

ПРОТОКОЛ

ведения пациента с тиреоидитами

(нормативная ссылка: КР ID- 686 Тиреоидиты у детей 2024г, МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	плановая
Средние сроки лечения (количество дней)	не указаны
Врач	врач-педиатр участковый, врач эндокринолог
Клиническая картина	
Острый тиреоидит	Внезапно появляется болезненность и припухлость в области ЩЖ, лихорадка, озноб, боль в горле, охриплость голоса и нередко дисфагия. Часто болезненность выражена с одной стороны и иррадирует в нижнюю челюсть, ухо или затылок. Сгибание шеи приводит к уменьшению болезненности, тогда как разгибание усугубляет болевой синдром и вызывает дисфагию. Часто ребенок не позволяет провести пальпацию ЩЖ из-за сильной болезненности. Позже возникает эритема в области ЩЖ, регионарная лимфаденопатия, редко обнаруживается флюктуация. Возможно поражение одной доли и/или всей железы. У детей чаще вовлечена левая доля. Подключичные и шейные лимфатические узлы увеличены, отмечается отек мягких тканей шеи.
Подострый тиреоидит (вирусный, гранулематозный, тиреоидит де Кервена)	Начинается с общей воспалительной реакции, локальной болезненности, припухлости и болезненности при пальпации в области ЩЖ. Возможно бессимптомное течение, сопровождающееся лишь тиреомегалией и небольшой общей воспалительной реакцией. Общая симптоматика: недомогание, слабость, утомляемость и субфебрильная температура. Боль в области ЩЖ усиливается при разгибании шеи и глотании.
Хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ)	Наблюдается увеличение ЩЖ при отсутствии клинических симптомов нарушения ее функции. Хашитоксикоз проявляется субклиническим тиреотоксикозом (изолированное подавление уровня ТТГ при нормальном Т ₄ и Т ₃) Слабость, недомогание, раздражительность, редко-дисфагия, боль в горле, охриплость, чувство давления в области шеи. При гипертрофической форме определяется зоб. При пальпации железа мягкая или эластичной консистенции с зернистой поверхностью. На поздних стадиях ткань железы становится плотной, поверхность бугристой, имитируя узловое образования. Особенности клинической картины при аутоиммунном тиреоидите в детском и подростковом возрасте обусловлены непродолжительностью течения заболевания и минимальными морфофункциональными изменениями ЩЖ на начальных стадиях иммунопатологического процесса. АИТ у детей раннего и дошкольного возраста манифестирует преимущественно гипотиреозом.
Хронический фиброзный тиреоидит Риделя	ЩЖ увеличена, «каменистой» плотности, с неровной поверхностью, не смещается при глотании. Возможно затруднение дыхания, кашель, осиплость голоса, дисфагия. В некоторых случаях увеличение зоба сопровождается прогрессирующим гипотиреозом. Значительно реже отмечаются явления гипопаратиреоза (судорожный синдром). При

