1. **Некоторые вопросы дорсальной стабилизация атланто-аксиального комплекса.**
2. **Актуальность.** В Республике Крым травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга составляет 32,4% от всех пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой. Краниовертебральная травма составляет 12,8% от всех пролеченных в отделении пострадавших с ПСМТ и 38,5% от травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга.
3. **Актуальность.** По нашим данным количество позвоночно-спинномозговой травмы в Крыму значительно возрастает летом (курортный сезон) с максимальным пиком в августе месяце. Основными причинами атланто-аксиальной травмы являлись дорожно-транспортные происшествия – 38 наблюдений (95%) и различные инциденты на воде – 2 наблюдения (5%).
4. **Актуальность.** Запущена автомобильная ветка Крымского моста. Количество автомобилей в Крыму за последние три года выросло в 3 раза! В 2018г. в Крыму отдохнуло более 6 млн человек. В 2019г. восстанавливается железнодорожное сообщение с материком.
5. **Лечение переломов зубовидного отростка.**
6. **Harms and Melcher.** Одним из наиболее распространённых во всём мире методов хирургического лечения переломов зубовидного отростка С2 позвонка является задний спондилодез по методике Harms и Melcher*.*
7. **Материалы и методы.** В Крымском Республиканском Травматологическом Центре имеется опыт лечения 40 пациентов с переломами зубовидного отростка С2 позвонка. Оперативное лечение проведено у 38 (95%) пострадавших. Собственный опыт лечения этой патологии и анализ литературы позволяют выделить некоторые риски данной методики.
8. **Методы обследования.** Большое количество дорогостоящих методов обследований (до- и послеоперационная компьютерная томография, магниторезонансная томография, 3D-KT-ангиография, неоднократное использование С-дуги и т.д.) с высокой лучевой нагрузкой на пациента и медицинский персонал.
9. **Риски.** Риск повредить капсулы дугоотростчатых суставов С2 и С3 позвонков во время скелетирования. При выделении корешка С2 может наблюдаться достаточно выраженное кровотечение из венозного сплетения, окружающего корешок.
10. **Риски.** Риск ранения позвоночной артерии, внутренней сонной артерии, спинного мозга, ганглия дорсальной ветви С2 корешка и т.д. в процессе установки полиаксиальных винтов.
11. **Риски.** Кроме того сложность методики состоит в том, что первый и второй шейные позвонки, в которые необходимо провести фиксацию винтов, имеют много анатомических особенностей у разных пациентов, что так же может привести к развитию ряда грозных осложнений.
12. **Риски.** Значительные размеры отверстие поперечного отростка второго шейного позвонка, которые перекрывают вход в его ножку; особенности анатомии боковых масс первого шейного позвонка, атипичное расположение позвоночной артерии могут стать препятствием для введения полиаксиальных винтов.
13. **Риски.** Большинство вышеизложенных проблем позволяет избегать мастерство оперирующего хирурга, но, в связи с этим, и кривая обучаемости хирургов-вертебрологов более сложна и длительна.
14. **Задняя трансламинарная стабилизация.** В Крымском РТЦ задняя трансламинарная стабилизация использовалась в большинстве случаев. При необходимости проводили вправление перелома зубовидного отростка на скобе Mayfield и контролем C-дуги.
15. **Вправление перелома С2 позвонка.** Пациент Л., 45 лет. Перелом второго шейного позвонка II типа.
16. **Хирургическое лечение.** Для стабилизации переломов С2 II типа применяли трансламинарную стабилизацию C1-C2.
17. **Хирургическое лечение.** При переломе третьего типа соседние интактные сегменты так же стабилизировались (C1-C2-C3).
18. **Хирургическое лечение.** Трансламинарный окципитоспондилодез (C0-C2-C3) применялся, когда переломы C2 II или III типов сочетались с переломом C1 позвонка (перелом «Джефферсона»).
19. **Результаты.** Всем пациентам проводилось СКТ и/или рентенологическое исследование через 6-9 месяцев после операции. В послеоперационном периоде в 97,3% случаев наблюдалось костное сращение и отсутствие нестабильности в сегментах С1-С2.
20. **Вывод.** По нашему мнению, стабилизация ламинарными крючками переломов С2 позвонка II и III типов по классификации Anderson и D’Alonzo эффективна, технически проще, менее затратна, снижает лучевую нагрузку на пациента и медицинский персонал и позволяет избежать вышеописанных рисков и осложнений*.*
21. **Спасибо за внимание! Добро пожаловать в Крым!**