

ЛАЗЕРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ (ТАКЖЕ ИЗВЕСТНАЯ КАК PLDD В СООТВЕТСТВИИ С МЕТОДИКОЙ ПРОФ. DANIEL SJ CHOY). ЭТО ПИСЬМО ДОСТАВЛЯЕТСЯ ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ВИЗИТА В ХОДЕ КОТОРОГО БЫЛО ПОДРОБНО РАЗЪЯСНЕНО ВСЕ ТО, ЧТО ЗДЕСЬ НАПИСАНО.

PLDD не решает все случаи протрузий / межпозвоночных грыж и, следовательно, не предлагается в качестве «волшебной палочки» для этого заболевания. С другой стороны, не существует терапии / вмешательства, которое решает 100% случаев протрузий / межпозвоночных грыж и навсегда. Статистический анализ результатов PLDD как на международном, так и на персональном уровне доктора Жана Паоло Тасси (включающего более 3500 случаев лечения на сегодняшний день, то есть января 2014 г.) предоставляет положительные результаты в 85% случаев, с 4% рецидивов и 0,1% (или 1 в 1000 случаях) осложнений (в основном инфекция или дисцит формируется в межпозвоночных дисках, то есть по месту нахождения грыжи, обработанной по методу PLDD). Это осложнение возникает между 3-м и 45-м днем, несмотря на предварительную оптимальную антибиотикотерапию, осуществленную до, во время и после лечения. Дисцит может быть вылечен без осложнений с помощью специфических антибиотиков в течение 4-6 недель в сочетании с отдыхом или, в исключительных случаях, хирургическим вмешательством, весьма похожим на то что применяется для межпозвоночной грыжи. В случае подозрения на дисцит, пациент должен сделать как можно скорее анализ крови (в частности, общий анализ крови с процентным и абсолютным расчетом лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов СОЭ и С-реактивный белок CRP), МРТ и проконсультироваться у специалиста по инфекционным заболеваниям. Симптомы дисцита различны (в 86% случаев вызывает сильную боль в спине, лихорадка в 35-60%, потеря чувствительности в одной или нескольких областях нижней конечности, боль в нижней конечности). Очень часто пациенты, а также многие медицинские работники не знают о PLDD или путают ее с другими малоинвазивными методами лечения (озонотерапия, нуклеопластика, IDET, поверхностный лазерный метод), которые не имеют ничего общего с PLDD как с научной точки зрения так и физического процесса. PLDD имеет свою техническую и процедурную специфику, которая требует длительной подготовки хирурга до ее применения на пациентах. Она на самом деле минимально инвазивна, так как используется очень тонкая игла, которая, путем местной анестезии (не путать со спинальной или эпидуральной анестезией), вводится под рентгеновским контролем в центр межпозвоночного диска (пульпозного ядра). Именно пульпозное ядро (аналогично гелю по консистенции), а точнее миграция его части к периферии межпозвоночного диска образует «вырост» (грыжа или выступ, когда меньше размером), который сжимает источник нервных корешков что причиняет боль пациенту. Таким образом, игла имеет цель достичь точку, где возникла грыжа. В этот момент вводится в сердцевину тонкой иглы оптическое волокно лазера (тонкий, как человеческий волос) и ее кончик будет позиционироваться в самом пульпозном ядре. Боль, которую можно испытать на этом этапе минимальна и более чем приемлема (помимо прочего, длится только 3-5 секунд). Затем начинается подача лазерной энергии (тепло), что является индивидуальным от пациента к пациенту в зависимости от ряда параметров, которые оператор должен учесть. Эта лазерная энергия создает испарение крошечного количества пульпозного ядра, но достаточного, приблизительно в 85% случаев, чтобы получить сокращение локализованного давления в этой точке, что определяет – по закону физики "градиентов давления" - дефляцию грыжи / выступа, а затем его последующее отделение от нервного корешка.. В большинстве случаев это "сдувание" минимально, но более чем достаточно для получения декомпрессии нерва (научные исследования показали, что достаточно создать пространство в 100 ангстрем для декомпрессии нерва и 100 ангстрем соответствуют одной десятой миллиметра!). Из этой концепции можно понять, что целью PLDD не является "исчезновение-смерть-распад сжигание" грыжи, а ее небольшое уменьшение. Имейте в виду, однако, что по результатам научных исследований о PLDD проф. Daniel Choy, 30% грыж / выступов может полностью реабсорбироваться. По окончании подачи лазерной энергии, извлекается игла и накладывается пластырь, который будет удален через 3 дня без использования повязки. Пациент должен оставаться в постели в течение 3-4 часов (можно кушать и пить, лежать на право или левом боку, двигать ногами и поднять на 30 градусов спинку кровати), а затем сможет подняться до 2-3 раз только на 5 минут, чтобы сходить в туалет, в течение следующих 12 часов. На следующий день он сможет подняться до 5-6 раз на 10 минут каждый раз, на 3 день даже 10 раз на 15 минут каждый раз, и так далее в течение 10 дней. В течение 4-5 дней, пациент не должен сидеть и в ближайшие 7-8 дней не должен пользоваться автомобилем (ни в качестве водителя, ни пассажира). В

