

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2025-2-76-20-26>

Описание клинического случая

Оперативное лечение осложненного перелома позвоночника на фоне анкилозирующего спондилоартрита: Клинический случай из практики

[Байдарбеков М.У.](#)¹, [Аубакирова Э.Е.](#)², [Ипмагамбетов Д.Н.](#)³, [Абдикаликов М.С.](#)⁴

¹ Заведующий отделением травматологии №1, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д., Астана, Казахстан. E-mail: B.m.u.80@mail.ru

² Врач-интерн, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: anel.aubakirova15@gmail.com

³ Травматолог-ортопед, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д., Астана, Казахстан. E-mail: jangir89@googlemail.com

⁴ Врач-ординатор отделения травматологии №1, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д., Астана, Казахстан. Email: Makokz12@mail.ru

Резюме

Анкилозирующий спондилоартрит является серьезным хроническим воспалительным заболеванием, вызывающим значительные изменения в биомеханике позвоночника и уменьшение его сопротивляемости. Патологический процесс включает в себя окостенение связок, анкилоз позвоночных суставов, развитие остеопороза и последующую деформацию позвоночника. Оценивается, что относительный риск переломов позвоночника при анкилозирующем спондилоартрите в 3 раза выше, чем в среднем по миру. Около 14% пациентов испытывают переломы на протяжении своей жизни. В случаях, когда медикаментозная терапия оказывается недостаточно эффективной или когда деформации вызывают существенные функциональные нарушения и ухудшение качества жизни, может потребоваться хирургическое вмешательство. Хроническое воспаление и формирование костных спондилов между позвонками снижают гибкость позвоночника, что в свою очередь, повышает риск переломов даже при минимальных травмах. Переломы часто оказываются нестабильными и требуют надлежащего лечения для предотвращения первичных и вторичных неврологических повреждений, инвалидности и прогрессирующей деформации позвоночника.

В рассматриваемом клиническом случае нестабильность позвоночно-двигательного сегмента привела к нарушению проводимости спинного мозга, что потребовало тщательного и обоснованного подхода к выбору хирургической тактики. Анкилозирующий спондилоартрит вносит значительные коррективы в структуру и функцию позвоночника, что может привести к серьезным последствиям. Это подчеркивает важность своевременного хирургического вмешательства и экстренной помощи для предотвращения тяжелых осложнений.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилоартрит, перелом позвоночника, хирургия позвоночника.

Corresponding author: Aubakirova Anel, Intern doctor, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan
Phone: +7 7756979401
E-mail: anel.aubakirova15@gmail.com

J Trauma Ortho Kaz 76 (2) 2025: 20-26
Received: 10-02-2025
Accepted: 24-03-2025



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) – хроническое воспалительное заболевание осевого скелета, вызывающее боль, искривление позвоночника и приводящее к инвалидности [1]. АС превращает гибкий позвоночник в жесткий стержень, неспособный выдерживать нормальные нагрузки. Потеря минеральной плотности костной ткани начинается на ранних стадиях заболевания, что связано с воспалением и увеличенной резорбцией кости, повышая риск остеопороза и переломов [2]. Кифотическая деформация позвоночника увеличивает вероятность стрессовых переломов [3]. Позвоночник, напоминающий бамбук, склонен приобретать характеристики длинных костей, что делает переломы позвоночника нестабильными [6]. Пациенты с АС имеют в три раза более высокий риск травматических переломов позвонков по сравнению с общей популяцией. Это, в свою очередь, увеличивает риск повреждения спинного мозга при переломах позвоночника у пациентов с АС. Риск неврологических нарушений возрастает из-за вывихов и костных аппозиций, вызывающих стеноз [4]. Поэтому своевременное проведение операции крайне важно для снижения этого риска [5]. Для стабилизации нестабильных переломов применяют

сегментарную фиксацию и вспомогательный спондилодез с экстренной хирургической помощью при неврологических дефицитах.

В нашем клиническом случае, нестабильность позвоночно-двигательного сегмента привела к нарушению проводимости спинного мозга, что требует обоснованного выбора тактики хирургического лечения. Мы предлагаем транспедикулярную фиксацию поврежденного сегмента с одновременной декомпрессией позвоночного канала как наиболее подходящий метод. Важной целью таких операций является ребалансировка сагиттального профиля, что позволяет нормализовать зрительную ось и значительно улучшить качество жизни пациентов. Для достижения этих целей используются корригирующие остеотомии, которые, несмотря на высокую частоту осложнений, демонстрируют хорошие отдаленные результаты у больных с АС. Особое значение в успешном лечении пациентов с АС имеет тщательное предоперационное планирование [7].

