Вросший ноготь (онихокриптоз)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L60.0 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Региональная общественная организация "Хирургическое общество – раны и раневые инфекции"

Вросший ноготь (онихокриптоз) — врастание края ногтевой пластины в мягкие ткани пальца с хроническим или циклическим воспалением, чаще на наружном крае первого пальца стопы. Тактика зависит от стадии: при I–II стадии применяют консервативное лечение, при III–IV стадии — хирургическое; отдельно оценивают инфекцию, диабет, сосудистые нарушения и возможное поражение кости.

Главное

- Основные проявления — боль и дискомфорт, усиливающиеся при ходьбе, ношении обуви и надавливании; по мере прогрессирования присоединяются отёк, покраснение, мокнутие, деформация ногтя, грануляции и гнойное отделяемое.
- По классификации Mozena разрастание околоногтевого валика менее 3 мм соответствует стадии IIa, более 3 мм — IIb; наличие грануляций и гипертрофии тканей соответствует III стадии.
- При I–II стадии предпочтительно консервативное лечение; при III–IV стадии показано хирургическое вмешательство. Консервативная тактика особенно подходит при временной деформации ногтя, у маленьких детей или при невозможности операции.
- Рутинное применение системных антибактериальных препаратов при вросшем ногте не рекомендовано (УУР А, УДД 1). При абсцедировании или генерализации инфекции системные антибиотики подбирают по результатам микробиологического исследования (УУР В, УДД 2).
- У пациентов с сахарным диабетом, облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей перед лечением повышен риск гнойно-некротических осложнений; им проводят ультразвуковое исследование артерий и вен нижних конечностей.
- Основной объём помощи оказывается амбулаторно. Госпитализация нужна при системной воспалительной реакции, генерализации инфекции или вовлечении костной ткани.

Диагностика

1. Собрать анамнез: уточнить постоянную интенсивную боль в области ногтевого валика, её усиление при ходьбе и ношении обуви, травму, неправильную стрижку ногтей, вид обуви, гипергидроз, онихомикоз, диабет, ожирение и сосудистые заболевания (УУР С, УДД 5).
2. Провести осмотр и пальпацию хирурга или детского хирурга: определить локализацию врастания, стадию, болезненность, отёк околоногтевой складки, рану, экссудат, гной, грануляции, деформацию или утолщение ногтя, а также сравнить с другой конечностью (УУР С, УДД 5).
3. При температуре, тахикардии, тахипноэ или рецидивирующем течении назначить общий анализ крови с лейкоформулой, общий анализ мочи и биохимический анализ крови. При подозрении на диабет определить глюкозу и гликированный гемоглобин (УУР С, УДД 5 и УУР С, УДД 4 соответственно).
4. При гнойном отделяемом на фоне длительного рецидивирования или неэффективности лечения выполнить микробиологическое исследование отделяемого с определением чувствительности к антибиотикам. При подозрении на онихомикоз взять соскоб с посевом на грибы (УУР С, УДД 5).
5. Рентгенографию поражённого пальца в двух проекциях проводить только при клинических признаках вовлечения кости; при хронической деформации она также помогает выявить костные изменения и заболевания, имитирующие вросший ноготь (УУР С, УДД 5).
6. При выраженной деформации и хроническом рецидивирующем течении в редких случаях исследовать удалённый материал морфологически для исключения опухолевого поражения (УУР С, УДД 5 для детей, УУР С, УДД 4 для взрослых).

Лечение

- При I–II стадии без выраженных грануляций, ярко выраженного воспаления и выраженного локального болевого синдрома начать консервативное лечение (УУР А, УДД 1): разгрузить палец подходящей обувью, использовать прокладки между пальцами и индивидуальные ортопедические стельки, обеспечить уход за ногтем, лечить гипергидроз и онихомикоз.
- После мытья ног туалетным мылом проводить местный уход; местные стероидные мази применяют 1–2 недели. Крем с 10% мочевиной используют на начальной стадии для размягчения ногтевой пластины.
- Для разделения ногтя и околоногтевого валика и коррекции направления роста можно подкладывать вату, марлю или материалы «каполин»/«лигазано»; возможна ортониксия. Эти меры применяют последовательно 2–12 недель в зависимости от выраженности процесса и ответа на лечение.
- Для регулярного местного ухода после промывания тёплой водой с мылом используют водный неокрашивающий антисептик; затем возможно нанесение местных средств с мупироцином, комбинацией бацитрацина и неомицина, комбинацией диоксометилтетрагидропиримидина и хлорамфеникола или повидон-йодом. Средство с хлорамфениколом противопоказано детям до 1 года.
- При III–IV стадии выполнять хирургическое лечение (УУР А, УДД 1). Возможны краевая резекция ногтевой пластины без матриксэктомии или радикальное вмешательство с удалением участка ногтя, гипергрануляций, части ложа и матрикса; распространённый вариант — клиновидная резекция по Winograd/операция Шмидена.
- При рецидивирующем течении выполнять повторное вмешательство с частичной матриксэктомией (УУР А, УДД 1). У детей рекомендуют краевую резекцию ногтя с разрушением матрикса ногтевого ложа для профилактики рецидива (УУР С, УДД 4).
- После операции обработать рану водным раствором повидон-йода, нанести мазь с антибиотиком и наложить стерильную умеренно-давящую марлевую повязку. Для детей 1 года и старше допустим препарат с диоксометилтетрагидропиримидином и хлорамфениколом, для взрослых — с гидроксиметилхиноксалиндиоксидом.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при признаках системной воспалительной реакции, генерализации воспалительного процесса или вовлечении костной ткани.
- Направить к хирургу или детскому хирургу всех пациентов с подозрением на вросший ноготь для осмотра, пальпации, определения стадии и локализации гнойно-деструктивного очага.
- При сахарном диабете или облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей до начала лечения выполнить ультразвуковое исследование артерий и вен нижних конечностей.
- После хирургического лечения средний срок восстановления составляет 2–2,5 недели; он связан с заживлением раны и ограничением ходьбы в первые дни.

Частые вопросы

Когда при вросшем ногте достаточно консервативного лечения?

При I–II стадии, особенно если нет гипертрофированной грануляционной ткани, ярко выраженного воспаления и выраженного локального болевого синдрома. Используют разгрузку, коррекцию обуви и ухода за ногтем, прокладывание материала под край ногтя и другие местные методы.

Нужно ли назначать системные антибиотики при каждом вросшем ногте?

Нет, рутинное применение системных антибактериальных препаратов не рекомендовано (УУР А, УДД 1). Они нужны при абсцедировании или генерализации инфекции и подбираются по результатам микробиологического исследования (УУР В, УДД 2).

Когда нужна операция?

Хирургическое лечение показано при III–IV стадии, при остром или хроническом нагноении, а также при рецидивирующем течении. При рецидивах вмешательство включает частичную матриксэктомию.

Когда при вросшем ногте назначают рентгенографию?

Рентгенографию поражённого пальца в двух проекциях выполняют при клинических признаках возможного поражения кости. При хронической деформации она также помогает выявить костные причины и заболевания, сходные по проявлениям с вросшим ногтем.

Как предупредить рецидив вросшего ногтя?

Нужны гигиена стоп, обувь подходящей полноты и размера, лечение гипергидроза и онихомикоза, коррекция плоскостопия и деформаций стопы, а также адекватное лечение диабета и ожирения. Родителей детей и подростков следует обучить правильной стрижке ногтей.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/941-vrosshij-nogot-onihokriptoz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/941_1