

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЧРЕСКОЖНУЮ ЛАЗЕРНУЮ ДЕКОМПРЕССИЮ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА (PLDD), ВЫПОЛНЯЕМУЮ Д-РОМ ДЖАН ПАОЛО ТАССИ

Я, нижеподписавшийся(ая), родившийся(ая) (дата рождения)

..... в (город, страна/штат)

..... проживающий(ая) в (город, страна/штат)

..... (улица, дом)

.....

.....

подтверждаю, что д-р **Джан Паоло Тасси** подробно проинформировал меня о методе декомпрессии межпозвонкового диска с применением лазера (также именуемом **PLDD**).

Данная методика была разработана в середине 1980-х гг. проф. Daniel S.J. Choy (Колумбийский университет, Нью-Йорк), а первый клинический случай лечения датируется февралем 1986 г. Перед процедурой пациенту(ке) назначаются антибиотики (обычно **ванкомицин** и/или **Rocefin** и/или **Dalacin**) с целью максимально возможной профилактики инфицирования межпозвонкового диска (**дисцит**), а также препарат для снижения тревожности (**Valium**).

Процедура включает размещение пациента(ки) в операционной в положении **на боку** (левый или правый бок) и определение точки введения иглы при **постеролатеральном** доступе на поясничном уровне либо, иногда, **парамедианно** для уровня **L5–S1**. При шейных грыжах точка входа располагается **спереди справа на шее** вдоль медиального края **грудинно-ключично-сосцевидной мышцы**, а пациент(ка) находится в положении **на спине**.

После определения точки входа иглы под контролем **С-дуги** (рентгеноскопия) в указанную точку вводится **местный анестетик** на глубину около **3 см**. Далее, под контролем С-дуги (умеренное использование рентгеновского излучения), отслеживается продвижение иглы (**18G** или **20G**) до достижения **пульпозного ядра** (центральной части межпозвонкового диска, из которой формируется протрузия или грыжа диска). Применение местной анестезии позволяет осуществлять постоянный контроль и тем самым снижает риск травматизации нервного корешка, который может быть задет иглой.

После достижения пульпозного ядра в просвет иглы вводится **оптическое волокно (400 мкм)** и запускается подача **лазерных импульсов** (используемый лазер: **Nd:YAG 1064 нм** либо **диодный 1064 нм**), параметры которых подбираются индивидуально (мощность отдельного импульса и суммарная подведенная энергия). Это позволяет добиться **вапоризации** небольшого объема пульпозного ядра (обычно **20–40 мг**) и, при благоприятном исходе, — **декомпрессии нервного корешка**. Если на данном этапе возникает накопление тепла в направлении нервного корешка, пациент(ка) сможет немедленно сообщить об этом (и будет проинструктирован(а) сделать это во время процедуры), поскольку вмешательство проводится под местной анестезией.

Цель PLDD — **не** анатомическое исчезновение грыжи/протрузии (что наблюдается примерно у **30%** пациентов с положительным исходом), а **существенное уменьшение компрессии** нервного корешка. Отбор пациентов соответствует национальным и международным рекомендациям по лечению грыжи/протрузии межпозвонкового диска. При выполнении PLDD соблюдаются показания и противопоказания, изложенные в ключевых научных публикациях, на которые делается ссылка.

С начала применения метода во всем мире PLDD выполнена как минимум **100 000** пациентам. По данным различных авторов, частота положительных результатов составляет **70–89%** (личные

результаты д-ра Тасси — около **85%**), при частоте осложнений **0,1–1%** (личные результаты д-ра Тасси — **0,1%**).

Наиболее частым осложнением, по данным большинства авторов, является **дисцит** (инфекция межпозвонкового диска), который обычно хорошо поддается лечению антибиотиками в течение нескольких недель, режиму покоя и, в крайних случаях, хирургическому вмешательству. Данное осложнение может возникнуть в период с **3-го по 45-й день**, несмотря на оптимальную антибактериальную терапию, проводимую до, во время и после лечения. Дисцит, как правило, может быть излечен без последствий при применении специфических антибиотиков в течение **4–6 недель**, соблюдении покоя, либо, в исключительных случаях, повторной операцией, очень схожей с вмешательством при грыже диска. При подозрении на дисцит пациенту(ке) необходимо выполнить повторное **МРТ**, сдать анализы крови (в частности, **С-реактивный белок — CRP**, **СОЭ — ESR**, **лейкоциты**) и пройти консультацию специалиста по инфекционным заболеваниям. Симптомы дисцита могут быть различными (боль в спине — **86%**, лихорадка — **35–60%**, снижение корешковой чувствительности, боль в ноге).

