

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.

Вступ

Хвороба Ольє – порушення хондрогенезу (метафізарна дисплазія, дисхондроплазія), проявами якого є поява множинних внутрішньокісткових патологічних осередків хрящової тканини, які в свою чергу швидко прогресують, призводячи до вкорочення, осьових деформацій, патологічних переломів уражених кісток та розвитку функціонального дефіциту ураженого сегмента [1, 3, 6]. Вищевикладене обумовлює необхідність своєчасного та ефективного лікування особливо акроформи хвороби Ольє (ізолюване ураження кісток кистей та/або стоп).

З літературних джерел та практики дитячої ортопедії відомі різні підходи до лікування хворих з акроформою хвороби Ольє: від консервативного методу (спостереження за даним контингентом хворих на підставі клініко-рентгенологічних ознак) до радикальних оперативних втручань (крайових, внутрішньоосередкових резекцій патологічних осередків, пластики утворених кісткових дефектів, блок-резекції уражених кісток) [4-6, 10].

На ранніх етапах досліджень та спроб лікування уражень кисті та стопи дисхондроплазією у деяких вчених панувала думка про доцільність видалення уражених кісток і навіть виконання ампутацій уражених множинними осередками пальців кисті та стопи [2, 7, 8], що пов'язано з можливим швидкопрогресуючим перебігом захворювання та малігнізацією патологічних вогнищ.

На сьогоднішній день не існує єдиного підходу чи алгоритму лікування пацієнтів з акроформою хвороби Ольє, тому з урахуванням як світового, так і власного досвіду клініки ортопедії та травматології дитячого віку ДУ “ІТО НАМНУ” виникає необхідність у чітких аргументованих відповідях на наступні ключові запитання.

1. Чи можна сподіватись на так зване самовиліковування патологічного осередку дисхондроплазії у хворих з акроформою?

2. Наскільки раціонально дотримуватись активної хірургічної тактики з урахуванням аспектів хірургії та перебігу пухлиноподібних захворювань?

Дана робота висвітлює особливості диференційованого підходу до оперативного лікування акроформи хвороби Ольє, а також аналіз хірургічного лікування цієї нозології.

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування пацієнтів з акроформою дисхондроплазії шляхом розробки алгоритму диференційованого підходу до хірургічної тактики з урахуванням функціональної спроможності кисті, анатомічної локалізації вогнища в ураженій кістці та поширеності останнього, наявності патологічного перелому.

Матеріали і методи

Дана робота базується на аналізі клінічних результатів оперативного лікування 25 хворих на акроформу хвороби Ольє, віком від 3 до 18 років, жіночої статі – 11, чоловічої – 14, що лікувалися та спостерігалися з 2000 по 2010 рік у клініці ортопедії та травматології дитячого віку ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”. У 21 пацієнта (71,8%) в анамнезі були патологічні переломи, 9 хворих були госпіталізовані з наявністю патологічного перелому, що виникав внаслідок незначного травмуючого фактора або звичайних фізичних навантажень.

Усі хворі були розподілені залежно від поширеності патологічного ураження в кістці, і відповідно, за методом оперативного лікування.

Усі пацієнти мали поліосальну форму акроваріанта дисхондроплазії, у кожного з них кількість хрящових осередків варіювала від 2 до 6 на одній кінцівці, загалом кількість пухлинних вузлів у них становила 82. Двобічне ураження кистей спостерігалось у 8 хворих, у 15 дітей мало місце ураження кісток лише однієї кисті, з яких у 6 – були залучені лише фаланги; у 5 пацієнтів були уражені лише кістки стоп, одна дитина мала осередки дисхондроплазії в обох кистях та лівій стопі.

Залежно від поширеності патологічного ураження в кістці осередки ураження були розподілені на такі групи:

1) дрібноосередкове ураження (осередок “острівцевого” типу) – ділянка патологічного ембріонального хряща, що чітко відмежована від тканинного матриксу кістки;

2) великоосередкове ураження кістки – хрящова тканина поширена на весь поперечник кістки, а також більшу частину довжини останньої;

3) при субтотальному ураженні хворобою Ольє залучається вся кістка, через зруйнований кортикальний шар хрящова тканина інтегрує в суміжні м'які тканини.

