

Рецензент:

Ушакова Светлана Николаевна — врач-дерматовенеролог, косметолог международного медицинского центра Medical On Group-Самара.

Дусаева, А. Ф.

Д84 Подолог+ : руководство для врачей / А. Ф. Дусаева. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 120 с. : ил. — DOI: 10.33029/9704-7896-7-PODO-2023-1-120.

ISBN 978-5-9704-8837-9

В руководстве описаны заболевания, с которыми специалист-подолог может встретиться в своей повседневной практике. Дана краткая информация, иллюстрированная фотографиями и рисунками, которая поможет собрать анамнез и поставить подологический диагноз для дальнейшего сотрудничества с врачами.

Книга предназначена специалистам по педикюру и подологам.

УДК [616.5:617.586]-083/-085
ББК 55.831-5-8+54.578.65-5-8

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Дусаева А.Ф., 2023

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2025

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2025

ISBN 978-5-9704-8837-9

ОГЛАВЛЕНИЕ

Об авторе	5
Предисловие	6
Посвящение	7
Введение	8
Глава 1. Подологический диагноз и план ухода	10
Глава 2. Подолог + ортопед-травматолог-хирург	14
2.1. Анатомия стопы	14
2.2. Продольное плоскостопие. <i>Pes planus, pes plano-valgus, pes plano-valgo-abductus</i>	22
2.3. Поперечное плоскостопие и деформации пальцев	24
2.4. Экзостоз, остеохондрома, костно-фиброзные разрастания	29
Глава 3. Подолог + хирург	39
3.1. Вросший ноготь	39
3.2. Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона	44
3.3. Поверхностный панариций (<i>panaritium</i>), паронихия (<i>paronychia</i>), импетиго (<i>impetigo</i>) ногтевых валиков, турниоль	50
3.4. Трофическая язва	51
3.5. Доброкачественные новообразования	54
Глава 4. Подолог + дерматолог	64
4.1. Анатомия кожи	64
4.2. Микозы	66
4.3. Псориаз	75
4.4. Экзема	77
4.5. Красный плоский лишай (<i>lichen ruber planus</i>)	79
4.6. Бородавка	82
4.7. Ладонный (пальмарный), подошвенный (плантарный), ладонно-подошвенный гипергидроз	85
4.8. Ихтиоз	88
4.9. Кератодермия. Кератоз ладонно-подошвенный	89

Глава 5. Подолог + эндокринолог	93
5.1. Синдром диабетической стопы (диабетическая стопа, diabetic foot)	93
Глава 6. Подолог + онколог	98
6.1. Меланома	98
6.2. Плоскоклеточный рак	100
Глава 7. Подолог + флеболог	102
7.1. Строение вен нижней конечности	102
7.2. Варикоз. Варикозное расширение вен	102
7.3. Тромбофлебит	105
7.4. Хроническая венозная недостаточность	107
Глава 8. Подолог + ревматолог	110
8.1. Васкулит	110
Приложение	112
Заключение	114

ОБ АВТОРЕ

Дусаева Анна Фаридовна — подолог (медицинская сестра). Опыт работы в сфере обучения с 2007 г., в индустрии красоты с 2010 г. Научная деятельность в сфере хирургии по теме «Диабетическая стопа». Организатор Конференции подологов в Самаре. Автор первой в России книги «Справочник подолога». Автор статей в журнале «Ногтевой сервис». Ведущая семинаров в рамках выставок «Шарм-Profi» и «Шарм Beauty Shop» в Самаре и «InterCHARM» в Москве, спикер BeautyDayProNail. Инструктор педикюра, автор и ведущая подологических семинаров. В настоящий момент работает в Германии, проводит онлайн-семинары для мастеров педикюра и начинающих подологов.

Глава 2

Подолог + ортопед-травматолог-хирург

2.1. АНАТОМИЯ СТОПЫ

Стопа — дистальный отдел нижней конечности. Ее главные задачи — обеспечивать опору, амортизацию, баланс и толчок во время ходьбы.

Состоит из 26 костей + 2 или более сесамовидных, 28 суставов, сухожилий и связок, мышц.



