

лення в досліджуваній структурі стало об'єктивним основою для рекомендації протиповпалительної терапії. Методика Р. Фолля дає можливість об'єктивно кількісно і достовірно оцінити ефективність результатів 3-денного курсу епідурального адгезіоліза з допомогою розробланих кількісних критерієв. Опреділена позитивна динаміка у преобладаючого більшинства (76,7%) больних. Доказана статистически висока степен ь достовірності (от $p < 0,05$ до $p < 0,01$) результатів проведеного дослідження.

Ключевые слова: електропунктурная диагностика Р. Фолля, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, эпидуральный адгезиолиз, биологически активная точка, периартикулярные структуры пояснично-крестцового отдела позвоночника, стадии воспалительного процесса Р. Фолля, критерии оценки эффективности лечения, условные единицы.

УДК [616.727.13-002.775:616.747.12-018.38-001.5]-08

ЛІКУВАННЯ ДЕФОРМУЮЧОГО АРТРОЗУ КЛЮЧИЧНО-АКРОМІАЛЬНОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ З УШКОДЖЕННЯМ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА

Страфун С.С.¹, Сергієнко Р.О.², Богдан С.В.¹, Аббасов С.М.¹

¹ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ

²Клініка "Сучасної ортопедії", м. Київ

Резюме. Дуже часто ушкодження ротаторної манжети плеча (РМП) супроводжується артрозом ключично-акроміального суглоба. Це пов'язано з порушенням плечопаткового ритму (навіть при частковому ушкодженні РМП), що в свою чергу веде до хронічного перевантаження ключично-акроміального суглоба і прогресування у ньому артрозу. **Мета дослідження.** Покращити результати лікування хворих з ушкодженнями сухожилка надостьового м'язу на фоні деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба. **Матеріали і методи.** Клінічну групу склали 84 хворих з ушкодженням сухожилка надостьового м'язу та деформуючим артрозом ключично-акроміального суглоба 3-4 ст. (за J. Kellgren). Усіх хворих залежно від проведеного лікування було розподілено на дві групи. Група А – консервативне лікування деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба після артроскопічного шва сухожилка надостьового м'язу. Група Б – резекція акроміального кінця ключиці під час артроскопічного шва сухожилка надостьового м'язу. Консервативне лікування включало: місцеву (мазі) та загальну (НПЗП) протизапальну терапію, місцеві ін'єкції гомеопатичних протизапальних препаратів № 5 1 раз на 3-4 доби та фізіотерапевтичні методи. Оперативне лікування включало: резекцію акроміального кінця ключиці до 5 мм. **Висновки.** Деформуючий артроз ключично-акроміального суглоба може стати причиною контрактури в плечовому суглобі у хворих після шва сухожилка надостьового м'язу (28%). Через 6 та 12 місяців після оперативного втручання середні показники функції плечового суглоба за шкалою Oxford Shoulder Score в групі Б (резекція акроміального кінця ключиці під час шва сухожилка надостьового м'язу) були кращими, ніж у групі А (консервативне лікування деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба) ($p \leq 0,05$), що пов'язано з відсутністю больового синдрому в ключично-акроміальному суглобі. При оцінці хворих за шкалою Oxford Shoulder Score в групі А кількість незадовільних та задовільних результатів через 6 міс. після операції склали 9,54%, через 12 міс. – 11,9%, у хворих групи Б незадовільних та задовільних результатів не було. Через 6 та 12 міс. після оперативного лікування кількість відмінних результатів була значно більша у хворих групи Б – 35,7%, у хворих групи А кількість відмінних результатів була – 21,44% ($p \leq 0,05$).

Ключові слова: плечовий суглоб, сухожилок надостьового м'язу, артроз ключично-акроміального суглоба.

