Острые и хронические тиреоидиты (исключая аутоиммунный и амиодарон-индуцированный тиреоидит)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E06.0, E06.1, E06.2, E06.4, E06.5, E06.9 · Российская ассоциация эндокринологов

Тиреоидиты — разнородная группа заболеваний щитовидной железы, включая острый, подострый, цитокин-индуцированный, литий-ассоциированный тиреоидит и тиреоидит Риделя. Рекомендация описывает их диагностику, лечение и показания к госпитализации; аутоиммунный и амиодарон-индуцированный тиреоидиты не рассматриваются.

Главное

- Острый гнойный тиреоидит обычно проявляется триадой: лихорадка 39–40 °C, выраженная боль в шее с возможной иррадиацией и местные признаки воспаления.
- Пациенты с острым тиреоидитом подлежат лечению в условиях круглосуточного стационара.
- Подострый тиреоидит часто начинается после вирусной инфекции и проходит фазы тиреотоксикоза, эутиреоза, гипотиреоза и восстановления; стойкий гипотиреоз развивается примерно у 5–25% пациентов, рецидивы отмечаются в 1–4% случаев.
- При деструктивном тиреотоксикозе тиреоидные гормоны высвобождаются из поврежденных тиреоцитов, поэтому тиреостатики при подостром тиреоидите не показаны.
- При тиреотоксической фазе деструктивного цитокин-индуцированного тиреоидита антитиреоидные препараты не назначают.
- На фоне терапии интерферонами ТТГ контролируют каждые 3 месяца при отсутствии повышенного титра АТ-ТПО и АТ-ТГ и каждые 2 месяца при их повышении; контроль проводят до окончания курса.
- Перед назначением препаратов лития определяют ТТГ и АТ-ТПО, выполняют УЗИ щитовидной и паращитовидных желез; затем ТТГ контролируют через 6–12 месяцев при отсутствии повышенных АТ-ТПО или каждые 3 месяца при их повышении. УУР В, УДД 3.
- При подозрении на тиреоидит Риделя могут выявляться плотная щитовидная железа, которая может не смещаться при глотании, и симптомы компрессии — дисфагия, одышка, хрипота или стридор.
- Окончательно диагноз тиреоидита Риделя подтверждают патолого-анатомическим исследованием послеоперационного материала.
- Специфической профилактики нет; профилактикой острого тиреоидита служит своевременное лечение первичных инфекций, а наблюдение после тиреоидита подбирают индивидуально по тяжести и фазе заболевания.

Диагностика

1. Уточнить жалобы, перенесенную вирусную инфекцию и прием специфических препаратов, например препаратов лития; при подозрении на тиреоидит Риделя спросить о дисфагии, кашле, изменении голоса и нарушении дыхания. Для последнего пункта: УУР С, УДД 5.
2. Пальпировать щитовидную железу и шейные лимфатические узлы, оценивая структуру, болезненность и подвижность железы. Положительные симптомы Хвостека или Труссо могут указывать на развитие вторичного гипопаратиреоза. УУР С, УДД 4.
3. При подозрении на острый тиреоидит выполнить общий анализ крови с лейкоформулой и определить СОЭ. Для острого тиреоидита характерны нейтрофильный лейкоцитоз и сдвиг формулы влево. УУР С, УДД 4.
4. При подозрении на подострый тиреоидит выполнить общий анализ крови с лейкоформулой и определить СОЭ; СОЭ обычно превышает 40–60 мм/ч, иногда 100 мм/ч и более. УУР С, УДД 5.
5. Определить ТТГ, свободные Т4 и Т3 при подозрении на тиреотоксическую фазу подострого тиреоидита; при гипотиреоидной фазе контролировать ТТГ и свободный Т4. УУР С, УДД 4.
6. При остром тиреоидите ТТГ исследуют только при наличии клинических признаков тиреотоксикоза. УУР С, УДД 5.

