Хирургические инфекции кожи и подкожной клетчатки у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L03.0, L03.1, L03.3, L03.8, L04.1, L04.2, L04.3, L04.8 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"

Хирургические инфекции кожи и подкожной клетчатки у детей — острые инфекции кожи, ее придатков и подкожной клетчатки, включая инфицированные раны и осложнения операций или травм. Рекомендация охватывает распознавание инфильтрации и абсцедирования, выявление сепсиса, антибактериальную терапию, хирургическую санацию и критерии госпитализации.

Главное

- В 70–80% случаев возбудитель — S. aureus; также возможны Streptococcus pyogenes, другие грамположительные и грамотрицательные бактерии и их ассоциации. Следует учитывать риск MRSA, в том числе у пациентов без предшествующей госпитализации или антибактериальной терапии.
- Инфильтрация проявляется отеком, гиперемией и болезненностью без флюктуации; при абсцедировании появляется флюктуация. Лихорадка, ухудшение самочувствия, SIRS и признаки органной дисфункции указывают на возможное развитие сепсиса.
- Сепсис предполагают при острой органной дисфункции на фоне инфекции; о ней судят по шкале SOFA: 2 и более баллов соответствуют органной дисфункции, нулевое значение указывает на ее отсутствие.
- Амбулаторное лечение допустимо при небольшом очаге не на голове и лице, отсутствии SIRS и возрасте ребенка старше 1 года. В остальных случаях требуется госпитализация.
- Системные антибактериальные препараты назначают большинству пациентов; исключение — небольшой поверхностный кожный абсцесс без признаков SIRS. Предпочтительно внутривенное введение, при невозможности внутривенного введения допустимо внутримышечное, амбулаторным пациентам — прием внутрь.
- При абсцедировании требуется хирургическая санация с удалением гноя и некротизированных тканей и дренированием; при флегмоне выполняют широкое вскрытие.
- Эффективность антибактериальной терапии оценивают через 48 часов по клиническим, лабораторным и инструментальным данным.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить боль, отек, гиперемию, лихорадку, ухудшение самочувствия, травму, ограничение движений и предшествующую инфекцию. У детей младшего возраста оценить вялость, снижение аппетита, нарушение сна и рвоту. УУР С, УДД 5.
2. Осмотреть пораженный участок при первичном обращении и затем ежедневно; определить отек, гиперемию, болезненность, нарушение функции, состояние раны и наличие флюктуации. Проводить пальпацию для оценки инфильтрации, отека и флюктуации. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить общий анализ крови с лейкоформулой и СОЭ при поступлении; повторять исследование не реже одного раза в 5 суток или перед выпиской. УУР С, УДД 5.
4. При SIRS и/или инфекционно обусловленной органной дисфункции дополнительно определить С-реактивный белок и прокальцитонин. При подозрении на сепсис по согласованию с анестезиологом-реаниматологом исследовать коагулограмму и биохимические показатели крови. УУР С, УДД 5.
5. При тяжелых формах с развитием SIRS/сепсиса, длительном или нетипичном течении, подозрении на резистентные штаммы бактерий, в первую очередь MRSA, либо неэффективности лечения выполнить микробиологическое исследование раневого отделяемого и/или крови. УУР С, УДД 5.
6. При неясной клинической картине провести УЗИ мягких тканей: инфильтрация дает отечные ткани без четких границ, абсцедирование — полость с неоднородным жидкостным содержимым. При поражении сегментов конечностей, особенно пальцев кисти и стопы, выполнить рентгенографию кисти или стопы в двух проекциях; при недостаточной информативности — КТ верхней или нижней конечности либо МРТ мягких тканей. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При легком и среднетяжелом течении парентерально применяют оксациллин: детям старше 6 лет 2–4 г/сут, до 3 месяцев 60–80 мг/кг/сут, от 3 месяцев до 2 лет 1 г/сут, от 2 до 6 лет 2 г/сут, новорожденным и недоношенным 20–40 мг/кг/сут; суточную дозу вводят 4 раза. Альтернатива — цефуроксим 30–100 мг/кг/сут в 3–4 введения, для большинства инфекций 60 мг/кг/сут; новорожденным 30–100 мг/кг/сут в 2–3 введения. УУР С, УДД 5.
- Если парентеральное введение не требуется или невозможно, цефуроксим принимают внутрь: 3–6 месяцев — 40–60 мг каждые 12 часов, 6 месяцев–2 года — 60–120 мг каждые 12 часов, 2–12 лет — 125 мг каждые 12 часов, старше 12 лет — 250 мг каждые 12 часов. УУР С, УДД 5.
- При непереносимости пенициллинов, устойчивых к бета-лактамазам, и цефалоспоринов используют клиндамицин внутривенно путем инфузии или внутримышечно у детей старше 3 лет 20–40 мг/кг/сут в 3 введения либо линкомицин внутривенно путем инфузии или внутримышечно у детей старше 1 месяца 10–20 мг/кг/сут в 3 введения. УУР С, УДД 5.
- При высоком риске или подтвержденном MRSA, а также при сепсисе применяют даптомицин внутривенно 1 раз в сутки: 1–2 года — 10 мг/кг, 2–6 лет — 9 мг/кг, 7–11 лет — 7 мг/кг, 12–17 лет — 5 мг/кг; либо линезолид внутривенно путем инфузии: старше 12 лет 600 мг каждые 12 часов, новорожденным и детям до 12 лет 10 мг/кг каждые 12 часов; либо ванкомицин внутривенно путем инфузии: старше 12 лет 2 г/сут каждые 6 или 12 часов, от 1 месяца до 12 лет 40 мг/кг/сут каждые 6 часов, новорожденным начальная доза 15 мг/кг, затем 10 мг/кг каждые 12 часов в первую неделю жизни. УУР С, УДД 5.
- При SIRS, водно-электролитных нарушениях или сепсисе проводят инфузионную и дезинтоксикационную терапию. Дефицит воды рассчитывают как: (гематокрит фактический − гематокрит нормальный) / (100 − гематокрит нормальный) × масса тела × k, где k = 0,33 в первый год жизни и 0,25 у детей старше года; детям до 3 лет к инфузионной среде добавляют 5% или 10% раствор декстрозы. УУР С, УДД 5.
- При абсцессе удаляют гной и некротизированные ткани и устанавливают дренаж; при технической возможности используют пункционное дренирование. При флегмоне выполняют широкое вскрытие, ревизию карманов и затеков, удаление гноя и некроза; рану не ушивают. УУР С, УДД 5.
- При кожном и околоногтевом панариции или паронихии вскрывают абсцесс над зоной максимальной флюктуации, удаляют экссудат и накладывают повязку с местным антисептиком или антибиотиком. При подкожном панариции выполняют боковые разрезы пораженных фаланг и проводят сквозной дренаж Penrose. УУР С, УДД 5.
- После операции проводят обезболивание, антибактериальную и местную терапию. Раны обрабатывают 1–2 раза в сутки 10% раствором повидон-йода у детей старше 1 месяца или 0,05% хлоргексидином, затем закрывают атравматической мазевой повязкой; силиконовые дренажи удаляют после прекращения отделяемого, резиновые выпускники — через 24 часа, вакуумную систему меняют каждые 2–3 суток. УУР С, УДД 5 для обезболивания, местного лечения и удаления дренажей; УУР С, УДД 4 для смены вакуумной системы.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при признаках SIRS, необходимости интенсивной терапии или оперативного вмешательства под общей анестезией.
- Госпитализация показана при инфекции лица или волосистой части головы, а также всем детям в возрасте до 1 года.
- Направить в стационар при предполагаемом многоэтапном лечении, тяжелой сопутствующей патологии или невозможности надежно оценить состояние и прогноз при первичном осмотре.
- При сепсисе лечение проводят в отделении реанимации и интенсивной терапии с коррекцией органной дисфункции и/или заместительной терапией.
- Выписать можно при улучшении или выздоровлении, отсутствии SIRS, прекращении отделения экссудата и признаков продолжающейся инфекции, начале эпителизации раны и отсутствии необходимости в парентеральных системных антибиотиках.