Цель сообщения: анализ тактики хирургического лечения при осложненном переломе позвоночника на фоне АС.

Описание клинического случая

Пациент В., 14.02.1955 г.р. был доставлен в Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д. с жалобами на боли и ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника, снижение силы в нижних конечностях и нарушение функции тазовых органов. Травму получил в результате ДТП, почувствовал сильные боли в грудном отделе позвоночника и онемение ног, пациент в вынужденном положении. Выраженный вертебральный синдром в грудо-поясничном отделе позвоночника и дефанс мышц спины. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки мочи и стула. В рамках клинического обследования и диагностики были использованы рентгенологическая визуализация и неврологическое оценивание для определения уровня травмы и состояния пациента. Для установления диагноза АС необходимо наличие как минимум одного

клинического и одного рентгенологического критерия. Пациент прошел комплексное предоперационное обследование, включавшее оценку степени их болевых ощущений по шкале визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Эти параметры помогли определить исходное состояние пациентов и необходимость хирургического вмешательства. Неврологический статус был оценен по шкале Франкеля, которая позволяет классифицировать степень нарушения двигательных и сенсорных функций после повреждения спинного мозга. Для более точного отслеживания восстановления функций спинного мозга до и после лечения также применялась классификация ASIA (*В соответствии с Американской ассоциацией спинальной травмы) [10]. Согласно системе оценок ASIA, функция спинномозгового нерва была отнесена к классу D до операции и после операции к классу E (Таблица 1).

Таблица 1 - Клинические шкалы

Оценка по шкале ВАШ до операции	Оценка по шкале ВАШ после операции	Оценка по шкале ASIA до операции	Оценка по шкале ASIA после операции
7	3	D	E

Пациент соответствовал основаниям модифицированным Нью-Йоркским критерием для первичного АС [9].

Для определения активности АС при экстренной госпитализации мы опирались на индекс BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity

Score). Методом выбора мы использовали ASDAS-CPB так как он является предпочтительным индексом. Для подтверждения диагноза при экстренной госпитализации использовали: ASDAS-CPB=2,8, показатель высокой активности заболевания; ASDAS-COЭ=2,4, показатель высокой активности заболевания АС (Таблица 2).

Таблица 2 - Лабораторные показатели

Показатель	Результат до операции
С-реактивный белок (СРБ)	165,9 нмоль/л
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	33 мм/ч

Индекс BASDAI основан на самостоятельном заполнении опросника пациентом и отражает его субъективные ощущения. Пациент ответил на приведенные в опроснике вопросы и расчет индекса показал $\geq 4,6$, что соответствует высокой активности АС.

Проведены рентгенологическое обследование позвоночника, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). На рентгенограммах в двух стандартных проекциях — спондилограммах грудного и поясничного отделов позвоночника — выявлены характерные признаки поздней фазы развития АС. Эти признаки включают

симптомокомплекс "бамбуковой палки", который характеризуется протяженным обызвествлением продольных связок позвоночного столба, умеренные проявления остеопороза, а также анкилоз межпозвонковых суставов и крестцово-подвздошных сочленений. На рентген изображений грудного отдела позвоночника проекциях отмечается гиперкифоз 74° . Сужены межпозвонковые суставные щели, нестабильность тел T10-T11 позвонков, неровность контура с очагами деструкции нижнего полюса тела Th10 позвонка. Уплотнение и осификация продольных межпозвонковых связок за счет основного заболевания АС (Рисунок 1).



Рисунок 1 - Рентгенограмма грудно-поясничного отдела позвоночника при поступлении в клинику

Сохранение высоты межпозвонкового промежутка между Th11 и Th12 при менее выраженном обызвествлении связок на этом уровне также заслуживает внимания. В остальной части позвоночника наблюдается снижение высоты межпозвонковых промежутков и неравномерное обызвествление межпозвонковых дисков.

При первичной МРТ были выявлены следующие травматические изменения в грудном отделе позвоночника (Рисунок 2):

- Спондилит тел Th10 и Th11 позвонков с

инфильтрацией паравертебральной клетчатки.

- Линейные переломы остистых отростков Th9 и Th10 позвонков с участками литической деструкции вокруг линий переломов.
- Антелистез тела Th10 позвонка на 5,0 мм.
- Феномен вакуума между Th9 и Th10 позвонками.
- Стеноз позвоночного канала на уровне Th10-Th11.
- Гиперкифоз грудного отдела позвоночника.