При дрібноосередковому “острівцевому” типі ураження, що складав 16% пухлинних осередків, виконувались внутрішньоосередкові або пристінкові резекції, які не потребували пластики дефектів (загоєння під кров'яним згустком).

При великоосередковому типі ураженні кістки, що складав 81%, виконувались внутрішньоосередкові резекції з пластикою кісткових дефектів (мікрогранули “Остап” 1 грам) – 50%, відповідно, 31% – без застосування пластичного матеріалу.

Субтотальне ураження кістки дисхондроплазією було діагностовано в 1 пацієнта (3% патологічних осередків) і вилучено шляхом сегментарної резекції з пластикою утвореного дефекту.

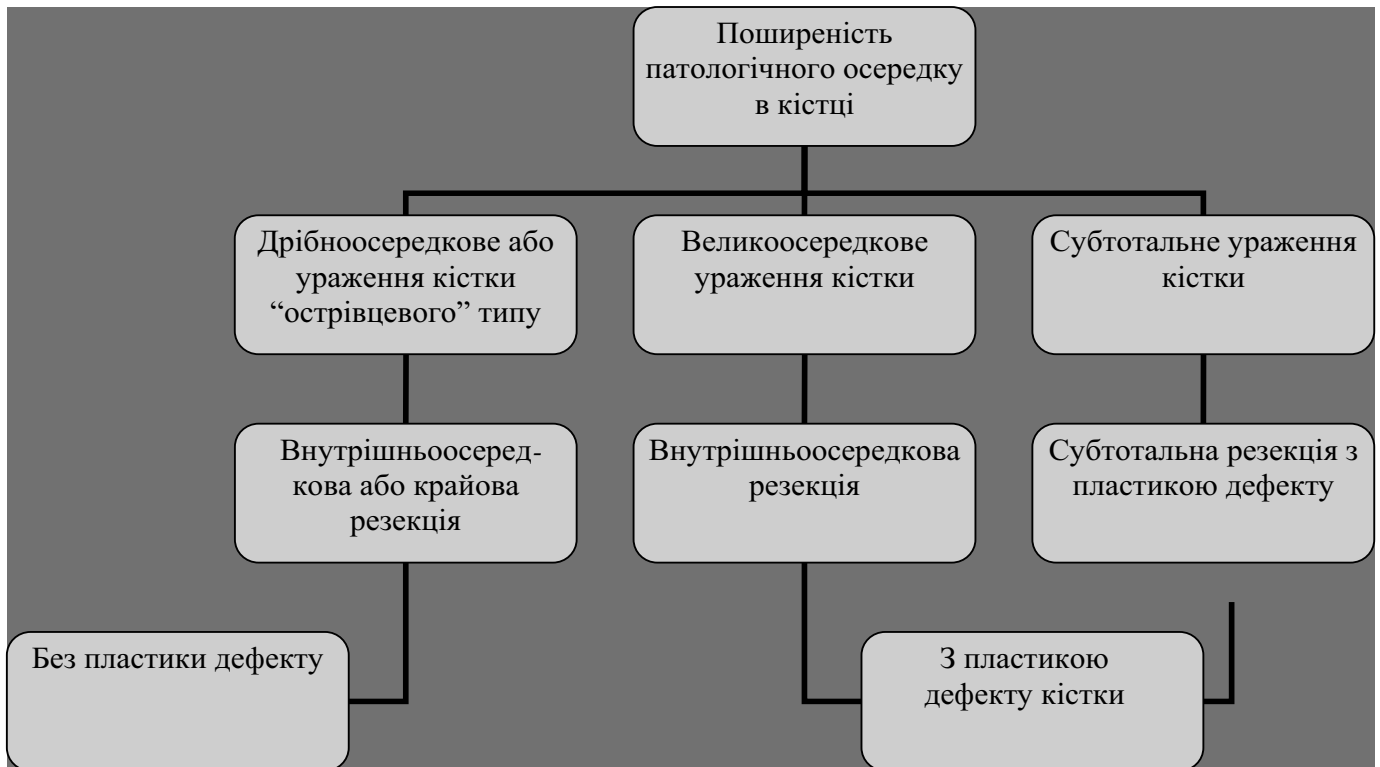


Рис. 1. Алгоритм хірургічного лікування акроформи хвороби Ольє

Алгоритм хірургічного лікування представлений на рисунку 1.