Рис. 2.1. Кости стопы

Кости стопы (рис. 2.1)

- *Os calcaneus* — пяточная кость.
- *Os talus* — таранная кость.
- *Os cuboideum* — кубовидная кость.
- *Os naviculare* — ладьевидная кость.
- *Os cuneiforme mediale* — медиальная клиновидная кость.

- *Os cuneiforme laterale* — латеральная клиновидная кость.
- *Os cuneiforme intermedium* — промежуточная клиновидная кость.
- *Ossa metatarsi* — кости плюсны (5 костей).
- *Phalanges pedis* — фаланги пальцев стопы (14 костей), делятся на:
 - *phalanx distalis* — дистальная фаланга;
 - *phalanx media* — медиальная фаланга;
 - *phalanx proximalis* — проксимальная фаланга.

Также при описании костей плюсны и фаланг пальцев используется нумерация от медиальной стороны к латеральной при помощи римских цифр.



Рис. 2.2. Суставы стопы

Суставы (рис. 2.2)

- *Art. talocruralis* — голеностопный сустав.
- *Artt. intertarseae* — межпредплюсневые:
 - *art. subtalaris* — подтаранный сустав;
 - *art. talocalcaneonavicularis* — таранно-пяточно-ладьевидный сустав +
 - *art. calcaneocuboidea* — пяточно-кубовидный сустав вместе составляют сустав Шопара;
- *Art. calcaneocuboidea* — клино-ладьевидный сустав.
- *Artt. tarsometatarsae* — предплюсно-плюсневые суставы (3 сустава — сустав Лисфранка).
- *Artt. intermetatarsales* — межплюсневые суставы (4 сустава).
- *Artt. metatarsophalangeae* — плюснефаланговые суставы (5 суставов).
- *Artt. interphalangeae pedis* — межфаланговые суставы стопы (9 суставов).

Продольные своды стопы (рис. 2.3, 2.4). В целом их пять, они начинаются от бугра пяточной кости и доходят до головок плюсневых костей. Некоторые объединяют их в один свод.



Рис. 2.3. Своды стопы, вид сбоку



Рис. 2.4. Своды стопы, вид с подошвенной стороны

Внешний (наружный) свод — часть стопы, которая при ходьбе соприкасается с поверхностью. Отвечает за функцию опоры. В него входят: пяточная, кубовидная и IV–V плюсневая кости. Опора приходится на головки IV–V плюсневых костей в передней части и бугор пяточной кости в задней части. Верхом является кубовидная кость. Пяточная

кость — опора и для всех продольных сводов. Внешний примерно четверо ниже внутреннего.

За амортизацию отвечают и внутренний продольный, и поперечный своды, они защищают организм от повреждений за счет смягчения походки. Продольный свод с медиальной стороны — это таранная кость и три клиновидных.

Поперечный свод стопы идет по основанию плюсневых костей, особенно ярко виден он в зоне сустава Лисфранка. По классической теории, стопа имеет арочную форму и во время стояния и ходьбы в норме прикасается к плоскости пяткой и головками I и V плюсневых костей.

Кости соединяются связками, за счет чего поддерживается нормальная ориентация всех костей организма и предотвращается их сдвиг. Наибольшая нагрузка приходится на подошвенную пяточно-ладьевидную и длинную подошвенные связки.

Поперечный свод укрепляется и сохраняется в нормальном положении за счет подошвенного апоневроза (*aponeurosis plantaris*), фасций и глубокой поперечной плюсневой связки.

Апоневроз (*aponeurosis plantaris*, рис. 2.5) идет соответственно продольным сводам и расходится на пять пучков — к пяти плюсневым костям, на уровне головок которых меняет направление и переходит в поперечную подошвенную связку.



Рис. 2.5. Своды стопы, подошвенный апоневроз

В составе стопы различают пассивную часть — кости и связки, активную часть — мышцы.

3.5. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Новообразования, которые медленно растут, не проникают в окружающие ткани, после полного удаления не возникают повторно.

3.5.1. Дерматофиброма. Подошвенное фиброзное образование. Болезнь Леддерхозе

Фиброма — доброкачественное новообразование, образованное клетками соединительной ткани (рис. 3.16).



