Панариций у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L02.4, L03.0 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

Панариций у детей — острое гнойно-воспалительное поражение тканей пальцев кисти или стопы. Главное в рекомендации — быстро определить форму и стадию процесса, отличить поверхностные формы от глубоких и вовремя выбрать консервативную или хирургическую тактику.

Главное

- Основные входные ворота инфекции — микро- и макротравмы пальцев; чаще выделяют Staphylococcus aureus, включая MSSA и MRSA, реже стрептококки, грамотрицательную, анаэробную флору, грибы и вирус простого герпеса.
- Формы делят на поверхностные: кожный, подногтевой, околоногтевой, паронихия, подкожный; и глубокие: сухожильный, суставной, костный, пандактилит.
- Местные признаки: боль, отёк, гиперемия, локальное повышение температуры, нарушение функции; общие признаки интоксикации — лихорадка, озноб, слабость, головная боль.
- Для подкожного панариция типична нарастающая пульсирующая боль и симптом «первой бессонной ночи», что указывает на гнойную стадию.
- Гнойный тендовагинит подозревают при усилении боли при разгибании пальца, облегчении при сгибании, резкой болезненности по ходу сухожилий и ранней выраженной общей реакции с температурой до 40 °C.
- В гнойной стадии панариция всем пациентам показано неотложное хирургическое лечение: вскрытие, санация и дренирование очага; УУР B, УДД 3.
- Неосложнённые кожный, околоногтевой панариций и паронихию в серозно-инфильтративной стадии лечат без операции: системная антибиотикотерапия и повязки с антисептиками, например хлоргексидин 0,05% или повидон-йод 10%; УУР C, УДД 5.

Диагностика

1. Сначала собирают анамнез и уточняют форму боли, длительность заболевания, предшествующие травмы, лечение, сопутствующие заболевания, привычки и признаки интоксикации; УУР C, УДД 5.
2. Детский хирург оценивает общее состояние: сознание, дыхание, кровообращение, температуру, ЧСС, АД, ЧДД; это особенно важно при глубоких формах и подозрении на ССВР/сепсис; УУР C, УДД 5.
3. Осматривают поражённый палец, кисть и предплечье: ищут локализацию гиперемии и отёка, эпидермальный пузырь, гной под ногтем, свищ, лимфангоит, распространение на кисть/предплечье; УУР B, УДД 3.
4. Пальпируют очаг: оценивают болезненность и флюктуацию; при сухожильном панариции проверяют резкую болезненность пуговчатым зондом по проекции сухожилий сгибателей; УУР B, УДД 3.
5. Оценивают активные и пассивные движения и осевую нагрузку: при поверхностных формах функция обычно сохранена, при глубоких — движения ограничены, осевая нагрузка болезненна; УУР C, УДД 5.
6. Госпитализированным пациентам выполняют развёрнутый ОАК; при генерализации, системных осложнениях или подозрении на ССВР/сепсис добавляют СРБ, прокальцитонин, биохимию, коагулограмму, D-димер и продукты паракоагуляции.
7. При подозрении на суставной, костный панариций или пандактилит выполняют рентгенографию в двух проекциях; при подозрении на глубокие формы возможно УЗИ сустава/сухожилий, но не как единственный метод.

Лечение

- Цель лечения — подавить инфекцию в очаге, снизить функциональные и эстетические последствия и предупредить генерализацию; тактика зависит от формы, стадии, осложнений и признаков ССВР/сепсиса.

- В серозно-инфильтративной стадии неосложнённых кожного, околоногтевого панариция и паронихии применяют консервативное лечение: антибиотики и местные повязки с хлоргексидином 0,05% или повидон-йодом 10%; УУР С, УДД 5.
- При гнойной стадии выполняют операцию в неотложном порядке после местной или общей анестезии: вскрытие, санация и дренирование очага; УУР В, УДД 3.
- При кожном, околоногтевом панариции и паронихии в гнойной стадии или при неэффективности консервативного лечения выполняют вскрытие; при подногтевом панариции — частичное или полное удаление ногтевой пластины.
- При подкожных и глубоких формах выполняют вскрытие и дренирование абсцесса/флегмоны мягких тканей пальца; при костном панариции и пандактилите при наличии некроза или секвестров — некрэктомию и секвестрэктомию.
- При суставном панариции без гноя при диагностической аспирации и без ССВР/сепсиса возможно пункционное лечение под УЗ-контролем; при гнойной стадии и отсутствии эффекта от пункций выполняют артротомию.
- Системная антибиотикотерапия показана всем пациентам: амбулаторно — внутрь амоксициллин/клавулановая кислота или цефуроксим; при аллергии на β-лактамы — клиндамицин или линкомицин; при риске или подтверждении MRSA — линезолид или ко-тримоксазол.
- Ориентировочная длительность антибиотикотерапии: поверхностные формы 5–7 дней, подкожная и сухожильная — 7–10 дней, суставная и костная — 14–28 дней, пандактилит — более 3–4 недель.

Когда направить и как наблюдать

- Амбулаторно лечат поверхностные неосложнённые формы, если они поддаются хирургическому лечению под местной/проводниковой анестезией и есть малая операционная или перевязочный кабинет.
- Госпитализация показана при глубоких формах панариция и при наличии осложнений.
- Если помощь невозможно оказать амбулаторно и есть медицинские показания, ребёнка направляют в стационар.
- Выписка возможна при удовлетворительном состоянии, отсутствии жалоб, изменений при физикальном и лабораторном обследовании и отсутствии осложнений.
- После глубоких форм и операции наблюдение у детского хирурга продолжают до полного заживления раны и восстановления движений пальца; неосложнённые поверхностные формы длительного диспансерного наблюдения не требуют.

Частые вопросы

Как понять, что панариций уже в гнойной стадии?

В гнойной стадии при пальпации обнаруживается симптом флюктуации мягких тканей; при поверхностных формах могут визуализироваться эпидермальный пузырь с гноем или гной под ногтевой пластиной.

Когда при панариции нужна рентгенография?

Рентгенографию кисти или фаланг выполняют при подозрении на суставную, костную форму или пандактилит. Первые 7–10 дней снимки часто малоинформативны, основные признаки обычно видны не раньше 2–3-й недели.

Нужно ли брать посев при панариции?

Посев гнойного отделяемого выполняют госпитализированным пациентам и при неэффективности стартовой антибиотикотерапии; при суставном панариции исследуют синовиальную жидкость. Материал берут до начала антибиотиков.

Какие антибиотики указаны для амбулаторного лечения?

Для приёма внутрь указаны амоксициллин/клавулановая кислота или цефуроксим; при аллергии на β-лактамы — клиндамицин или линкомицин. При риске или подтверждении MRSA возможны линезолид или ко-тримоксазол с учётом возрастных ограничений.

Можно ли лечить панариций только мазями?

При отсутствии показаний к системной антибиотикотерапии возможно применение местных антимикробных мазей при отдельных формах, но всем пациентам с панарициями в рекомендации указана системная антибиотикотерапия. Мази с берёзовым дёгтем/трибромфенолятом висмута/оксидом висмута и ихтаммолом при панарициях не рекомендуются.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1080-panaricij-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1080_1