Специфические тиреоидиты.	<p>поражении мышц глазного яблока и ретробульбарных тканей- вторичный экзофтальм</p> <p>Клиническая картина хронического специфического тиреоидита определяется основным заболеванием: ЩЖ плотная, безболезненная, подвижная.</p>
Острый тиреоидит	<p style="text-align: center;">Жалобы, анамнез</p> <p><i>Анамнез:</i> предшествующие манифестации острого тиреоидита воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;</p> <p><i>Физикально:</i> болевой синдром с иррадиацией в челюсть, ухо, плечо со стороны поражения; локальные признаки воспаления (покраснение, отек) и абсцедирования в ЩЖ;</p> <p><i>Лабораторно:</i> РАК: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ;</p> <p><i>Инструментально:</i> ЩЖ - гипозоженная при УЗИ, «холодный» при сцинтиграфии участок воспаления;</p> <p>При пункционной аспирационной биопсии очага воспаления с флюктуацией: гнойное отделяемое;</p> <p>Рекомендуется тщательный сбор анамнеза пациентам с подозрением на острый тиреоидит с целью выявления предшествующих перенесенных острых инфекционных заболеваний ЛОР-органов (тонзиллита, синусита, отита); жалоб на наличие болевого синдрома, локализации и иррадиации боли</p>
Подострый тиреоидит	<p><i>Анамнез:</i> предшествующие манифестации ПТ эпидемии вирусных заболеваний: кори, гриппа, аденовирусной инфекции, коксаки-вирусной инфекции, инфекционного мононуклеоза. Также подострый тиреоидит возникает на фоне саркоидоза, Q-лихорадки, малярии, стрептококковой инфекции, инвазивных врачебных манипуляций, после антибиотикотерапии, эмоционального стресса.</p> <p><i>Физикально:</i> припухлость и болезненность при пальпации в области щитовидной железы, увеличение размеров ЩЖ; боль в области щитовидной железы усиливается при разгибании шеи и глотании;</p> <p><i>Лабораторно:</i> РАК: нормальная формула крови при повышенной СОЭ;</p> <p>Исследований уровней ТТГ и тиреоидных гормонов: в зависимости от фазы заболевания, изменение уровней ТТГ и тиреоидных гормонов;</p> <p><i>Инструментально:</i> на УЗИ увеличение ЩЖ, диффузная гетерогенность или очаговые «облаковидные» зоны пониженной эхогенности в одной или обеих долях) и сцинтиграфическая картина ЩЖ (снижение захвата йода ЩЖ в острую фазу.</p> <p>Рекомендуется тщательный сбор анамнеза пациентам с подозрением на подострый тиреоидит с целью выявления:</p> <ul style="list-style-type: none">- предшествующей манифестации ПТ эпидемии вирусных заболеваний: кори, гриппа, аденовирусной инфекции, коксаки-вирусной инфекции, инфекционного мононуклеоза;- наличия сопутствующих ПТ саркоидоза, Q-лихорадки, малярии, стрептококковой инфекции, инвазивных врачебных манипуляций, антибиотикотерапии, эмоционального стресса;- жалоб на недомогание, повышение температуры тела до субфебрильных значений, утомляемость;- жалоб на боли в горле, умеренную или сильную боль в ЩЖ, часто иррадиирующую в ухо и челюсть. <p><i>Лабораторно:</i> Наличие антител к тиреоидной пероксидазе (ТП);</p>

