

Комментарий к статье «Классификация синдрома (деформации) Хаглунда»

С.Ю. Бережной

Филиал «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России, Москва, Россия

Comment to the Article „Classification for Haglund’s Syndrome (Deformity)“

S.Yu. Berezhnoy

Medical Center of the Main Administration for Services to the Diplomatic Corps (GlavUpDK) at the Ministry of Foreign Affairs of Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Нередко бывает, что еще совсем недавно малоизвестная тема вдруг оказывается хорошо знакомой врачам и пациентам. Можно вспомнить неврому Мортон: лет 10 назад немногие ортопеды, не говоря уже о врачах других специальностей и простых обывателях, знали об этом патологическом состоянии. А сегодня ее оперируют так часто, что непонятно, как же раньше лечились эти больные, нередко сами теперь сообщающие хирургу свой диагноз.

Кажется, то же самое происходит и с деформацией Хаглунда. Несмотря на скудное количество отечественных печатных работ, синдром широко обсуждается на научных форумах, операции по его поводу стали рутинными для многих ортопедов. Тем ценнее появляющаяся в такое время публикация, объединяющая подробную вводную часть, безусловно, солидный клинический и хирургический опыт, новые классификации и систематический обзор.

Статью А.П. Середы и А.М. Беляковой нужно читать внимательно и подробно. В ней много полезных теоретических и клинических наблюдений, например, утверждение, что «синдром Хаглунда мог сочетаться с высокой тенонатией». Механизм развития высокой тенонатии у подобных пациентов не имеет однозначного объяснения. Но хорошо уже то, что заметивший этот симптом в тексте

читатель будет готов к встрече с ним в своей клинической практике. Можно было бы и дальше перечислять интересные моменты, однако мы убеждены, что полезный комментарий — это, прежде всего, дискуссия. И поспорить в комментируемой статье есть о чем.

Вот еще одна очень важная, на наш взгляд, фраза: «Вероятно, его (верхний тип — прим. автора комментария) можно считать начальным». На основании каких данных делается такое предположение? Есть ли исследования, прослеживающие постепенную трансформацию деформации Хаглунда в более объемные, в соответствии с предложенной авторами классификацией, морфологические типы? А ведь это утверждение является, по сути, мостиком от привычного всем представления о деформации Хаглунда к предложенной классификации, значительно расширяющей устоявшееся понятие.

Сколько бы работ, посвященных синдрому Хаглунда, мы не изучили, определение деформации везде практически одинаковое — выпуклость в области задневерхнего угла пяточного бугра [1–3]. Она может называться по-разному. Иногда в одной работе используются несколько определений (бугристость, деформация, экзостоз [1]). Но всегда речь идет о локальном изменении формы пяточной кости, на которое авторы нередко указывают стрелкой [4] или обозначают буквами (BP — bursal projection), одновременно акцентируя внимание читателей на наличии четкого, ясно прослеживаемого контура выпуклости [3], то есть подчеркивая,

• Комментарий к статье

Середа А.П., Белякова А.М. Классификация синдрома (деформации) Хаглунда. *Травматология и ортопедия России*. 2019;25(2): 83-98. DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-2-83-98.

Бережной С.Ю. Комментарий к статье «Классификация синдрома (деформации) Хаглунда». *Травматология и ортопедия России*. 2019;25(2):99-101. DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-2-99-101.

Cite as: Berezhnoy S.Yu. [Comment to the Article „Classification for Haglund’s Syndrome (Deformity)“]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii* [Traumatology and Orthopedics of Russia]. 2019;25(2):99-101. (In Russian). DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-2-99-101.

✉ Бережной Сергей Юрьевич / Sergey Yu. Berezhnoy; e-mail: Doktor@Berezhnoi.ru.

что речь идет именно о форме пяточной кости, а не выросте на ней или утолщении кортикального слоя. И с таким же постоянством подавляющее большинство авторов отделяет друг от друга этапы резекции бугристости Хаглунда и удаления экзостозов пяточной кости (гетеротопических костных образований) в области прикрепления ахиллова сухожилия и в толще самого сухожилия [4, 5]. Что же дало авторам комментируемой статьи основание для столь значительного расширения хорошо знакомого понятия «бугристость Хаглунда»? И здесь возникает еще один важный вопрос: что понимают авторы под более объемными морфологическими типами?