Вступ

Дуже часто ушкодження ротаторної манжети плеча (РМП) супроводжується артрозом ключично-акроміального суглоба [5]. Це пов'язано з порушенням плечелопаткового ритму (навіть при частковому ушкодженні РМП), що в свою чергу веде до хронічного перевантаження ключично-акроміального суглоба і прогресування у ньому артрозу. І навпаки, артроз ключично-акроміального суглоба викликає больовий синдром в ділянці плечового суглоба і змушує хворого компенсаторно перевантажувати певні м'язи плечового поясу, що приводить до ушкодження сухожилків РМП. Ізольований артроз ключично-акроміального суглоба з наявністю больового синдрому, за даними літератури, зустрічається лише у 5-7% хворих [3, 4]. При рентгенологічному дослідженні плечового суглоба у пацієнтів старше 50 років із приводу різноманітної патології плечового суглоба артроз ключично-акроміального суглоба виявляється у 54-57% хворих. На жаль, під час хірургічного відновлення РМП більшість лікарів не звертає увагу на наявність артрозу ключично-акроміального суглоба, це призводить до появи хронічного больового синдрому в плечовому та ключично-акроміальному суглобах переважно за рахунок перевантаження останнього. За нашими даними, артроз ключично-акроміального суглоба є однією з найчастіших причин больового синдрому в плечовому суглобі під час реабілітації у хворих після шва ротаторної манжети плеча. Цей больовий синдром порушує розробку рухів у плечовому суглобі, збільшує терміни реабілітації та погіршує загальні результати лікування. В англійській літературі ми не знайшли робіт, присвячених ушкодженням сухожилків РМП на фоні деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба.

Мета дослідження – покращити результати лікування хворих з ушкодженням сухожилка надостьового м'язу на фоні деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба.

Матеріали і методи

Клінічну групу склали 84 хворих з ушкодженням сухожилка надостьового м'язу та деформуючим артрозом ключично-акроміального суглоба 3-4 ст. (за J. Kellgren), які в період з січня 2013 по січень 2018 року знаходились на амбулаторному та стаціонарному лікуванні у відділі реконструктивно-відновної хірургії верхньої кінцівки Державної установи "Інститут травматології та ортопедії НАМН України" (м. Київ). Вік пацієнтів складав від 40 до 60 років (середній вік $49,6 \pm 5,1$ років), чоловіків було 54 (64,3%), жінок – 30 (35,7%). Середній термін від травми до початку лікування становив $29 \pm 37,8$ діб.

Усі хворі залежно від проведеного лікування були розподілені на дві групи. Група А – консервативне лі-

кування деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба після артроскопічного шва сухожилка надостьового м'язу. Група Б – резекція акроміального кінця ключиці під час артроскопічного шва сухожилка надостьового м'язу.

Консервативне лікування включало: місцеву (мазі) та загальну (НПЗП) протизапальну терапію, місцеві ін'єкції гомеопатичних протизапальних препаратів № 5 1 раз на 3-4 доби та фізіотерапевтичні методи. Оперативне лікування включало резекцію акроміального кінця ключиці до 5 мм.

Із дослідження були виключені хворі, які мали ушкодження сухожилка надостьового м'язу з терміном більше 90 діб, деформуючим артрозом ключично-акроміального суглоба 0-2 ст. та супутними ушкодженнями або захворюваннями плечового суглоба (ушкодження суглобової губи, деформуючий артроз плечового суглоба тощо), що дозволило створити більш однорідні групи.

Усім хворим було проведено клінічне, рентгенологічне та МРТ-дослідження. Клінічне обстеження проводилось у стандартний спосіб із проведенням спеціальних тестів: O'Brian slap test, Compression rotation test, Andrews test, Ludington test [6].

Рентгенологічне обстеження проводилось у задній, аксиллярній, боковій проєкціях та з виведенням акроміального виростка лопатки. Враховувались взаємовідношення суглобових кінців, субакроміальна дистанція, наявність кальцинатів, крайових кісткових розростань та морфологічний тип акроміального відростка за Bighliani. Стадію деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба оцінювали за шкалою J. Kellgren [6]. Стандартна магнітнорезонансна томографія виконувалась на апаратах із силою магнітного поля 1,5 Тесла в сагітальній, коронарній та фронтальній проєкціях. Дослідження анатомічних структур плечового суглоба проводили в T1, T2, Pd та Pdfatsat режимах.

Інтраопераційна діагностика проводилась за допомогою артроскопа діаметром 4,5 мм із нахилом оптики 30°. Огляд суглоба виконувався за допомогою стандартної техніки 21 точки [1].