З метою видалення осередків патологічної хрящової тканини виконано оперативні втручання 25 хворим (загалом 82 вогнища) з вищеписаними типами ураження кісток хворобою Ольє. Усім пацієнтам було проведено оперативне втручання за нашою методикою: застосовано крайові, внутрішньоосередкові, а також, у рідкісних випадках, субтотальні резекції в межах здорових тканин, у відповідності із запропонованим алгоритмом хірургічного лікування. При збереженому кортикальному шарі ураженої кістки застосовувалась традиційна для внутрішньоосередкових кісткових резекцій методика з формуванням трепанаційного кортикально-окісного "віконця", яка дозволяє максимально ощадливо й абластично вилучити патологічну тканину. За умови зруйнованого кортикального шару з евітрацією патологічної тканини осередку в суміжні тканини остання видаляється через вже існуючий дефект кортикального шару, який може бути збільшений (розширений) для технічної зручності виконання резекції та пластики зони утвореного пострезекційного ложа. Дефекти при вилученні зон ураження пломбувались імплантатами з наступним відновленням анатомічної цілісності кістки. Необхідно зазначити, що наявність патологічного перелому в зоні хрящового осередку не обмежувала активної оперативної тактики лікування захворювання, і це попереджало утворення

осьових деформацій при консолідації, постімобілізаційних контрактур у суглобах уражених сегментів.

На протипагу твердженням деяких дослідників ми спостерігали випадок швидкого росту хряща в суміжні тканини після патологічного перелому ураженої кістки осередком енхондроми, що розцінювалось нами як прогресування захворювання.

Розподіл способів резекції патологічних осередків Ольє залежно від типу ураження представлений у таблиці 1.

Як свідчать дані, наведені в таблиці 1, вибір способу хірургічного лікування вогнищ Ольє залежав від типу поширеності патологічного осередку в ураженій кістці. У переважній більшості випадків патологічні хрящові осередки належали до великоосередкового типу ураження (66 осередків), відповідно, виконувались внутрішньоосередкові резекції (30%) та внутрішньоосередкові, доповнені пластикою утворених дефектів остеопатитом (50%).

Важливими технічними моментами були:

- радикальне вилучення патологічних осередків у межах здорових тканин із щільним заповненням дефектів імплантатом;
- моделювання форми та відновлення анатомічних співвідношень кістки (особливістю ураження у дітей є можливість усунення деформації – здуття кістки – механічним шляхом завдяки достатній еластичності кістки);

Таблиця 1

Способи резекції патологічних осередків Ольє залежно від типу ураження

Тип ураження кістки	Застосування пластичного матеріалу						Загальна кількість	
	Крайова резекція		Внутрішньоосередкова резекція		Внутрішньоосередкова + "Остап"			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Дрібноосередкове ураження ("острівцевий тип")	15	19%	-----	-----	-----	-----	15	19%
Великоосередкове ураження	----- ---	-----	25	30%	41	50%	66	80%
Субтотальне ураження	----- ---	-----	----- ---	-----	1	(0,82%) 1%	1	1%
Усього разом							82	100%

– зберігання окістя та його ушивання після заповнення дефекту, що забезпечує збереження кровопостачання, стимулює остеорегенерацію та консолідацію зони втручання, а також перебудову імплантата;

– за наявності патологічного нестабільного перелому – використання, окрім традиційної резекції патологічної тканини та заміщення утвореного дефекту кістки, металоостеосинтезу (вкрай рідко).

Ми вважаємо важливим аспектом лікування не лише своєчасно проведене оперативне втручання, а й адекватні ранні реабілітаційні заходи, такі як рання кінезіотерапія (пасивна гімнастика з 2-4-ї доби після операційного періоду за умови відсутності больового синдрому). Імобілізація проводилась терміном 2-3 тижні переважно дисциплінарно, з метою забезпечення спокою сегмента.