На рисунке 1 мы поместили компьютерные томограммы молодой пациентки с внешними проявлениями тотального типа (в соответствии с предложенной морфологической классификацией) деформации, включая высокую тенопатию ахиллова сухожилия. Хорошо видно, что речь идет о выпуклой форме краев пяточной кости без гетеротопической оссификации. На рисунке 2 — стопа пациентки 55 лет с такими же внешними проявлениями. Но обусловлены они как наличием всем понятной деформации Хаглунда, так и массивными гетеротопическими оссификатами. Получается, речь идет о двух различных патологических состояниях со сходными внешними проявлениями. Какое из них подразумевают авторы, описывая новые морфологические типы? Или оба состояния объединены в одно? Без ответов на вышеперечисленные вопросы довериться новой классификации сложно.

И еще хотелось бы затронуть один аспект статьи. Для оценки результатов проделанной работы авторы выбрали шкалу Американского ортопеди-

ческого общества хирургов стопы и голеностопного сустава (AOFAS). Почему? Еще в 2001 г. вышло исследование G. Guyton, демонстрирующее, что шкале присущ целый ряд ограничений и недостатков, делающих невозможным получение с ее помощью статистически значимых результатов [6]. В 2011 г. было опубликовано заявление AOFAS о будущем клинических рейтинговых систем AOFAS, не рекомендуемое их к дальнейшему применению также в связи с доказанной невозможностью получения статистически значимых результатов [7]. Понятно, что к шкале AOFAS привыкли, она проста в применении, из-за по-прежнему широкого использования с ее помощью легко сравнивать результаты разных исследований. Однако среди отобранных авторами в систематический обзор работ к оценке с помощью шкалы AOFAS прибегло подавляющее меньшинство исследователей (см. табл. 2 и 3 в комментируемой статье). А те, кто прибег, как правило, сочетали ее с другими оценочными системами. Например, J. Vega с соавторами использовали the Victorian Institute of Sports Assessment — Achilles Questionnaire (VISA-A) [8]. Есть и еще одно серьезное «против» применения шкалы AOFAS в данном исследовании. Как уже указывалось нами ранее [9], корректное применение любой оценочной системы возможно с учетом пояснений и рекомендаций, данных в первоисточнике [10]. В работе Н. Kitaoka с соавторами после каждой из четырех шкал перечисляются состояния, к которым они применимы [10]. Среди состояний, перечисленных после Ankle-Hindfoot Scale (протезирование, артродез, нестабильность голеностопного сустава; артродез и нестабильность подтаранного сустава и т.д.), патология ахиллова сухожилия не упоминается. И действительно, из



Рис. 1. Компьютерные томограммы (трехмерные реконструкции) пациентки 20 лет с тотальной формой синдрома Хаглунда в соответствии с предложенной авторами комментируемой статьи классификацией (собственное наблюдение)

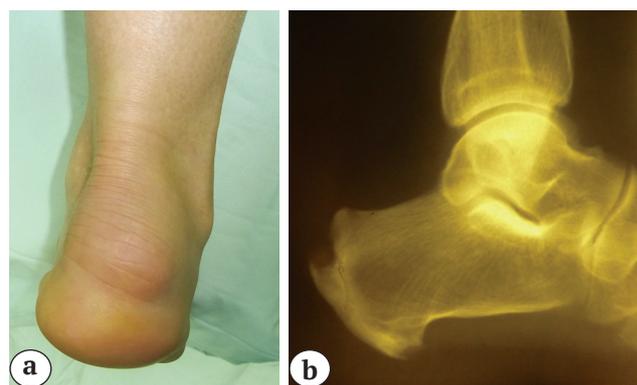


Рис. 2. Внешний вид (а) и рентгенограмма (b) пяточной области пациентки 55 лет (пояснения в тексте): в 2016 г. нами выполнена резекция бугристости Хаглунда и гетеротопических оссификатов с полным отсечением и рефиксацией ахиллова сухожилия

семи оцениваемых с помощью этой шкалы параметров больше половины (например, нестабильность голеностопного сустава или объем движений в нем) малоприменимы или вовсе неприменимы к синдрому Хаглунда.