Оцінку функції плечового суглоба проводили за шкалами Oxford Shoulder Score та Constant Shoulder Score через 6 та через 12 міс. після операції. За шкалою Constant Shoulder Score через $6 \pm 1,2$ міс після операції дослідження проводили з обережністю для виключення можливого повторного травмування сухожилка надостьового м'язу під час тесту з динамометром. Шкала Oxford Shoulder Score – суб'єктивна шкала оцінки функціонального стану плечового суглоба, в якій хворий відповідав на дванадцять запитань, кожне з яких оцінювалось від 0 до 4 балів. Максимальна кількість балів – 48, мінімальна – 0. Кількість балів від 0 до 19 оцінювали як незадовільний результат, 20-29 балів – задовільний результат, 30-39 балів – хороший результат, 40-48 балів – відмінний результат. Шкала Constant Shoulder Score – має 8 пунктів. Максимальна кількість

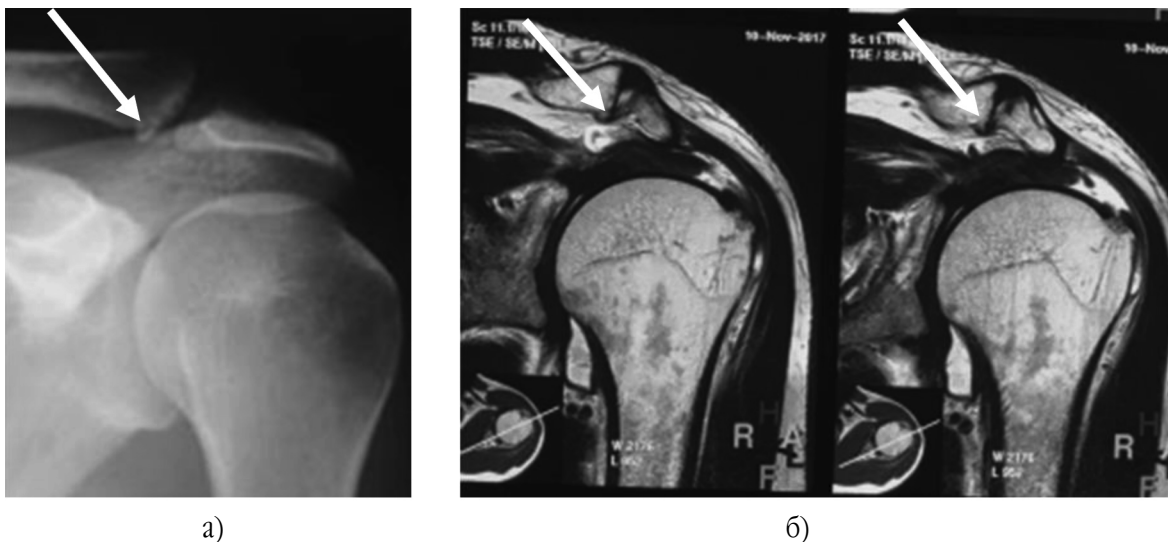


Рис. 1. Розрив сухожилка надостьового м'язу та деформуючий артроз ключично-акроміального суглоба: а) рентгенографія (пряма проекція); б) МРТ (фронтальні зрізи). Стрілкою показано крайове кісткове розростання

балів – 100, мінімальна – 8. Проводили порівняння хворої та здорової верхньої кінцівки. Різницю більше 30 балів вважали незадовільним результатом, 21-30 балів – задовільний результат, 11-20 балів – хороший результат і менше 11 балів – відмінний [2].

У всіх хворих застосовували стандартну програму реабілітації, яка розроблена на базі нашої клініки.

Результати та їх обговорення

У табл. 1 показано розподіл хворих з артрозом ключично-акроміального суглоба та ушкодженням сухожилка надостьового м'язу, яким проводилось оперативне або консервативне лікування.

Таблиця 1

Розподіл хворих з ушкодженням сухожилка надостьового м'язу та артрозом ключично-акроміального суглоба, яким проводилось оперативне або консервативне лікування

Стадія артрозу	Консервативне лікування		Оперативне лікування	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
3	24	10	18	10
4	4	8	8	2
Усього	28	18	26	12

Як бачимо з табл. 1, переважна кількість хворих мала деформуючий артроз ключично-акроміального суглоба 3 ст. (рис. 1), у незначній кількості хворих був деформуючий артроз 4 ст. У більшості хворих 46 (54,8%) проводилось консервативне лікування деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба. Іншим хворим 38 (45,2%) виконували резекцію акроміального кінця ключиці (рис. 2 та рис. 3).