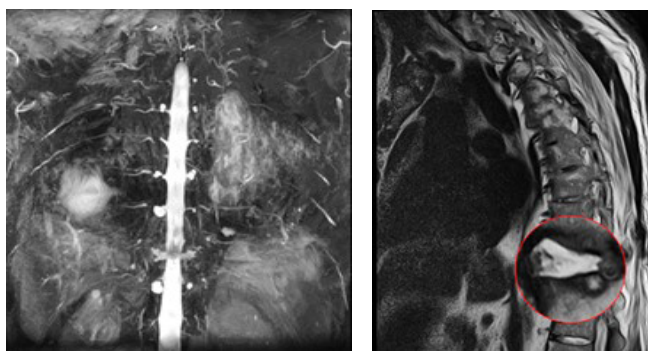


Рисунок 2 - Магнитно-резонансная томография грудно-поясничного отдела позвоночника до операции

У пациента выявлена вторичная спинальная миелопатия на уровне конского хвоста, вызванная компрессией спинного мозга на уровне Th10-Th11. Клинически это проявляется синдромом нижнего вялого парапареза. Кроме того, отмечаются нарушения функции тазовых органов, выражающиеся в задержке мочеиспускания и стула.

Для подтверждения диагноза так же использовали Российскую версию модифицированных Нью-Йоркских критериев АС. Использование этих критериев помогает стандартизировать диагностику АС, обеспечивая точность и согласованность в оценке и подтверждении заболевания. Пациент соответствовал

основаниям модифицированным Нью-Йоркским критерием для первичного АС [9].

Следует оценить состояние сердца, почек и легких у пациента, учитывая специфические патологические особенности, такие как рестриктивное заболевание легких и хронический прием противовоспалительных препаратов, характерные для пациентов с АС. При проведении предоперационного обследования с использованием компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) и ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) вен нижних конечностей у пациента был выявлен тромбоз суральных вен без признаков реканализации, а также

тромбоэмболия средних и мелких ветвей правой легочной артерии. Ангиохирургом был поставлен диагноз: Тромбоз суральных вен обеих нижних конечностей и тромбоэмболия долевых, сегментарных и субсегментарных ветвей правой легочной артерии. Кроме того, у пациента диагностированы сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия III степени и стеатогепатит.

Все примененные диагностические критерии

и методы исследования сыграли ключевую роль в выборе оптимальной стратегии лечения для пациента. Для обеспечения стабильности позвоночника, минимизации деформаций и уменьшения хирургической травмы была выполнена спондиллодез Th9-Th12 позвонков с внутренней фиксацией и декомпрессивная ламинэктомия Th10-Th11 позвонков для устранения стеноза.

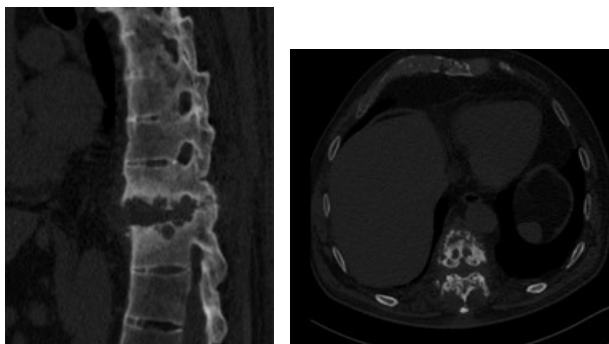


Рисунок 3 - Компьютерная томография грудно-поясничного отдела позвоночника до операции

С помощью КТ (Рисунок 3) и МРТ перед операцией были выбраны сегменты для фиксации и декомпрессии. Во время задней стабилизации залогом успешной операции является однократная успешная имплантация транспедикулярного винта и точное позиционирование транспедикулы. Под руководством С-дуги легко точно найти суставной отросток, удалить часть коры кости, выявить щель между мелкими суставами и определить место крепления

гвоздя в соответствии с поперечным положением (Рисунок 4). Таким образом, можно избежать слепого забивания гвоздей и повреждения спинного мозга, а также обеспечить достаточное количество точек фиксации. Задняя стабилизация является наиболее часто используемым и эффективным методом лечения переломов позвоночника у пациентов с АС.