7. При остром тиреоидите выполнить УЗИ щитовидной и паращитовидных желез для оценки структуры щитовидной железы; можно выявить отек и признаки абсцесса. УУР С, УДД 5.
8. При подостром тиреоидите выполнить УЗИ щитовидной и паращитовидных желез; можно выявить диффузные или очаговые участки сниженной эхогенности и сниженный либо нормальный кровоток. УУР С, УДД 4.
9. При сомнительном подостром тиреоидите в тиреотоксическую фазу возможен тест Крайля: преднизолон 20–30 мг/сут в течение 1–3 суток с оценкой уменьшения боли. Сцинтиграфия с натрия пертехнетатом [99mTc] показывает снижение или отсутствие захвата при деструктивном тиреотоксикозе. УУР С, УДД 4.
10. При абсцедировании, подозрении на медиастинит, флегмону или свищи выполнить КТ мягких тканей шеи. УУР С, УДД 5.
11. При подозрении на тиреоидит Риделя с вовлечением окружающих тканей выполнить КТ шеи с внутривенным болюсным контрастированием; диагноз подтверждают патолого-анатомическим исследованием биопсийного или операционного материала. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Острый тиреоидит лечат в круглосуточном стационаре. До формирования абсцесса основа терапии — антибиотики широкого спектра, включая пенициллины, цефалоспорины или макролиды, плюс симптоматические средства; при боли используют НПВП, при деструктивном тиреотоксикозе — бета-адреноблокаторы. УУР С, УДД 5.
- При небольшом гнойном очаге острого тиреоидита проводят пункционное дренирование под УЗ-контролем одновременно с антибиотикотерапией; метод применяют при очаге не более 1,0–1,5 см. После двух неэффективных дренирований выбирают хирургическое лечение. УУР С, УДД 5.
- При абсцессе или осложнениях острого тиреоидита, включая свищи и медиастинит, показано хирургическое лечение; чаще выполняют гемитиреоидэктомию, а при медиастините дополняют ее санацией и дренированием средостения. УУР С, УДД 4.
- При легком подостром тиреоидите применяют НПВП и при необходимости бета-адреноблокатор. Для симптоматического тиреотоксикоза, особенно при ЧСС более 90/мин, чаще используют пропранолол 40–120 мг/сут; предпочтительный НПВП — напроксен 500–1000 мг/сут в 2 приема с возможным переходом на 500 мг/сут. УУР С, УДД 4.
- Преднизолон назначают при средней или тяжелой форме подострого тиреоидита либо если за 5–7 суток НПВП не дали эффекта: обычно 20–30 мг/сут в 2–3 приема. При выраженной симптоматике возможно 40 мг/сут в течение 1–2 недель с последующим снижением дозы в течение 2–4 недель или дольше по клиническому ответу. УУР С, УДД 4.
- В гипотиреоидную фазу подострого тиреоидита левотироксин назначают на 3–6 месяцев, затем отменяют и оценивают функцию щитовидной железы; дозу подбирают индивидуально. УУР А, УДД 4.
- При цитокин-индуцированном деструктивном тиреоидите во время тиреотоксической фазы проводят наблюдение без тиреостатиков; для симптомов допустимы бета-адреноблокаторы. При гипотиреозе левотироксин применяют в течение 1 года с последующей попыткой отмены. УУР С, УДД 5.
- Изменения щитовидной железы сами по себе не являются основанием для отмены препаратов лития. При гипотиреозе назначают левотироксин, при безболевом тиреоидите — бета-адреноблокаторы; глюкокортикоиды рассматривают только при выраженном тиреотоксикозе и с осторожностью из-за возможного ухудшения психического состояния.

Когда направить и как наблюдать

- При остром тиреоидите госпитализация в стационар показана во всех случаях; выписка возможна после эффективной антибактериальной терапии с устранением угрозы рецидива либо после радикального устранения очага.
- При подостром тиреоидите госпитализируют при выраженной боли или выраженных симптомах тиреотоксикоза; выписывают после их купирования.
- При цитокин-индуцированном тиреоидите экстренная госпитализация нужна при тяжелом тиреотоксикозе, плановая — при нарушении функции щитовидной железы, которое не удается скорректировать амбулаторно.
- При тиреопатии на фоне лития экстренно госпитализируют при выраженном тиреотоксикозе или его осложнениях, а также при выраженной декомпенсации гипотиреоза и его осложнениях.

- При тиреоидите Риделя экстренная госпитализация показана при компрессии трахеи или пищевода; плановая — при нарушении функции щитовидной железы, не поддающемся амбулаторной коррекции.

Частые вопросы

Как отличить острый гнойный тиреоидит от подострого?

Для острого тиреоидита типичны температура 39–40 °C, выраженная боль и интенсивные местные признаки воспаления; в анализе крови чаще выявляют нейтрофильный лейкоцитоз. При подостром тиреоидите боль обычно менее интенсивна, гипертермия с гектической температурной кривой, как правило, отсутствует, а СОЭ часто превышает 40–60 мм/ч.

Нужно ли назначать тиреостатики при тиреотоксикозе при подостром тиреоидите?

Нет. Тиреотоксикоз при подостром тиреоидите имеет деструктивный характер, поэтому тиреостатики не назначают; для контроля симптомов используют бета-адреноблокаторы и противовоспалительную терапию.

Когда при подостром тиреоидите переходят от НППП к преднизолону?

Преднизолон назначают при средней или тяжелой симптоматике либо при отсутствии эффекта от НППП в течение нескольких суток, в среднем 5–7 дней. Обычная доза — 20–30 мг/сут в 2–3 приема; снижение начинают после уменьшения или исчезновения боли и ориентируются на динамику СОЭ.

Нужно ли отменять литий при развитии тиреопатии?

Само развитие структурно-функциональных изменений щитовидной железы не является показанием к отмене лития. Гипотиреоз компенсируют левотироксином, а дальнейшую тактику определяют с учетом психиатрического заболевания и формы тиреопатии.

Когда оперируют при тиреоидите Риделя?

Оперативное вмешательство выполняют в минимальном объеме при признаках компрессионного синдрома. К таким проявлениям относятся сдавление трахеи или пищевода с одышкой, дисфагией, хрипотой или стридорозным дыханием.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/621-ostrye-i-hronicheskie-tireoidity-isklyuchaya-autoimmunnyj-i-amiodaron. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/621_3