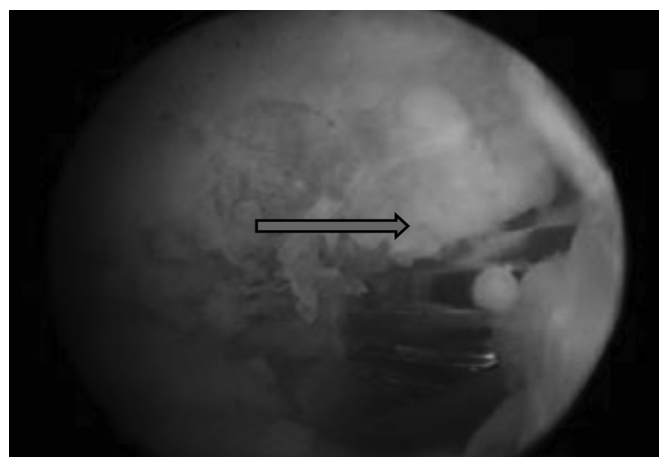


Рис. 2. Вигляд ключично-акроміального суглоба з деформуючим артрозом 3 ст. із боку субакроміального простору. Стрілкою показано кісткове розростання ключиці



Рис. 3. Рентгенографія хворого після шва сухожилка надостьового м'язу та резекції акроміального кінця ключиці. Стрілкою показано край ключиці після резекції

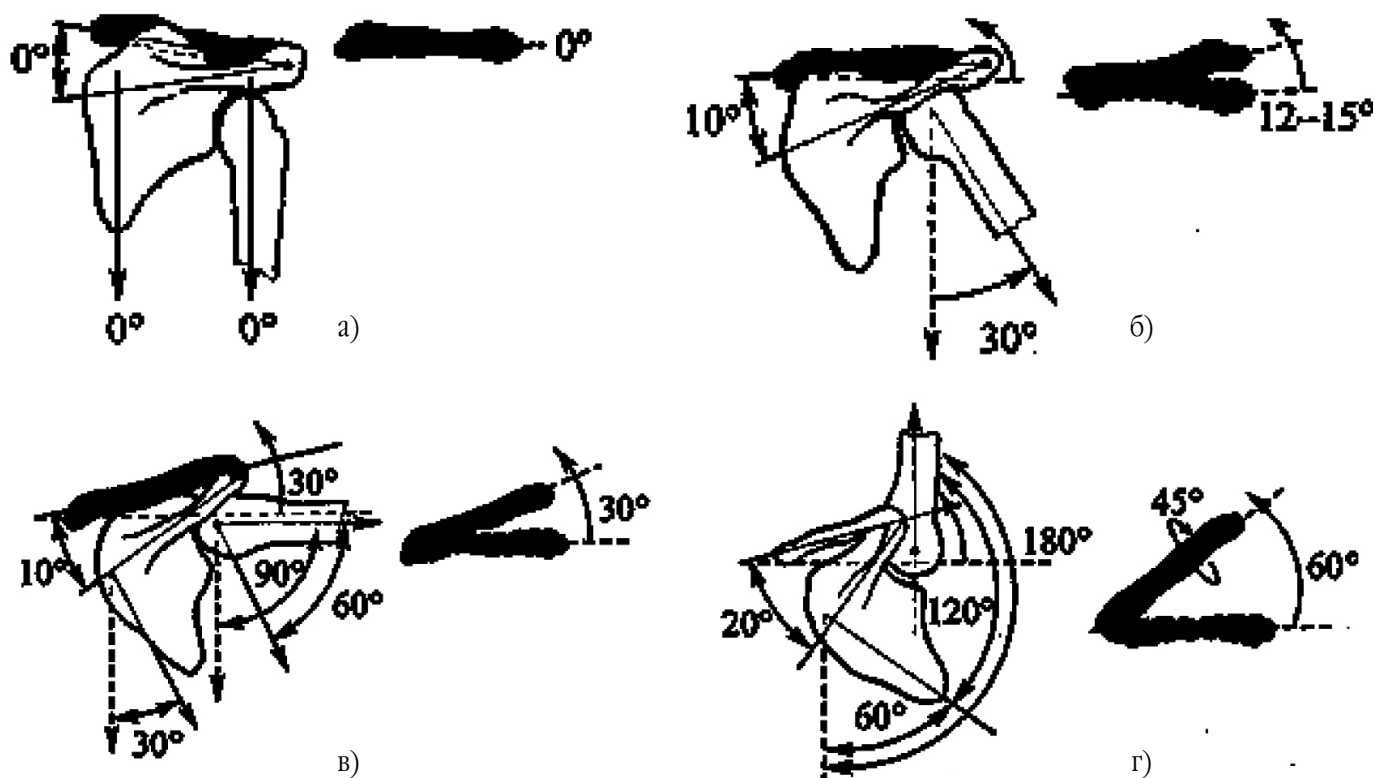


Рис. 4. Схематичне зображення рухів ключиці (позначена чорним) при різних кутах елевації плеча а) 0°; б) 30°; в) 90°; г) 180°