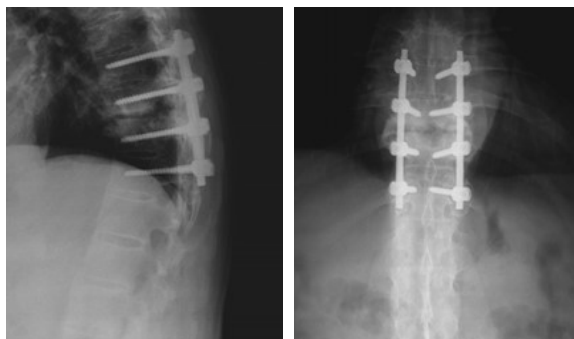


Рисунок 4 - Рентгенограмма грудно-поясничного отдела позвоночника после операции

Сравнение показателей до и после операции показало значительное улучшение состояния пациента, уже в ближайшие часы отмечался регресс неврологической симптоматики. Уровень болевых ощущений значительно снизился, что подтвердилось результатами по шкале ВАШ на 1-2 и 5-7 сутки. Пациент выписан на 14-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдением.

Через 6 месяцев проведен контрольный прием с МРТ исследованием, полное восстановление ликворных пространств, правильное анатомическое взаимоотношение в области перелома. Этот комплексный подход в добавок к лечению кифоза у пациентов с АС демонстрирует значительный потенциал в повышении уровня жизни и снижении дискомфорта, вызванного болезнью.

Для оценки результатов хирургического вмешательства мы наблюдали за пациентом в течение

12 месяцев, проводя все необходимые диагностические проверки. Также был использован функциональный индекс BASFI для мониторинга физической функции у пациентов с АС.

На 14 месяц после операции была проведена КТ грудного отдела позвоночника. Заключение: состояние после оперативного лечения заднего спондилодеза, ТПФ на уровне Th9-Th12, декомпрессивная ламинэктомия, состояние металлоконструкции удовлетворительное. Во фронтальной плоскости ось позвоночника не отклонена. Отмечается обызвествление продольных связок, межпозвонковых суставов, дисков, межостистых суставов, с формированием протяженного анкилоза. Просвет позвоночного канала не сужен, прослеживается на протяжении (Рисунок 5).

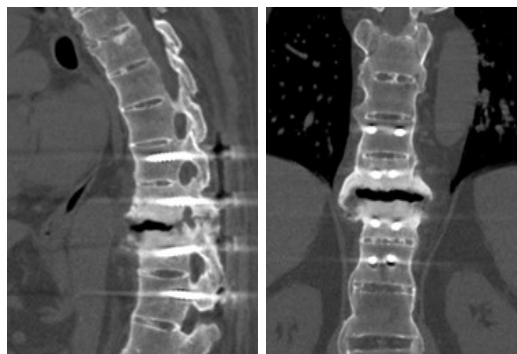


Рисунок 5 - Компьютерная томография грудного отдела на 14 месяц после операции

Функциональный статус пациента после 14 месяцев с момента операции оценили с помощью индекса BASFI состоящий из 10 вопросов. Индекс показал показатель ≤ 4 , что функциональных нарушений нету. Показатели функционального

состояния свидетельствует о большей подвижности и способности выполнять ежедневные задачи.

От пациента было получено письменное информированное согласие пациента на распространение его медицинской информации.

Обсуждение

В нашем исследовании мы оценили клинические характеристики и исходы хирургического вмешательства у пациентов с АС, страдающих осложненными переломами позвоночника. Особое внимание было уделено выбору тактики лечения, в частности, транспедикулярной фиксации и декомпрессии позвоночного канала. Наши результаты демонстрируют значительное улучшение состояния пациентов после хирургического вмешательства, что подчеркивает эффективность выбранной тактики лечения. Значительное снижение уровня болевых ощущений, улучшение функциональных показателей и повышение качества жизни свидетельствуют о том, что данный подход обеспечивает стабильность и нормализацию осевого скелета, что особенно важно для пациентов с АС.

Наши результаты согласуются с ранее опубликованными исследованиями, которые также указывают на важность хирургического вмешательства при тяжелых формах АС. Например, работа Min Y. et al (2019) продемонстрировала, что транспедикулярная фиксация значительно улучшает исходы у пациентов с тяжелыми деформациями позвоночника на фоне АС [8]. Наши данные подтверждают эти выводы, показывая, что даже у пациентов с высоким уровнем активности

заболевания (ASDAS-CO3 > 2,4) хирургическое вмешательство может привести к значительным улучшениям.

