижней челюсти [15]. ПЭ такого генеза характеризуется мягким, безболезненным, цвета кожных покровов отёком шеи и лица, возникающим во время или после стоматологического вмешательства. При пальпации тканей сопровождается эффектом крепитации без ярко выраженной болезненности.

Заключение

Мультидисциплинарный подход в диагностике СГ мягких тканей шеи с участием аллерголога, хирурга, стоматолога, эндокринолога, отоларинголога, а также проведение в динамике КТ с КУ позволяют своевременно установить диагноз редко встречающегося заболевания, оценить стабильность СГ, её локализацию, тяжесть состояния, ис-

ключить необходимость хирургического лечения, своевременно провести консервативное лечение и избежать жизнеугрожающих осложнений.

Литература

1. Травматология и ортопедия : учебник / под ред. К. А. Егизаряна, И. В. Сиротина. Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. 576 с.
2. Spontaneous soft tissue hematomas / A. Dohan, L. Darnigeg, M. Sapoval, O. Pellerin // Diagnostic and interventional imaging. 2015 Jul-Aug. Vol. 96, № 7/8. P. 789–796. DOI: 10.1016/j.diii.2015.03.014
3. Балаболкин, М. И. Фундаментальная и клиническая тиреоидология : учеб. пособие / М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, В. А. Кремнинская. Москва : Медицина, 2007. 815 с.
4. Spontaneous thyroid hemorrhage on chronic anticoagulation therapy / K. Gunasekaran, K. M. Rudd, S. Murthiet [et al.] // Clinics and practice. 2017 Feb. Vol. 7, № 1. P. 932. DOI: 10.4081/cp.2017.932
5. Spontaneous hemorrhagic thyroid nodule: a case report and review of the literature / S. Alsalamah, M. Albesh, M. Alwabili, A. Almutairy // Journal of surgical case reports. 2024 Mar. Vol. 2024, № 3. Art. rjae124. DOI: 10.1093/jscr/rjae124
6. Soft tissue hematoma of the neck due to thyroid rupture with unusual mechanism / K. Tsukahara, K. Sato, T. Yumoto [et al.] // International journal of surgery case reports. 2016. Vol. 26. P. 217–220. DOI: 10.1016/j.ijscr.2016.08.002
7. Bhandari, R. Spontaneous neck hematoma / R. Bhandari, T. Limbu, A. Ghimire // Nepalese Journal of ENT Head and Neck Surgery. 2011 Jul-Dec. Vol. 2, № 2. P. 19–20. DOI: 10.3126/

References

1. Egizaryan KA, Sirotnina IV, red. Traumatology and orthopedics: uchebnik. Moscow, RF: GEOTAR- Media; 2019. 576 p. (In Russ.).
2. Dohan A, Darnigeg L, Sapoval M, Pellerin O. Spontaneous soft tissue hematomas. Diagnostic and Interventional Imaging. 2015 Jul-Aug;96(7-8):789-796. doi: 10.1016/j.diii.2015.03.014
3. Balabolkin MI, Klebanova EM, Kreminskaya VA. Fundamental and Clinical Thyroidology: ucheb posobie. Moscow, RF: Meditsina; 2007. 815 p. (In Russ.).
4. Gunasekaran K, Rudd KM, Murthiet S, Kaatz S, Lone N. Spontaneous thyroid hemorrhage on chronic anticoagulation therapy. Clinics and Practice. 2017 Feb;7(1):932. doi: 10.4081/cp.2017.932
5. Alsalamah S, Albesh M, Alwabili M, Almutairy A. Spontaneous hemorrhagic thyroid nodule: a case report and review of the literature. Journal of Surgical Case Reports. 2024 Mar;2024(3):rjae124. doi: 10.1093/jscr/rjae124
6. Tsukahara K, Sato K, Yumoto T, Iida A, Nosaka N, Terado M, et al. Soft tissue hematoma of the neck due to thyroid rupture with unusual mechanism. International Journal of Surgery Case Reports. 2016;26:217-220. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.08.002
7. Bhandari R, Limbu T, Ghimire A. Spontaneous neck hematoma. Nepalese Journal of ENT Head and Neck Surgery. 2011 Jul-Dec;2(2):19-20. doi: 10.3126/njenthns.v2i2.6799
8. Vladimirova ES, Tarabrin EA, Popova IE, Popugaev KA, Kramarenko AI. Features of the diagnosis and treatment of spontaneous non-organ soft tissue hematoma of neck