<p>Хронический аутоиммунный тиреоидит</p> <p>Хронический фиброзный тиреоидит Риделя</p> <p>Специфические тиреоидиты</p>	<p><i>Инструментально:</i> УЗИ изменения структуры щитовидной железы. Рекомендуется тщательный сбор анамнеза пациентам с подозрением на ХАТ с целью выявления:</p> <ul style="list-style-type: none"> - патологии ЩЖ у родителей и сибсов; - наличия других аутоиммунных заболеваний; - жалоб на увеличение размеров шеи; чувство сдавления в области шеи <p><i>Жалобы</i> на дисфагию, кашель, огрубение голоса, нарушение дыхания;</p> <p><i>Физикально:</i> ЩЖ обычно увеличена; при пальпации безболезненна, деревянистой плотности, с гладкой поверхностью. Подвижность ЩЖ ограничена или полностью утрачена вследствие спаек с окружающими тканями. Кожа над щитовидной железой не спаяна с ней, легко собирается в складку. Лимфатические узлы не увеличены.</p> <p><i>Лабораторно:</i> РАК - изменений периферической крови нет; иногда увеличение СОЭ;</p> <p>Исследований уровня ТТГ, СТ4: уровень СТ4 в норме или понижен, уровень ТТГ в норме, или повышен;</p> <p><i>Инструментально:</i> УЗИ ЩЖ и данных скинтиграфии ЩЖ.</p> <p>Пункционной биопсии ЩЖ.</p> <p>при Р-графии пищевода или КТ пищевода с пероральным контрастированием – смещение или сужение пищевода или трахеи</p> <p>Рекомендуется тщательный сбор анамнеза всем пациентам с целью выявления жалоб на затруднение дыхания; боль при глотании; сухой кашель; осиплость голоса вплоть до афонии</p> <p><i>Анамнез:</i> наличие основного заболевания (туберкулеза, сифилиса, актиномикоза, саркоидоза);</p> <p><i>Визуально и пальпаторно</i> обследование ЩЖ с оценкой размеров, консистенции, наличия узловых образований;</p> <p>УЗИ - изменения структуры щитовидной железы;</p> <p>Изменений при скинтиграфии ЩЖ;</p> <p>Пункционной биопсии ЩЖ с последующим посевом содержимого.</p> <p>Рекомендуется тщательный сбор анамнеза у всех пациентов с целью выявления:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сопутствующей патологии (туберкулеза, сифилиса, актиномикоза, саркоидоза и т.д.); - жалоб на увеличение размеров шеи; чувство сдавления в области шеи
<p>Данные объективного осмотра</p>	<ul style="list-style-type: none"> - внешний осмотр области шеи с окружающими тканями (наличие покраснения, отека, деформации области шеи); - пальпация области шеи с окружающими тканями (наличия участков уплотнения и флюктуации) - регистрация обструктивных симптомов: одышки (ЧДД), дисфагии, хрипоты из-за поражения структур вокруг ЩЖ - визуальная оценка присутствия экзофтальма; - проверка симптомов Хвостека и Труссо.
<p>Лабораторно - диагностические исследования</p>	
<p>Острый тиреоидит</p> <p>Подострый тиреоидит</p>	<p>РАК- лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ. Исследование гормональной функции ЩЖ (исследование уровня ТТГ в крови) проводится только при наличии клинических признаков тиреотоксикоза.</p> <p>РАК-ускорение СОЭ>50 мм/час. Уровень лейкоцитов и лейкоцитарная формула не изменены.</p> <p>Пониженный уровень ТТГ в сочетании с повышенными уровнями СТ3 и СТ4. В начальной стадии заболевания уровень ТТГ может быть нормальным.</p>

Хронический аутоиммунный тиреоидит	-определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови - исследование уровня ТТГ в крови и уровня СТ4 в сыворотке крови для оценки функционального состояния ЩЖ.
Фиброзный тиреоидит Риделя	- исследование уровня ТТГ в крови, уровнем СТ4 в сыворотке крови для оценки функционального состояния ЩЖ - исследование уровня кальцитонина в крови при наличии узловых образований с целью исключения медуллярной карциномы ЩЖ
Специфический тиреоидит	- исследование уровня ТТГ в крови и уровня СТ4 в сыворотке крови для оценки функции ЩЖ.
Инструментальные диагностические исследования	
УЗИ ЩЖ и паращитовидных желез КТ шеи пациентам	с целью визуализации структурных изменений в ЩЖ, наличие абсцессов при массивном поражении с целью диагностики осложнений: медиастинита, флегмоны шеи и свищей с трахеей
МРТ-шеи	с целью дифференциальной диагностики только при наличии противопоказаний к лучевым методам диагностики
Показания для госпитализации.	
Острый тиреоидит – во всех случаях. Подострый тиреоидит- при наличии у пациента: 1) выраженного болевого синдрома; 2) выраженных симптомов тиреотоксикоза. Хронический аутоиммунный тиреоидит В большинстве случаев госпитализация не требуется. <i>Показания для плановой госпитализации:</i> 1) нарушение функции ЩЖ, не поддающееся коррекции на амбулаторном этапе; 2) наличие узловых образований в ЩЖ, требующих обследования в условиях стационара. Тиреоидит Риделя: для плановой госпитализации: 1) нарушение функции ЩЖ, не поддающееся коррекции на амбулаторном этапе для экстренной госпитализации: 1) развитие синдрома компрессии трахеи и пищевода.	
Классификация	
По МКБ	E06.0 Острый тиреоидит E06.1 Подострый тиреоидит E06.3 Аутоиммунный тиреоидит E06.5 Другой хронический тиреоидит E06.9 Тиреоидит неуточненный
По остроте процесса	1. Острый тиреоидит (гнойный, негнойный тиреоидит) 2. Подострый тиреоидит (вирусный, де Кервена) 3. Хронический тиреоидит: Аутоиммунный тиреоидит (гипертрофический (зоб Хашимото), атрофический (первичная микседема) Инвазивный фиброзный тиреоидит (зоб Риделя). 4. Специфический тиреоидит (при туберкулезе, лимфогранулематозе)
Лечение	
Острый тиреоидит	Консервативное лечение - антибактериальная терапия (цефалоспорины третьего, цефалоспорины четвертого, цефалоспорины пятого поколения (АТХ группа Другие