Одним из возможных объяснений наших результатов является то, что транспедикулярная фиксация и декомпрессия позвоночного канала обеспечивают необходимую стабильность позвоночного столба, что особенно важно для пациентов с АС, у которых нарушена нормальная структура и функции позвоночника. Успешное снижение болевых ощущений и улучшение функциональных показателей могут быть связаны с уменьшением давления на нервные структуры и восстановлением анатомической целостности позвоночника.

Наши результаты имеют важное практическое значение для клиницистов, занимающихся лечением пациентов с АС и осложненными переломами позвоночника. Использование транспедикулярной фиксации и декомпрессии позвоночного канала может способствовать значительному улучшению состояния пациентов, снижению уровня боли и повышению качества жизни, что делает данный метод перспективным и рекомендуемым для использования при экстренных госпитализациях АС.

Выводы

Повреждение позвоночника на фоне АС с нарушением проводимости спинного мозга, целесообразно применять активную лечебную тактику, включающую декомпрессию спинного мозга, восстановление анатомической податливости поврежденного сегмента позвоночника и его коррекции и фиксацию, что снижает риск осложнений и способствует ранней мобилизации пациента.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Braun, J., Sieper, J. (2007). Ankylosing spondylitis. *The Lancet*, 369(9570), 1379-1390. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60635-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60635-7)
2. Van der Horst-Bruinsma, I. E. (2006). *Clinical aspects of ankylosing spondylitis*. In *Ankylosing Spondylitis* (pp. 45-70). CRC Press.
3. Muñoz-Ortego, J., Vestergaard, P., Rubio, J. B., Wordsworth, P., Judge, A., Javaid, M. K., Prieto-Alhambra, D. (2014). *Ankylosing spondylitis is associated with an increased risk of vertebral and nonvertebral clinical fractures: a population-based*

cohort study. *Journal of Bone and Mineral Research*, 29(8), 1770-1776. <https://doi.org/10.1002/jbmr.2217>

4. Whang, P. G., Goldberg, G., Lawrence, J. P., Hong, J., Harrop, J. S., Anderson, D. G., Vaccaro, A. R. (2009). The management of spinal injuries in patients with ankylosing spondylitis or diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a comparison of treatment methods and clinical outcomes. *Clinical Spine Surgery*, 22(2), 77-85. <https://doi.org/10.1097/BSD.0b013e3181679bcb>

5. Miao, J., Chen, Y., Zhang, B., Li, T., Luo, Y., Shi, L., Chen, D. (2018). Surgical treatment for odontoid fractures in patients with long-standing ankylosing spondylitis: a report of 3 cases and review of the literature. *World Neurosurgery*, 116, 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.05.055>

6. Westerveld, L., Verlaan, J. J., Oner, F. C. (2009). Spinal fractures in patients with ankylosing spinal disorders: a systematic review of the literature on treatment, neurological status and complications. *European Spine Journal*, 18, 145-156. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0764-0>

7. van Royen, B. J. (2020). Preoperative planning and the use of free available software for sagittal plane corrective osteotomies of the lumbar spine in ankylosing spondylitis. *Orthopedic research and reviews*, 171-182. <https://doi.org/10.2147/ORR.S275860>

8. Min, Y., Hui-Yun, G., Hou-Cheng, Z., Yuan-Long, X., Wei, J., Lin, C., Ren-Xiong, W. (2019). The surgical treatment strategies for thoracolumbar spine fractures with ankylosing spondylitis: a case report. *BMC surgery*, 19, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0565-x>

9. Kurucan, E., Bernstein, D. N., Mesfin, A. (2018). Surgical management of spinal fractures in ankylosing spondylitis. *Journal of Spine Surgery*, 4(3), 501. <https://doi.org/10.21037/jss.2018.06.15>

10. Maynard Jr, F. M., Bracken, M. B., Creasey, G., Ditunno Jr, J. F., Donovan, W. H., Ducker, T. B., Young, W. (1997). International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. *Spinal cord*, 35(5). <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100432>

Анкилозды спондилоартрит салдарынан болған омыртқаның сынуын оперативті емдеу: Клиникалық тәжірибеден алынған жағдай

[Байдарбеков М.У.](#)¹, [Аубакирова Ә.Е.](#)², [Ипмагамбетов Д.Н.](#)³, [Абдикаликов М.С.](#)⁴

¹ Травматология №1 бөлімшесінің меңгерушісі, Академик Н.Д. Батпенев атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: B.m.u.80@mail.ru

² Дәрігер-интерн, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: anel.aubakirova15@gmail.com