Ми провели дослідження причин контрактури плечового суглоба у 50 хворих, які звернулися до нас після артроскопічного шва сухожилка надостьового м'язу. У табл. 2 показано причини виникнення контрактури плечового суглоба після шва сухожилка надостьового м'язу при їх ретроспективному аналізі.

Таблиця 2

Причини виникнення контрактури плечового суглоба після шва сухожилка надостьового м'язу при їх ретроспективному аналізі

Причини контрактури	абс. (%)
1. Повторний розрив сухожилка надостьового м'язу	3 (6)
2. Вторинний адгезивний капсуліт	6 (12)
3. Недостатність надостьового м'язу внаслідок гіпотрофії з розвитком синдрому субакроміального конфлікту	6 (12)
4. Деформуючий артроз плечового суглоба	3 (6)
5. Деформуючий артроз ключично-акроміального суглоба	14 (28)
6. Супутні причини, вказані в п. 1-5	18 (36)
Усього	50 (100)

Як бачимо з табл. 2, деформуючий артроз ключично-акроміального суглоба є однією з частих причин

контрактури в плечовому суглобі у хворих після шва сухожилка надостьового м'язу 28%.

Розглядаючи біомеханіку рухів у плечовому суглобі (рис. 4), можна зробити висновок, що найбільше навантаження ключично-акроміальний суглоб зазнає при елевації та згинанні плеча в межах від 90 до 180°, оскільки в цьому діапазоні рухів відбувається не тільки зміщення ключиці в сагітальній площині, а і її ротація, що в свою чергу викликає перевантаження суглобового хряща та больовий синдром в ключично-акроміальному суглобі при наявності деформуючого артрозу в ньому. Саме деформуючий артроз ключично-акроміального суглоба може стати причиною контрактури в плечовому суглобі у хворих після шва сухожилка надостьового м'язу.

На рис. 5 показано зміну середніх показників функції плечового суглоба (в балах) через 6 та 12 міс. після оперативного втручання за шкалою Oxford Shoulder Score в групах А та Б.

Як бачимо з рис. 5, до оперативного втручання середні показники функції плечового суглоба за шкалою Oxford Shoulder Score в групах А та Б практично не відрізнялися і знаходилися в межах 20 балів. Через 6 міс. після оперативного втручання середні показники функції плечового суглоба в групі Б були дещо кращими (40 балів), ніж у групі А (36 балів), що пов'язано з відсутністю больового синдрому в ключично-акроміальному суглобі. У хворих групи А больовий син-