<p>Подострый тиреоидит (вирусный, гранулематозный, тиреоидит де Кервена)</p> <p>Хронический аутоиммунный тиреоидит</p> <p>Хронический фиброзный тиреоидит Риделя</p> <p>Специфические тиреоидиты</p>	<p>цефалоспорины и пены), комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, макролиды).</p> <p>- НПВП и противоревматические препараты</p> <p>Хирургическое лечение при абсцедировании и/или наличии осложнений (свищи, медиастинит)</p> <p>Консервативное лечение</p> <p>- НПВП и противоревматических препаратов (ибупрофен, напроксен в табл). <i>Ибупрофен</i> - с 3-месячного возраста. <i>Напроксен</i> - детям с 15 лет</p> <p>- глюкокортикоиды при неэффективности НПВС - <i>преднизолон</i> в дозе 0,5-1 мг/кг/сутки в табл внутрь в течение 1 недели с дальнейшим снижением дозы в течение 3 недель</p> <p>- фазе восстановления при наличии гипотиреоза назначение <i>Левотироксина натрия</i>. Доза подбирается по уровню ТТГ (оптимальная концентрация 1-2 МЕд/л). Средняя адекватная доза ЛП составляет 25-50 мкг/сут у детей дошкольного возраста и 50-100 мкг/сут у детей школьного возраста в течение 3-6 месяцев с постепенным снижением дозы до полной отмены, когда наступает восстановление нормальной функции ЩЖ, что подтверждается лабораторными тестами; или остается пожизненная терапия в случае, если гипотиреоз сохраняется</p> <p>Антибиотикотерапия неэффективна, так как этиология заболевания, предположительно, вирусная.</p> <p>Консервативное лечение заместительная терапия препаратами <i>левотироксина натрия</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - в адекватной дозе 100 мкг/м² или - в возрасте от 1 до 5 лет в дозе 4-6 мкг/кг/сут; - в возрасте от 6 до 10 лет в дозе 3-4 мкг/кг/сут; - в возрасте 11 лет и старше в дозе 2-3 мкг/кг/сут. <p>Исследование уровней ТТГ и СТ4 должно проводиться каждые 6-8 недель с момента начала терапии. По достижении эутиреоидного состояния – каждые 6-12 месяцев.</p> <p>Консервативное лечение - назначение глюкокортикоидов всем пациентам с тиреоидитом Риделя с противовоспалительной целью.</p> <p>заместительная терапия гипотиреоза,</p> <p>Хирургическое лечение при неэффективности консервативной терапии с целью ликвидации очага поражения частичная резекция ЩЖ</p>
Диспансерное наблюдение	
	<p>Диспансерное наблюдение зависит от тяжести состояния пациента и вовлечения в патологический процесс окружающих органов и тканей, частота контрольных исследований и консультации специалистов определяется индивидуально.</p>