При шейных грыжах дополнительно учитывается риск **гематомы** или **латеро-цервикального кровоизлияния**, что может потребовать **немедленной хирургической эвакуации**.

Вероятность рецидива после PLDD составляет около **5%** (личные результаты д-ра Тасси — **4%**) и может возникать через некоторое время либо спустя годы (ретракция зависит от индивидуальных особенностей пациента(ки)). У пациентов с ранее перенесенной «традиционной» операцией (**микродискэктомия** или **дискэктомия**) PLDD часто, но не всегда, может быть выполнена; при этом доля положительных результатов ниже (личные результаты д-ра Тасси — **72%**). Риски осложнений или рецидивов при этом не изменяются.

После процедуры пациент(ка) должен(на) соблюдать режим **освобождения от работы** в течение **15–40 дней** (в зависимости от характера выполняемой деятельности) и **очень постепенно** возвращаться к обычной повседневной активности. Необходимо носить **поясничный поддерживающий корсет/компрессионный бандаж** в течение **15–30 дней**.

Пациент(ка) также проинформирован(а) о следующем:

- а) положительный эффект после PLDD может быть **не мгновенным** и иногда требует от **1 до 10 недель**;
- б) в случае неэффективности PLDD выполнение так называемых «традиционных» хирургических вмешательств **не исключается** — они могут быть выполнены без препятствий, поскольку PLDD ограничивается уменьшением (путем вапоризации) минимального количества пульпозного ядра межпозвонкового диска с использованием тонких игл (диаметр **0,8 мм** или меньше) и еще более тонких волокон (**400** или **300 мкм**);
- в) значительная часть грыж/протрузий может **самопроизвольно улучшаться** в течение нескольких месяцев;
- г) альтернативами лечения являются «традиционная» хирургия (ортопедическая или нейрохирургическая) либо **эндоскопическая грыжесэктомия**;
- д) в **10%** случаев при грыже или протрузии диска **L5–S1** (реже **L4–L5**) **невозможно** проникнуть в межпозвонковый диск — это может быть установлено **только во время процедуры**.

PLDD априори не исключает ухудшения симптомов вследствие увеличения объема грыжи/протрузии, которое может возникнуть после лечения (в течение недель или лет) — как правило, не из-за непосредственного эффекта процедуры, а обычно вследствие **неправильных нагрузок** или **травм**.

Контрольные осмотры (follow-up) запланированы через **10 дней, 1 месяц, 6 месяцев**. Эти осмотры будут проведены д-ром Джан Паоло Тасси либо **г-жой Карлой Кордивари** (врач-невролог, сотрудничающая с д-ром Джан Паоло Тасси в службе PLDD). Г-жа Карла Кордивари также проведет первичную консультацию, если д-р Джан Паоло Тасси будет отсутствовать в Лондоне.

**ПРОСИМ ПАЦИЕНТА(КУ) НИЖЕ НАПИСАТЬ ОТ РУКИ РУЧКОЙ
СЛЕДУЮЩИЙ ТЕКСТ:**

Я, нижеподписавшийся(ая), (ИМЯ И ФАМИЛИЯ), подтверждаю, что полностью прочитал(а) и понял(а) содержание настоящего информированного согласия. Я также подтверждаю, что уже получал(а) ту же информацию во время осмотра и беседы с д-ром Джан Паоло Тасси вместе со всеми разъяснениями. Мне была предоставлена возможность дать согласие на лечение (PLDD) при осознанном понимании его последствий; информация, предоставленная мне д-ром Джан Паоло Тасси, была адаптирована к моему уровню образования, с использованием языка, учитывающего мое индивидуальное состояние и объем знаний, которыми я (пациент(ка)) обладаю. **Я даю согласие на выполнение PLDD на мне д-ром Джан Паоло Тасси.**

Дата (не менее чем за 1 день до процедуры) _____

Разборчивая подпись _____