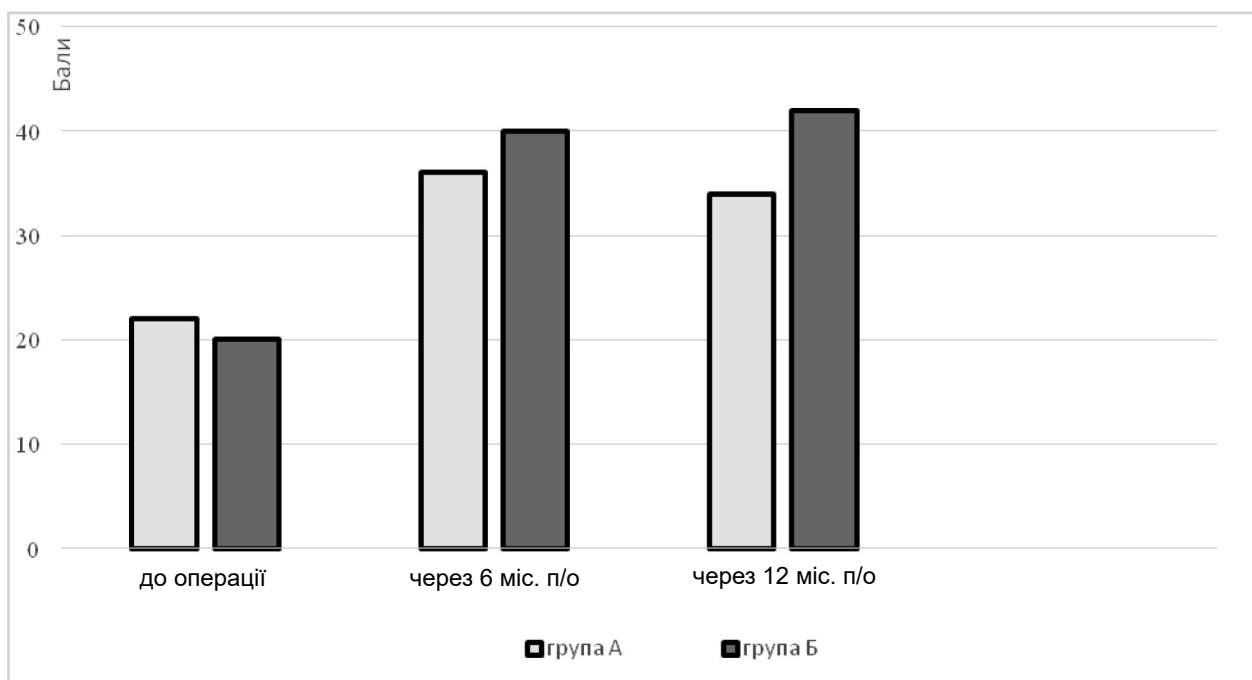


Рис. 5. Зміна середніх показників функції плечового суглоба (в балах) через 6 та 12 міс. після оперативного втручання за шкалою Oxford Shoulder Score в групах А та Б

дром у ключично-акроміальному суглобі був присутній, незважаючи на проведене консервативне лікування. Через 12 міс. після оперативного втручання середні показники функції плечового суглоба за шкалою Oxford Shoulder Score в групі Б покращилися (42 бали) на відміну від хворих групи А, у яких середні показники функції плечового суглоба незначно зменшились до 34 балів ($p \leq 0,05$). Напевно, це пов'язано з прогресуванням деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба на фоні його перевантаження під час розробки.

При оцінці результатів лікування хворих за шкалою Constant Shoulder Score через 6 та 12 міс. після оперативного втручання отримали результати, подібні до результатів, отриманих при оцінці хворих за шкалою Oxford Shoulder Score (табл. 3).

Таблиця 3

Результати лікування хворих за шкалою Constant Shoulder Score через 6 та 12 міс. після оперативного втручання

Результат лікування	Через 6 міс. п/о		Через 12 міс. п/о	
	А (%)	Б (%)	А (%)	Б (%)
Відмінний	18 (21,44)	28 (33,32)	18 (21,44)	30 (35,7)
Добрий	20 (23,8)	10 (11,9)	18 (21,44)	8 (9,52)
Задовільний	7 (8,35)	0	9 (10,71)	0
Незадовільний	1 (1,19)	0	1 (1,19)	0

Як видно з табл. 3, у хворих групи А кількість незадовільних та задовільних результатів через 6 міс. після операції склала 9,54%, через 12 міс. – 11,9%, що, напевно, пов'язано з больовим синдромом у ключично-акроміальному суглобі, оскільки у хворих групи Б незадовільних та задовільних результатів не було. Як через 6 міс., так і через 12 міс. після оперативного лікування кількість відмінних результатів була значно більша у хворих групи Б – 35,7%, у хворих групи А кількість відмінних результатів була – 21,44% ($p \leq 0,05$).

Висновки

1. Деформуючий артроз ключично-акроміального суглоба може стати причиною контрактури в плечовому суглобі у хворих після шва сухожилка надостьового м'язу.

2. Через 6 та 12 міс. після оперативного втручання середні показники функції плечового суглоба за шкалою Oxford Shoulder Score в групі Б (резекція акроміального кінця ключиці під час шва сухожилка надостьового м'язу) були кращими, ніж у групі А (консервативне лікування деформуючого артрозу ключично-акроміального суглоба) ($p \leq 0,05$), що пов'язано з відсутністю больового синдрому в ключично-акроміальному суглобі.

3. При оцінці хворих за шкалою Oxford Shoulder Score в групі А кількість незадовільних та задовільних результатів через 6 міс. після операції склала 9,54%, че-

рез 12 міс. – 11,9%, у хворих групи Б незадовільних та задовільних результатів не було.