Частые вопросы

Как отличить инфильтрат от абсцесса?

При инфильтрации есть отек, гиперемия и болезненность, но нет флюктуации и отделяемого. При абсцедировании появляется флюктуация.

Когда ребенка с инфекцией мягких тканей можно лечить амбулаторно?

Только если очаг небольшой, расположен не на голове и лице, нет SIRS, а ребенку больше 1 года. Во всех остальных ситуациях требуется госпитализация.

Какие исследования обязательны при подозрении на инфекцию кожи и подкожной клетчатки?

Проводят сбор жалоб и анамнеза, осмотр пораженного участка, общий анализ крови с лейкоформулой и СОЭ при поступлении и далее не реже 1 раза в 5 суток или перед выпиской. При SIRS и/или органной дисфункции дополнительно исследуют С-реактивный белок и прокальцитонин; при неясной клинической картине выполняют УЗИ, при поражении сегментов конечностей, особенно пальцев кисти и стопы, — рентгенографию кисти или стопы в двух проекциях; при малой информативности УЗИ или сложной локализации — КТ или МРТ.

Когда нужны посевы раневого отделяемого или крови?

При тяжелой инфекции с SIRS или сепсисом, длительном либо нетипичном течении, подозрении на MRSA и неэффективности лечения.

Когда требуется операция и каков ее объем?

В стадии абсцедирования удаляют гной и некротизированные ткани и обеспечивают дренирование; при флегмоне выполняют широкое вскрытие с ревизией карманов и затеков. При сформированном абсцессе, если технически возможно, предпочтительно пункционное дренирование.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1035-hirurgicheskie-infekcii-kozhi-i-podkozhnoj-kletchatki-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1035_1