Результати та їх обговорення

Оцінка динаміки перебудови трансплантатів проводилась через 3, 6, 12 та 18 місяців після оперативного втручання (рентгенологічний моніторинг). В основу оцінки перебудови трансплантатів покладено наступні рентгенологічні критерії: зміна чіткості межі контуру "кістка – трансплантат", поява розмитості його структури, злиття контуру кісткової порожнини та трансплантата, злиття окремих елементів трансплантата, поява і перебудова кісткового регенерату, які відображені в таблиці 2.

Аналіз даних, наведених в таблиці 2, дозволяє зробити висновок щодо раціональності диференційованого підходу при виборі способу хірургічного лікування патологічних вогнищ акроформи дисхондроплазії.

Таблиця 2

Стадії перебудови пострезекційних дефектів за даними рентгенографії

Строки спостереження	Рентгенологічні ознаки перебудови імплантатів	
	Загоєння порожнини з пластикою мікрогранулами/ мікрочіпсами "Остап"	Загоєння порожнини "під кров'яним згустком"
Ранній післяопераційний рентген-контроль (1-3 доба після втручання) (рис. 2)	Чітка візуалізація контурів утвореної кісткової порожнини й імплантата	Чіткий контур утвореної кісткової пострезекційної порожнини
3 місяці	Розмитість межі переходу пострезекційного дефекту і елементів "Остапа", зменшення чіткості його окремих елементів.	Розмитість контуру пострезекційної порожнини, виповнення останньої кістковою тканиною – регенератом
6 місяці (рис. 3)	Втрата межі переходу пострезекційного дефекту і трансплантата, сполучення його окремих елементів	Втрата контуру пострезекційного дефекту, відмінність щільності кісткової тканини в зоні регенерату від суміжної кістки
12 місяців	Інтеграція трансплантата з навколишньою кістковою тканиною, неоднорідність щільності його окремих ділянок (колишні елементи "Остапа")	Вирівнювання щільності структури кістки в області хірургічного втручання
18 місяців (рис. 4)	Повна перебудова трансплантата з формуванням монолітного кістково-керамічного комплексу	Відновлення анатомічної та структурної будови кістки



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

Ми провели спробу оцінки ефективності лікування через півроку після оперативного втручання у пацієнтів з акроформною хвороби Ольє (методикою Любошиця–Маттиса–Шварцберга, адаптованої до кисті), проте прийшли до висновку, що застосування її можливе лише у дітей старшої вікової групи. Тому найбільш оптимальною є оцінка ефективності лікування пацієнтів з акроформною хвороби Ольє через півроку після оперативного лікування із застосуванням методики “Спосіб оцінки функції захвату у дітей при вроджених та набутих дефектах” [9], що використовувався у пацієнтів і при передопераційному клінічному обстеженні. Вважаємо описаний спосіб [9] простим та максимально адаптованим для аналізу функціональної спроможності кисті у дітей із “кистями Ольє”.

На основі аналізу даних нашого дослідження [5] функціональної здатності (ФЗ) кистей у хворих з акроформною хвороби Ольє у передопераційний період було встановлено, що ступінь ФЗ кисті до захвату у всіх хворих (незалежно від віку та виду захвату) був високим та відповідав **79,6%**, що вказує на незначне зниження функціональної здатності кисті в цілому.

У групах за видом захвату незалежно від віку відмічено максимальне зниження ФЗ за формуютьворюючим видом захвату – **58,3%**, що, на нашу думку, пов'язано з особливостями анатомічного розподілу осередків ураження – локалізація в основних фалангах енхондром значних розмірів. Серед інших видів схвату зниження було незначним: кін-

цевий захват відповідав 78%, латеральний – 87,6%, гачковидний – 92%.

У групах розподілу за віковим діапазоном ФЗ була високою в молодшій і середній вікових групах – 83,3%, у старшій віковій групі – 77,3%, це вказує на зниження ФЗ із віком пацієнтів, що, на наш погляд, можна пояснити прогресуванням захворювання, збільшенням патологічних осередків та функціональних вимог до кисті.

Аналогічним способом було проаналізовано функціональну здатність кисті до схвату (хворі розподілені за віковим діапазоном і 4 основними видами схвату) через 6 місяців після оперативного лікування [9].

На основі проведених досліджень виявлено, що ступінь ФЗ кисті до захвату у всіх хворих (незалежно від віку та виду захвату) підвищився після оперативного лікування та відповідав **88%**.