4. Через 6 та 12 міс. після оперативного лікування кількість відмінних результатів була значно більша у хворих групи Б – 35,7%, у хворих групи А кількість відмінних результатів була – 21,44% ($p \leq 0,05$).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів під час підготовки статті.

Література

1. Буркхард С.С. Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Практическое руководство / С.С. Буркхард, Я.К. Ло, П.К. Брейди [и др.] // пер. с англ.; общ. ред. А.В. Корольова – М.: Издательство Панфилова, 2014. – 544 с., с илл.
2. Constant C.R. A clinical method of functional assessment of the shoulder / C.R. Constant, A.H. Murley // Clin. Orthop. Relat. Res. – 1987. – № 214. – P. 160–164.
3. Docimo S. Surgical treatment for acromioclavicular joint osteoarthritis: patient selection, surgical options, complications, and outcome / S. Docimo, Jr., D. Kornitsky, B. Fatterman [et al.] // Curr. Rev. Musculoskelet. Med. – 2008. – № 2. – P. 154–160.
4. Nuber G.W. Arthroscopic treatment of acromioclavicular joint injuries and results / G.W. Nuber, M.K. Bowen // Clin. Sports Med. – 2003. – № 22 (2). – P. 301–317.
5. Park T.S. Arthroscopic resection of the distal clavicle in osteoarthritis of the acromioclavicular joint. / T.S. Park, K.W. Lee // Indian J. Orthop. – 2016. – № 4. – P. 379–383.
6. Rockwood Ch.A. The Shoulder / Ch.A. Rockwood, F.A. Masten. – 4-th Ed. – Vol. 1, 2. – Philadelphia : Saunders Elsevier, 2009. – 1583 p.

TREATMENT OF ARTHROSIS OF THE ACROMIOCLAVICULAR JOINT IN PATIENTS WITH DAMAGES OF THE ROTATOR CUFF OF THE SHOULDER

Strafuj S.S., Serbyenko R.A., Bohdan S.V., Abbasov S.M.

Summary. Relevance. Very often the damage to the rotator cuff of the shoulder is accompanied by arthrosis of the acromioclavicular joint. This is due to violations of the shoulder-patch rhythm, which in turn leads to a chronic overload of the acromioclavicular joint and the progression of arthrosis in this joint. **Objective:** to improve the results of treatment of patients with injuries of the supraspinatus tendon in the case of deforming arthrosis of the acromioclavicular joint. **Materials and Methods.** Clinical group consisted of 84 patients with injuries of the supraspinatus tendon and deforming arthrosis of the acromioclavicular joint of 3-4 stage (by J. Kellgren). All patients, depending on the type of treatment, were divided into two groups. Group A – conservative treatment of deforming arthrosis of the acromioclavicular joint after the arthroscopic suture of the predominant muscle tendon. Group B – resection of the acromial end of the collarbone during the arthroscopic suture of the supraspinatus tendon. Conservative treatment included: local (ointment) and general anti-inflammatory therapy, local injections of homeopathic anti-inflammatory drugs 1 time per 3-4 days (5 times in total) and also physical methods. Operative treatment included resection of the acromial end of the collarbone to 5 mm. **Conclusions.** Deforming arthrosis of the acromioclavicular joint can cause contracture in the shoulder joint in patients after the suture of the supraspinatus tendon (28%). Six and 12 months after the surgery, the average Oxford Shoulder Score function in the group B (resection of the acromial end of the collarbone during suture of supraspinatus tendon) was better than in group A (conservative treatment of deforming arthrosis of the acromioclavicular joint, $p \leq 0,05$), which is associated with the absence of pain in the acromioclavicular joint. When assessing patients on the scale Oxford Shoulder Score in group A, the number of unsatisfactory and satisfactory results 6 months after the surgery was 9.54% and 11.9% after 12 months. Patients of group B had unsatisfactory and satisfactory results. Six and 12 months after surgical treatment, the number of excellent results was significantly higher in patients of group B - 35.7%; in patients of group A it reached 21.44% ($p \leq 0,05$).

Key words: shoulder joint, supraspinatus tendon, arthrosis of the acromioclavicular joint.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КЛЮЧИЧНО-АКРОМИАЛЬНОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Страфун С.С., Сергиенко Р.А., Богдан С.В., Аббасов С.М.

