Тиреоидиты у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E03.8, E06.0, E06.1, E06.3, E06.5, E06.9 · Российская ассоциация эндокринологов

Тиреоидиты у детей — группа воспалительных заболеваний щитовидной железы разной этиологии, включая острые, подострые, аутоиммунные, фиброзные и специфические формы. Рекомендация описывает распознавание разных вариантов, подтверждение диагноза, лечение по типу тиреоидита и показания к госпитализации.

Главное

- У детей чаще встречается неинфекционная форма — хронический аутоиммунный тиреоидит; острый гнойный тиреоидит связан с бактериальной инфекцией, а острый негнойный может возникать после травмы или кровоизлияния; подострый тиреоидит имеет вирусную этиологию.
- Для острого тиреоидита типичны внезапная боль и припухлость в области ЩЖ, лихорадка до 38–40 °C, озноб, дисфагия и локальные признаки воспаления; возможны абсцесс, флегмона шеи, медиастинит и сепсис.
- При подостром тиреоидите в острой фазе может развиваться тиреотоксикоз, затем возможны эутиреоидная и гипотиреоидная фазы; гипотиреоидная фаза может продолжаться 2–7 месяцев.
- При ХАИТ зоб не обязателен: диагноз устанавливают по наличию антител к ТПО и характерных ультразвуковых изменений щитовидной железы.
- Тиреоидит Риделя проявляется плотной, малоподвижной железой и может приводить к сдавлению трахеи и пищевода.
- При тиреоидите Риделя оперативное вмешательство в минимальном объёме проводят только при признаках компрессионного синдрома.
- Острый тиреоидит требует экстренной госпитализации во всех случаях, тогда как при ХАИТ госпитализация обычно не нужна.

Диагностика

1. Сначала уточняют предшествующие инфекции ЛОР-органов, вирусные заболевания, инвазивные вмешательства, сопутствующие аутоиммунные или специфические инфекции; оценивают боль, дисфагию, охриплость, одышку и чувство сдавления шеи.
2. Проводят осмотр и пальпацию шеи: ищут покраснение, отёк, болезненность, уплотнение, флюктуацию, увеличение и плотность ЩЖ, её подвижность при глотании, узлы и признаки компрессии.
3. При подозрении на острый или подострый тиреоидит выполняют общий анализ крови с СОЭ. Для острого процесса характерны лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг; при подостром тиреоидите чаще сохраняется нормальная формула крови, а СОЭ повышается, иногда более 50 мм/ч.
4. Определяют ТТГ и свободные Т3/Т4 при подостром тиреоидите; при ХАИТ — антитела к ТПО, ТТГ и свободный Т4; при Риделе — ТТГ и свободный Т4, а при узлах также кальцитонин.
5. УЗИ ЩЖ и паращитовидных желез проводят при подозрении на все основные формы тиреоидита. При остром процессе ищут гипоэхогенный очаг и абсцесс, при подостром — диффузную неоднородность или «облаковидные» зоны сниженной эхогенности, при ХАИТ — диффузную гетерогенность и снижение эхогенности.
6. Сцинтиграфию с натрия пертехнетатом [99mTc] при остром тиреоидите проводят только при подтверждённом тиреотоксикозе, а при подостром тиреоидите — в сомнительных случаях; при этих формах выявляют сниженный захват радиофармпрепарата.
7. Пункцию проводят при подозрении на острый, специфический или тиреоидит Риделя, но не для подтверждения ХАИТ.

Лечение

- При остром тиреоидите назначают парентеральные высокие дозы системных антибиотиков широкого спектра: цефалоспорины III–V поколений, комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз или макролиды; дополнительно применяют НПВС.
- При абсцедировании или осложнениях острого тиреоидита проводят хирургическое лечение. При поражении одной доли выбирают лобэктомию, при распространении за капсулу — дренирование; при абсцессе возможно пункционное дренирование вместе с антибиотиками.
- Подострый тиреоидит у детей лечат симптоматически: в острой фазе используют ибупрофен или напроксен внутрь. Ибупрофен допустим с 3 месяцев, напроксен — с 15 лет (УУР С, УДД 5).
- Если НПВС неэффективны, назначают преднизолон 0,5–1 мг/кг/сут внутрь на 1 неделю с последующим снижением дозы в течение 3 недель (УУР С, УДД 5).
- При гипотиреозе в восстановительной фазе подострого тиреоидита используют левотироксин 3–6 месяцев с последующей постепенной отменой после восстановления функции; средняя доза составляет 25–50 мкг/сут у дошкольников и 50–100 мкг/сут у школьников. Тиреостатическая терапия и антибиотикотерапия для лечения подострого тиреоидита не рекомендуются (УУР С, УДД 5).
- При явном гипотиреозе на фоне ХАИТ назначают левотироксин: 4–6 мкг/кг/сут в 1–5 лет, 3–4 мкг/кг/сут в 6–10 лет и 2–3 мкг/кг/сут с 11 лет; альтернативно указана доза 100 мкг/м² (УУР С, УДД 5).
- При субклиническом гипотиреозе с ТТГ 5–10 МЕ/л и нормальным свободным Т4 детям младше 3 лет назначают левотироксин, а детям старше 3 лет проводят наблюдение. При ТТГ выше 10 МЕ/л назначают левотироксин; уровень ТТГ перепроверяют для исключения лабораторной ошибки.
- При тиреоидите Риделя используют глюкокортикоиды; эффективная доза в рекомендации не установлена. При симптомах гипопаратиреоза назначают препараты кальция и альфакальцидол.
- При тиреоидите Риделя выполняют минимальное хирургическое вмешательство только при компрессионном синдроме.

Когда направить и как наблюдать

- Острый тиреоидит — экстренная госпитализация во всех случаях.
- При подостром тиреоидите госпитализируют при выраженной боли или выраженных симптомах тиреотоксикоза.
- При ХАИТ плановая госпитализация нужна при нарушении функции ЩЖ, которое не удаётся скорректировать амбулаторно, или при узловых образованиях, требующих стационарного обследования.
- При тиреоидите Риделя экстренно направляют в стационар при синдроме сдавления трахеи и пищевода; плановая госпитализация показана при некорригируемом амбулаторно нарушении функции ЩЖ.

Частые вопросы

Как отличить острый тиреоидит от подострого у ребёнка?

Острый тиреоидит обычно начинается внезапно с сильной боли, высокой лихорадки, озноба, локального покраснения и отёка. Подострый тиреоидит чаще сопровождается субфебрилитетом, болезненностью ЩЖ и фазным изменением её функции.

Нужно ли назначать тиреостатики при тиреотоксикозе на фоне подострого тиреоидита?

Нет. Тиреотоксикоз при подостром тиреоидите имеет деструктивный характер, поэтому тиреостатическая терапия не обоснована; требуется наблюдение за функцией ЩЖ.

Обязателен ли зоб для диагностики ХАИТ?

Нет. Современные критерии включают антитела к ТПО и характерную ультразвуковую картину; отсутствие увеличения ЩЖ не исключает ХАИТ.

Когда при ХАИТ начинать левотироксин при субклиническом гипотиреозе?

При ТТГ 5–10 МЕ/л и нормальном свободном Т4 лечение проводят детям младше 3 лет, а после 3 лет выбирают наблюдение. При ТТГ выше 10 МЕ/л левотироксин назначают, если лечение не было начато ранее.

Когда при тиреоидите Риделя нужна операция?

Оперативное вмешательство выполняют в минимальном объёме только при компрессионном синдроме с нарушением проходимости или сдавлением трахеи и пищевода.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/686-tireoidity-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/686_3