Рис. 3.16. Подошвенное фиброзное образование

Жалобы

- Эстетический дискомфорт.
- Дискомфорт при ношении обуви, травматизация из-за специфического расположения.
- Со временем появляется ограничение в разгибании пальцев из-за дегенеративных процессов в подошвенном апоневрозе.

Anamnesis morbi и anamnesis vitae

Появляется вне зависимости от возраста и пола.

Как правило, не перерождается, растет медленно, но может достигать больших размеров. Не причиняет пациенту никакого дискомфорта, кроме эстетического.

При специфическом расположении и риске частой травматизации лечится по назначению врача.

Осмотр

Хорошо отграниченный и четко выраженный узел, который возвышается над поверхностью кожи.

Подошвенная фиброма располагается в области подошвенной фасции.

Фиброма капсулирована, при пальпации практически не смещается, болезненности нет, могут оставаться вдавливания.

Лечение

Удаляется по назначению врача хирургическим, радиоволновым, лазерным, электрическим методами.

3.5.2. Липома (жировая опухоль, жировик)

Доброкачественная опухоль, развивающаяся из жировых клеток адипоцитов. Имеет тонкую капсулу. Не озлокачивается.

Липоматоз — многочисленные липомы в подкожно-жировой клетчатке, каждая из которых может иметь капсулу или переходить в область жировой ткани без четких границ (рис. 3.17).

Жалобы

- Болезненность, если липома расположена в области сустава, нерва или кровеносного сосуда.
- Неэстетичный внешний вид.

Anamnesis morbi и anamnesis vitae

Есть несколько теорий возникновения липом, наиболее популярными считаются генетическая и травматическая.

Основные факторы риска: излишнее употребление алкоголя, болезни печени, сахарный диабет или предиабет, гиперлипидемия, ожирение.

Но точная причина появления липом не установлена.

Осмотр и пальпация:

- кожный покров не изменен;
- при пальпации подвижна, отделена от соседних тканей, мягкая;
- размер 1–10 см.

Для точной диагностики врач назначает УЗИ.

Внутренний слой вены состоит из эндотелия и подэндотелиального слоя. Крупные вены нижней конечности отличаются сильным развитием мышечных элементов. Во всех трех слоях-оболочках расположены развитые пучки гладких мышечных клеток.

Во внутренней и наружной оболочках эти пучки имеют продольное направление, а в средней располагаются циркулярно.

В этих венах хорошо расположены полулунные складки — клапаны, их свободные края направлены к сердцу. Клапаны нужны для предотвращения обратному току крови.

Вены нижней конечности разделяются на глубокие и поверхностные.

7.2. ВАРИКОЗ. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН

Варикозное расширение вен нижних конечностей — стойкое и необратимое их расширение и удлинение, возникающее в результате грубых изменений стенок, а также недостаточности клапанного аппарата вследствие генетического дефекта (рис. 7.2).

Жалобы

После длительного стояния появляются:

- тяжесть в ногах;
- распирающие;
- жар под кожей;
- зуд кожи.

Легче становится во время ходьбы, лежа и при ношении компрессионных чулок.

А во время сна беспокоят судороги в икроножных мышцах.

Anamnesis morbi и *anamnesis vitae*

Конкретные причины появления заболевания неизвестны, но можно выделить несколько факторов риска.

- Возраст старше 30 лет.
- Избыточная масса тела.
- Наследственность (слабость сосудистой стенки).
- Женский пол (в связи с циклическим растяжением венозных стенок и разрывлением клапанов из-за прогестерона).
- Сидячий образ жизни.
- Тяжелая физическая работа, связанная со стоянием на ногах или переноской тяжестей.
- Длительный прием препаратов с эстрогеном.



Рис. 7.2. Варикозное расширение вен

Осмотр

- Шишки/узлы на ногах.
- В тяжелых случаях появляется венозная экзема (пузырьки, узелки, гиперемия, зуд).
- Отечность, которая не пропадает после отдыха, может говорить о переходе в хроническую венозную недостаточность.

Ведущим инструментальным методом диагностики является ультразвуковое дуплексное сканирование.

Лечение

Консервативное лечение направлено на устранение симптомов венозной недостаточности.