У групах за видом захвату незалежно від віку максимальне зниження ФЗ відмічалось за формуютьворюючим видом захвату та відповідало **69,4%** після хірургічного лікування. Узагальнення вищевикладеного відображено в таблиці 3.

Таким чином, аналіз результатів лікування свідчить, що у всіх 25 пацієнтів з акроформною дисхондроплазією досягнуто хороший функціональний та косметичний результат лікування, спостерігалось покращення ФЗ після оперативного лікування, не виявлено жодного з таких ускладнень, як рецидив в області резекції осередку ураження, патологічний перелом зони утвореного пострезекційного дефекту та/або регенерату, малігнізація вогнища.

Порівняльні значення функціональної здатності кисті, ураженої акроформною дисхондроплазією, до і після оперативного лікування

Розподіл хворих (в аналізі використано дані пацієнтів віком від 2,4 до 18 років)		Ступінь функціональної здатності	
		До оперативного лікування	Після оперативного лікування
Усі хворі загалом (незалежно від виду схвату і віку)	Функціональна здатність кисті до схвату	79,6%	88%
Незалежно від віку (з урахуванням виду схвату)	Функціональна здатність за формоутворюючим схватом (у даній групі максимальне зниження)	58,3%	69,4%

Висновки

1. Власний досвід та аналіз хірургічного лікування акроформи хвороби Ольє вказує, що запропонований нами диференційований підхід до лікування даного контингенту хворих, який ґрунтується на ранній діагностиці та оперативному втручанні за розробленим алгоритмом хірургічної тактики з метою запобігання прогресування деформацій, приводить до скорочення термінів реабілітації та відновлення високої функціональної здатності верхніх та нижніх кінцівок у дітей.

2. За останні роки в нашій клініці відмічається тенденція до зменшення випадків застосування пластичного матеріалу, що ми пояснюємо досить високою здатністю до остеорегенерації дитячого організму, швидкого заміщення утворених пострезекційних дефектів після видалення осередків дисхондроплазії. Тому можна зробити висновок, що застосування пластичного матеріалу ("Остап"), який ми широко використовували у дітей, не є обов'язковим, за умови, якщо зберігається 1/2-1/3 поперечника кістки після виконаної внутрішньоосередкової резекції.

3. У відповідності з аналізом функціональної здатності уражених кистей акроформною хвороби Ольє з віком пацієнтів остання погіршується, тому консервативна тактика лікування (спостереження) є безперспективною.

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

Література

1. Silve C. Ollier disease / Silve C., Jüppner H. // Orphanet J. Rare Dis. – 2006. – № 1. – P. 37.
2. Goto T. Chondrosarcoma of the hand secondary to multiple enchondromatosis; report of two cases / T. Goto, T. Motoi, K. Komiyu, N. Motoi, T. Okuma [et al.] // Arch. Orthop. Trauma Surg. – 2003. – № 123 (1). – P. 42–47.
3. Аренберг А.А. Дисхондроплазия костей (клиника, диагностика, лечение) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.22 "Травматология-ортопедия" / А.А. Аренберг. – М., 1964. – 16 с.
4. Лучко Р.В. Застосування біокомпозитів при оперативному лікуванні акроформи при дисхондроплазії / Р.В. Лучко, А. П. Крисюк // Матеріали всеукр. наук.-практ. конференції ортоп.-травм. – Київ-Євпаторія, 1998. – С. 129–131.
5. Молнар І.О. Клініко-рентгенологічні особливості акроформи хвороби Ольє у дітей / І.О. Молнар, Ю.М. Гук, А.М. Зима, О.О. Іваницька // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2016. – № 4. – С. 49–53.
6. Лучко Р.В. Деформации и укорочения конечностей при дисхондроплазии : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Р.В. Лучко. – К. : УкрНИИТО, 1996. – 200 с.
7. Flemming D.J. Enchondroma and chondrosarcoma / D.J. Flemming, M.D. Murphey // Semin. Musculoskelet. Radiol. – 2000. – № 4. – P. 59–71.
8. Шолохова Н.А. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания костей внутри- и околоуставной локализации у детей (диагностика и лечение) / Н.А. Шолохова, В.А. Моргул, Л.А. Семенова // Детская онкология. – 2007. – № 3–4. – С. 68–75.
9. Пат. 2425624 РФ, МПК А61В5/00. Способ оценки функции схвата у детей при врожденных и приобретенных дефектах / Н.Л. Климон, А.А. Корюков, Н.Л. Лосева, Е.М. Старобина; патентообладатель Федеральное государственное учреждение "Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" (ФГУ "СПбНЦЭР им. Альбрехта Росздрава") – № 2010101768/14; заявл. 20.01.10; опубл. 10.08.11, Бюл. № 22.
10. Зацетин С.Т. Костная патология взрослых / С.Т. Зацетин. – М. : Медицина, 2001. – 640 с.