В заключение — одна ремарка. Авторский обзор 2014 г. [11], на который сделано много ссылок в комментируемой статье, заканчивается данными J. Brunner с соавторами о высокой частоте неудовлетворенности пациентов результатами оперативного лечения синдрома Хаглунда [12]. Этими же словами заканчивается и публикуемая статья. На наш взгляд, было бы интересно познакомиться с результатами лечения пациентов с синдромом Хаглунда, которые получены авторами за 5 лет, прошедших после публикации первого обзора.

Литература [References]

- Mansour M. Endoscopic versus open treatment of Haglund's syndrome. *Egypt Orthop J.* 2017; 52(3): 190-194. DOI: 10.4103/eoj.eoj_52_17.
- Stephens M. Haglund's Deformity and Retrocalcaneal Bursitis. *Orthop Clin North Am.* 1994;25(1):41-46.
- Pavlov H., Heneghan M., Hersh A., Goldman A., Vigorita V. The Haglund syndrome: initial and differential diagnosis. *Radiology.* 1982;144:83-88.
- Vaishya R., Agarwal A., Azizi A., Vijay V. Haglund's Syndrome: A Commonly Seen Mysterious Condition. *Cureus.* 2016;8(10):e820. DOI: 10.7759/cureus.820.
- Mineta K., Suzue N., Matsuura T., Sairyo K. Efficacy of Achilles suture bridge technique for insertional achilles tendinosis in an obese and athletic patient. *J Med Invest.* 2016;63(3-4):310-314. DOI: 10.2152/jmi.63.310.
- Guyton G.P. Theoretical limitations of the AOFAS scoring systems: an analysis using Monte Carlo modeling. *Foot Ankle Int.* 2001;22:779-787.
- Pinsker E., Daniels T. AOFAS Position Statement Regarding the Future of the AOFAS Clinical Rating Systems. *Foot Ankle Int.* 2011;32:841-842.
- Vega J., Baduell A., Malagelada F., Allmendinger J., Dalmau-Pastor M. Endoscopic Achilles Tendon Augmentation With Suture Anchors After Calcaneal Exostectomy in Haglund Syndrome. *Foot Ankle Int.* 2018; 39(5):551-559. DOI: 10.1177/1071100717750888.
- Бережной С.Ю. Артроз первого плюснефалангового сустава: чрескожное оперативное лечение, выбор хирургической методики, клинико-рентгенологическая классификация. *Травматология и ортопедия России.* 2017;1(23):8-22. Berezchnoy S.Yu. [First Metatarsophalangeal Joint Osteoarthritis: Percutaneous Surgery, Choice of a Surgical Procedure, Clinical and Radiographic Classification]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii* [Traumatology and Orthopedics of Russia]. 2017;23(1):8-22. (In Russian). DOI: 10.21823/2311-2905-2017-23-1-8-22.
- Kitaoka H., Alexander I., Adelaar R., Nunley J., Myerson M., Sanders M. Clinical rating systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux and lesser toes. *Foot Ankle Int.* 1994;15:349-353.
- Середа А.П., Кавалерский Г.М. Синдром Хаглунда: историческая справка и систематический обзор. *Травматология и ортопедия России.* 2014;1(71): 122-132. Sereda A.P., Kavalerskiy G.M. [Haglund syndrome: historical and systematic review]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii* [Traumatology and Orthopedics of Russia]. 2014;(1):122-132. (In Russian).
- Brunner J., Anderson J., O'Malley M., Bohne W., Deland J., Kennedy J. Physician and patient based outcomes following surgical resection of Haglund's deformity. *Acta Orthop Belg.* 2005; 71: 718-723.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Сергей Юрьевич Бережной — д-р мед. наук врач травматолог-ортопед Филиала «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России, Москва

INFORMATION ABOUT AUTHOR:

Sergey Yu. Berezchnoy — Dr. Sci. (Med.) orthopedic surgeon, Medical Center of the Main Administration for Services to the Diplomatic Corps (GlavUpDK), Ministry of Foreign Affairs of Russian Federation, Moscow, Russian Federation