Резюме. Очень часто повреждения ротаторной манжеты плеча (РМП) сочетаются с артрозом ключично-акромиального сустава. Это связано с нарушением плечелопаточного ритма (даже при частичном повреждении РМП), что в свою очередь ведет к хронической перегрузке ключично-акромиального сустава и прогрессированию в нем артроза. **Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных с повреждениями сухожилия надостной мышцы на фоне деформирующего артроза ключично-акромиального сустава. **Материалы и методы.** Клиническую группу составили 84 больных с повреждениями сухожи-

лия надостной мышцы и деформирующим артрозом ключично-акромиального сустава 3-4 ст. (по J. Kellgren). Все больные в зависимости от проводимого лечения были распределены на две группы. Группа А – консервативное лечение деформирующего артроза ключично-акромиального сустава после артроскопического шва сухожилия надостной мышцы. Группа Б – резекция акромиального конца ключицы во время артроскопического шва сухожилия надостной мышцы. Консервативное лечение включало: местную (мази) и общую (НПВП) противовоспалительную терапию, местные инъекции гомеопатических противовоспалительных препаратов № 5 1 раз в 3-4 суток и физиотерапевтические методы. Оперативное лечение включало резекцию акромиального конца ключицы до 5 мм. **Выводы.** Деформирующий артроз ключично-акромиального сустава может стать причиной контрактуры в плечевом суставе у больных после шва сухожилия надостной мышцы (28%). Через 6 и 12 мес. после оперативного вмешательства средние показатели функции плечевого сустава по шкале Oxford Shoulder Score в группе Б (резекция акромиального конца ключицы при шве сухожилия надостной мышцы) были лучше, чем в группе А (консервативное лечение деформирующего артроза ключично-акромиального сустава) ($p \leq 0,05$), что связано с отсутствием болевого синдрома в ключично-акромиальном суставе. При оценке больных по шкале Oxford Shoulder Score в группе А количество неудовлетворительных и удовлетворительных результатов через 6 мес. после операции составило 9,54%, через 12 мес. – 11,9%, у больных группы Б неудовлетворительных и удовлетворительных результатов не было. Через 6 и 12 мес. после оперативного лечения количество отличных результатов было значительно больше у больных группы Б – 35,7%, у больных группы А – 21,44% ($p \leq 0,05$).

Ключевые слова: плечевой сустав, сухожилие надостной мышцы, артроз ключично-акромиального сустава.

УДК 616.71-007.15:616-089.168

ВЛАСНИЙ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АКРОФОРМИ ХВОРОБИ ОЛЬЄ

Гук Ю.М., Науменко Н.О., Молнар І.О.
ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМНУ", м. Київ

Резюме. Порушення хондрогенезу при хворобі Ольє призводить до появи патологічних хрящових вогнищ, які при локалізації в кістках кистей і стоп (цей варіант клінічного перебігу називається акроформою) обумовлюють їх деформацію і, відповідно, призводять до порушення функцій останніх. У статті представлений аналіз власного досвіду хірургічного лікування акроформи хвороби Ольє. **Мета.** Підвищити ефективність лікування пацієнтів з акроформою хвороби Ольє шляхом розробки алгоритму диференційованого підходу хірургічної тактики з урахуванням функціональної спроможності кистей рук, анатомічної локалізації ураження в кістці і його поширеності, наявності патологічного перелому. **Методи.** Дослідження базується на аналізі клінічних результатів оперативного лікування 25 хворих акроформою хвороби Ольє. **Результати.** Досягнуто добрий функціональний і косметичний результат лікування у всіх 25 пацієнтів з акроформою хвороби Ольє (дисхондроплазія), після оперативного лікування спостерігалось поліпшення функціональної здатності, не виявлено жодного з таких ускладнень, як рецидив в області резекції вогнища ураження, патологічний перелом зони утвореного пострезекційного дефекту і/або регенерату, малігінізація вогнища (ураження). **Висновки.** Аналіз отриманих результатів хірургічного лікування акроформи хвороби Ольє вказує на те, що запропонований нами диференційований підхід, що базується на ранній діагностиці й оперативному втручанні за розробленим алгоритмом хірургічної тактики з метою запобігання прогресуванню деформації, приводить до скорочення термінів реабілітації даного контингенту хворих і сприяє відновленню високої функціональної здатності уражених кінцівок.

Ключові слова: хвороба Ольє, акроформа, диференційований підхід, аналіз хірургічного лікування.