8. Особенности диагностики и лечения спонтанных внеорганных гематом мягких тканей шеи и груди / Е. С. Владимирова, Е. А. Тарабрин, И. Е. Попова [и др.] // Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2022. Т. 11, № 2. С. 280–286. DOI: 10.23934/2223-9022-2022-11-2-280-286
9. Spontaneous thyroid nodule hemorrhage in the emergency department / M. Covino, P. Princi, D. Luca [et al.] // Endocrine practice. 2020 Feb. Vol. 26, № 2. P. 192–196. DOI: 10.4158/ep-2019-0326
10. Severe non-traumatic bleeding events detected by computed tomography: do anticoagulants and antiplatelet agents have a role? / O. Risch, A. Alfidja, A. Mulliez [et al.] // Journal of cardiothoracic surgery. 2014 Oct. Vol. 9. P. 166. DOI: 10.1186/s13019-014-0166-9
11. Response of human pulp capped with a bonding agent after bleeding control with hemostatic agent / M. de L. Accorinte, A. D. Loquecio, A. Reis [et al.] // Operative dentistry. 2005 Mar-Apr. Vol. 30, № 2. P. 147–155.
12. Спонтанные гематомы при COVID-19: причины возникновения, клиника, диагностика, лечение / М. В. Нагибина, А. С. Сычева, И. А. Кошелев [и др.] // Клиническая медицина. 2021. Т. 99, № 9/10. С. 540–547. DOI: 10.30629/0023-2149-2021-99-9-10-540-547
13. Бэскинст, Г. Д. Ультразвуковой исследование щитовидной железы / Г. Д. Бэскинст, Д. С. Дюик, З. Э. Левин. Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2018. 432 с.
14. Маслова, Л. В. Крапивница, отёки Квинке : учебн.-метод. пособие / Л. В. Маслова. Минск : БелМАПО, 2006. 50 с.
15. Халев, Ю. В. Медиастинальная эмфизема / Ю. В. Халев // Кардиология. 1982. Т. 22, № 4. С. 111–113.

Поступила 03.11.2025 г.

Принята в печать 16.02.2026 г.

- and chest. Zhurnal im NV Sklifosovskogo Neotlozhnaya Meditsinskaya Pomoshch'. 2022;11(2):280-286. (In Russ.). doi: 10.23934/2223-9022-11-2-280-286
9. Covino M, Princi P, Luca D, Spontaneous thyroid nodule hemorrhage in the emergency department. Endocrine Practice. 2020 Feb;26(2):192-196. doi: 10.4158/EP-2019-0326
10. Risch O, Alfidja A, Mulliez A, Amani AH, Boyer L, Camilleri L, et al. Severe non-traumatic bleeding events detected by computed tomography: do anticoagulants and antiplatelet agents have a role? Journal of Cardiothoracic Surgery. 2014 Oct;9:166. doi: 10.1186/s13019-014-0166-9
11. Accorinte MdeL, Loquecio AD, Reis A, Response of human pulp capped with a bonding agent after bleeding control with hemostatic agent. Operative Dentistry. 2005 Mar-Apr;30(2):147-155.
12. Nagibina MV, Sycheva AS, Koshelev IA, Malyavina MA, Solodov AA, Kebina AL, i dr. Spontaneous haematomas in COVID-19: causes, clinic, diagnosis, treatment. Klinicheskaya Meditsina. 2021;99(9-10):540-547. (In Russ.). doi: 10.30629/0023-2149-2021-99-9-10-540-547
13. Beskinst GD, Dyuik DS, Levin ZE. Ultrasound examination of the thyroid. Moscow, RF: GEOTAR- Media; 2018. 432 p. (In Russ.).
14. Maslova LV. Urticaria, Quinca's edema: uchebn-metod posobie. Minsk, RB: BelMAPO; 2006. 50 p. (In Russ.).
15. Khalev YuV. Media Emphysema. Kardiologiya. 1982;22(4):111-113. (In Russ.).

Submitted 03.11.2025

Accepted 16.02.2026

Сведения об авторах:

Янголенко Вера Васильевна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и кардиологии с курсом ФПК и ПК, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», e-mail: yvdizi@rambler.ru;
М.В. Негурко – врач-эндокринолог, зав. эндокринологическим отделением, УЗ «Витебская областная клиническая больница»;

Т.В. Тимофеева – врач-эндокринолог эндокринологического отделения, УЗ «Витебская областная клиническая больница»;

И.В. Гребенникова – врач-эндокринолог эндокринологического отделения, УЗ «Витебская областная клиническая больница»;

Т.Н. Лярская – врач-рентгенолог кабинета рентгенокомпьютерной диагностики, УЗ «Витебская областная клиническая больница»;

Е.А. Найденова – зав. отделением ультразвуковой диагностики, УЗ «Витебская областная клиническая больница».

Information about authors:

Vera V. Yangolenko – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Chair of Hospital Therapy and Cardiology with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University;

M.V. Niahurka – head of the endocrinology department, Vitebsk Regional Clinical Hospital;

T.V. Tsimafeyeva – endocrinologist of the endocrinology department, Vitebsk Regional Clinical Hospital;

I.V. Hrabennikava – endocrinologist of the endocrinology department, Vitebsk Regional Clinical Hospital;

T.M. Liarskaya – radiologist of the X-ray computed unit, Vitebsk Regional Clinical Hospital;

E.A. Naidzionava – head of the department of ultrasound diagnostics, Vitebsk Regional Clinical Hospital.