SURGICAL TREATMENT OF ACROFORM OF OLLIER DISEASE. OUR OWN EXPERIENCE

Huk Yu.M., Naumenko N.O., Molnar I.O.

Summary. Relevance. Violation of chondrogenesis in Ollier disease leads to the appearance of pathological cartilaginous foci, which, when localized in the bones of the hands and feet (this variant of the clinical course is called acroform), cause their deformation and, accordingly, a

violation of function. The article presents an analysis of our own experience of surgical treatment of acroform of Ollier disease. **Objective:** to increase the treatment efficacy of patients with acroform of dyschondroplasia by the development the differentiated approach of surgical tactics, taking into account wrist's functional capacity, anatomical localization of a lesion in the bone and its prevalence, and the presence of pathological fracture. **Materials and Methods.** This work is based on the analysis of clinical results of surgical treatment of 25 patients with acroform of Ollier disease. **Results.** As a result of treatment, all 25 patients with acroform of dyschondroplasia had good functional and cosmetic results. After the surgical treatment, patients had an improvement in the affected limbs functional capacity. After the surgical treatment, there were none of the following complications observed: relapse in the lesion resected area, pathological fracture of the post-resection defect and/or regenerate zone, or focus malignancy. **Conclusions.** The analysis of Ollier disease acroform surgical treatment points out that the differentiated approach we have proposed for the treatment of such patients, which was based on early diagnosis and surgical intervention using the developed algorithm of surgical tactics with the aim of prevention the progression of deformities, leads to a shortening of rehabilitation time and restoration of high functional capacity of affected limbs.

Key words: acroform, Ollier disease, differentiated approach, analysis of surgical treatment.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АКРОФОРМЫ БОЛЕЗНИ ОЛЬЕ

Гуж Ю.М., Науменко Н.О., Молнар И.О.

Резюме. Нарушение хондрогенеза при болезни Олье приводит к появлению патологических хрящевых очагов, которые при локализации в костях кистей и стоп (этот вариант клинического течения называется акроформой) обуславливают их деформацию и, соответственно, приводят к нарушению функций последних. В статье представлен анализ собственного опыта хирургического лечения акроформы болезни Олье. **Цель.** Повысить эффективность лечения пациентов с акроформой дисхондроплазии путем разработки алгоритма дифференцированного подхода хирургической тактики с учетом функциональной состоятельности кисти, анатомической локализации поражения в кости и его распространенности, наличия патологического перелома. **Методы.** Исследование базируется на анализе клинических результатов оперативного лечения 25 больных акроформой болезни Олье. **Результаты.** Достигнут хороший функциональный и косметический результат лечения у всех 25 пациентов с акроформой болезни Олье (дисхондроплазия), после оперативного лечения у пациентов наблюдалось улучшение функциональной способности пораженных конечностей, не обнаружено ни одного из таких осложнений, как рецидив в области резекции очага поражения, патологический перелом зоны образованного пострезекционного дефекта и/или регенерата, малигнизация очага (поражения). **Выводы.** Анализ полученных результатов хирургического лечения болезни Олье указывает на то, что предложенный нами дифференцированный подход к лечению акроформы болезни Олье, основанный на ранней диагностике и оперативном вмешательстве по разработанному алгоритму хирургической тактики с целью предотвращения прогрессирования деформаций, приводит к сокращению сроков реабилитации данного контингента больных и способствует восстановлению высокой функциональной способности пораженных конечностей.

Ключевые слова: акроформа, болезнь Олье, дифференцированный подход, анализ хирургического лечения.