³ Травматолог-ортопед, Академик Н.Д. Батпенев атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: jangir89@googlemail.com

⁴ Травматология №1 бөлімшесінің ординатор-дәрігері, Академик Н.Д. Батпенев атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Астана, Қазақстан. Email: Makokz12@mail.ru

Түйіндеме

Анкилозды спондилоартрит - омыртқа биомеханикасының елеулі өзгерістерін тудырып, оның төзімділігін төмендететін күрделі созылмалы қабыну ауруы болып табылады. Патологиялық үдеріс байламдардың сүйектенуімен, омыртқа буындарының анкилозымен, остеопороздың дамуымен және омыртқаның кейінгі деформациясымен байланысты. Анкилозды спондилоартрит кезінде омыртқа сынуларының салыстырмалы қаупі әлемдегі орташа көрсеткіштен үш есе жоғары деп бағаланады. Пациенттердің шамамен 14%-ы өмір бойы сынуларға тап болады. Медициналық терапия жеткілікті тиімді болмаған жағдайда немесе деформациялар елеулі функционалдық бұзылулар мен өмір сүру сапасының нашарлауына әкелгенде, хирургиялық араласу қажет болуы мүмкін. Омыртқалар арасындағы сүйек спондилдарының түзілуі және созылмалы қабыну омыртқаның икемділігін төмендетеді, бұл өз кезегінде тіпті ең аз жарақаттарда да сыну қаупін арттырады. Сынулар көбінесе тұрақсыз болып келеді және бастапқы неврологиялық зақымданулардың, мүгедектіктің және омыртқаның прогрессивті деформациясының алдын алу үшін тиімді емдеуді қажет етеді.

Қарастырылып отырған клиникалық жағдайда, омыртқа - қозғалыс сегментінің тұрақсыздығы жұлын өткізгіштігінің бұзылуына әкелді, бұл хирургиялық тактиканы таңдауға мұқият және негізделген көзқарасты талап етті. Анкилозды спондилоартрит омыртқаның құрылымы мен функциясына елеулі өзгерістер енгізеді, бұл ауыр зардаптарға әкелуі мүмкін. Бұл ауыр асқынулардың алдын алу үшін уақтылы хирургиялық араласудың және шұғыл көмек көрсетудің маңыздылығын ерекше атап көрсетеді.

Түйін сөздер: анкилозды спондилоартрит, омыртқа сынуы, омыртқа хирургиясы.

Surgical treatment of a complicated spinal fracture associated with ankylosing spondylitis: A clinical case report

[Murat Baidarbekov](#)¹, [Anel Aubakirova](#)², [Zhangir Ipmagambetov](#)³, [Margulan Abdikalikov](#)⁴

¹ Neurosurgeon, traumatologist-orthopedist, head of the "Traumatology N 1" department, National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician N.D. Batpenov, Astana, Kazakhstan. E-mail: B.m.u.80@mail.ru

² Intern doctor, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: anel.aubakirova15@gmail.com

³ Traumatologist-orthopedist, National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician N.D. Batpenov, Astana, Kazakhstan. E-mail: jangir89@googlemail.com

⁴ Neurosurgeon of the "Traumatology N 1" department, National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician N.D. Batpenov, Astana, Kazakhstan. E-mail: Makokz12@mail.ru

Abstract

Ankylosing spondylitis is a serious chronic inflammatory disease that causes significant changes in the biomechanics of the spine and reduced its resistance. The pathological process involves the ossification of ligaments, ankylosis of spinal joints, the development of osteoporosis, and subsequent deformation of the spine. It is estimated that the relative risk of spinal fractures in ankylosing spondylitis is three times higher than the global average. About 14% of patients experience fractures during their lifetime. In cases where medical therapy proves insufficient or when deformities cause significant functional impairments and a decrease in quality of life, surgical intervention may be necessary. Chronic inflammation and the formation of bony spurs between vertebrae reduce the flexibility of the spine, which in turn increases the risk of fractures even with minimal trauma. Fractures are often unstable and require proper treatment to prevent primary and secondary neurological damage, disability and progressive spinal deformity.

In the clinical case under consideration, instability of the spinal motion segment led to impaired spinal cord conductivity, necessitating a careful and well-reasoned approach to the selection of surgical tactics. Ankylosing spondylitis significantly alters the structure and function of the spine, which can lead to serious consequences. This underscores the importance of timely surgical intervention and emergency care to prevent severe complications.

Keywords: ankylosing spondylitis, spinal fracture, spinal surgery.