течение 15 дней рекомендуется носить поясничный корсет (например крест-накрест), который впоследствии можно одевать только в длительных поездках в автомобиле или в особенно напряженные дни. Не требуется одевать его лежа в постели, только на обратном пути домой, лежа в автомобиле. На следующий день после PLDD можно подняться по лестнице (даже 20-30 ступеней) только 1 раз, 2 раза через 3-4 дня, 3-4 раза через 7-8 дней. Понятие "ПОСТЕПЕННОСТЬ" должно касаться всех аспектов повседневной жизни в течение приблизительно 15-20 дней. Чтобы принять душ, что означает стоять без корсета, рекомендуется подождать 7 дней. Пациент может вернуться к своей работе не ранее чем через 15 дней, однако это зависит от типа выполняемой работы (от 15 до 45 дней). Рекомендуется пациенту воздержаться от половой жизни в течение 10 дней и, если страдает запорами, использовать слабительные в течение 15-20 дней. Желательно стараться прервать или смягчить сильный кашель или чихание, а также, безусловно, избегать **ВСЕГДА И В ЛЮБОМ СЛУЧАЕ** усилий (поднимать тяжести более 10 кг, особенно если непрерывно), прыжков, сгибаний, скручиваний туловища (на самом деле почти все виды спорта, являются одной из причин грыжи / протрузии диска), избыточного веса. Большим преимуществом PLDD по сравнению с традиционным хирургическим лечением является не только его минимальная инвазивность, но и отсутствие отслоения мышц, фрезерования кости, открытия связок, образования спаек вокруг нерва, ослабления позвоночника и использования местной анестезии.

В качестве альтернативы PLDD можно удалить грыжу методом эндоскопии (этот метод объясняется пациенту во время визита). Стоит отметить, что 15% пациентов, которые не имеют положительных результатов с PLDD всегда смогут прибегнуть к традиционному или эндоскопическому удалению грыжи, которые могут быть выполнены по правилам мастерства, в то время как обратное не всегда возможно то есть, пациент подвергшийся традиционной хирургии для удаления грыжи или эндоскопии не всегда сможет подвергнуться PLDD. Примерно в 5% случаев невозможно проникнуть в межпозвоночный диск L5-S1 (изредка L4-L5) из-за высокого гребня подвздошной кости, и это можно определить только во время процедуры, не раньше.

РЕЗОЛЮЦИЯ БОЛЕЗНЕННЫХ СИМПТОМОВ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ PLDD НЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ 4-7 НЕДЕЛЬ. В ЭТОТ ПЕРИОД НЕ РЕДКО, ЧТО ПАЦИЕНТ ВСЕ ЕЩЕ МОЖЕТ ИСПЫТЫВАТЬ БОЛИ, БОЛЕЕ МЕНЕЕ СИЛЬНЫЕ, СТАРОГО ТИПА ИЛИ ДАЖЕ НОВОГО ТИПА. НЕ ИСКЛЮЧЕНА ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИНЯТИЯ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ИЛИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (те, что пациент считает более эффективными и те, что переносит лучше) **ПО СОГЛАСОВАНИЮ С ВРАЧОМ** (вольтарен, аулин, торадол, локсидол, артрозилен, со-эффералган, depalgos 5 или 10 мг и т.д. или даже кортизон, когда не противопоказан, как например при диабете или глаукоме, можно использовать бетаметазон внутримышечно 4 мг в ампуле один раз в день в течение 5-6 дней). **Небольшое и постепенное улучшение можно наблюдать в течение 10 месяцев после PLDD. Если после 4 недель пациент все еще испытывает значительные боли, или даже сильнее, чем до выполнения PLDD необходимо, чтобы пациент сделал снова МРТ, анализы крови (особенно анализ крови с процентным и абсолютным расчетом лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов, и С-реактивный белок, называемый СРБ) и проконсультировался у специалиста по инфекционным заболеваниям.**

Контроли после PLDD планируется проводить после 10 дней, 1 месяца и 6 месяцев; такие проверки будут проводиться доктором Джан Паоло Тасси или, по необходимости, коллегами доктора Жана Паоло Тасси, на то уполномоченными.

Если пациент посвятит ежедневно или почти, немного времени прогулкам, езде на велосипеде, ходьбе, или велотренажеру, тогда **НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ В ПОСТУРАЛЬНОЙ ГИМНАСТИКЕ ИЛИ АНАЛОГИЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**, ТАК КАК МОЙ ЛИЧНЫЙ ОПЫТ ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО 10-15% БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТАКИХ ЗАНЯТИЙ (хоть и проведенных талантливыми и высококвалифицированными инструкторами) **УХУДШАЮТ СВОЕ САМОЧУВСТВИЕ ИЛИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ДАЖЕ РЕЦИДИВЫ.** Занятия плаванием индивидуальны, в том смысле что примерно в 10% пациентов могут усилиться болевые ощущения, и это не рекомендуется пациентам, страдающим цервикальными болями.. Плавание, однако, необходимо: 2/3 на спине и 1/3 вольным стилем, избегая при этом другие стили.

Пожалуйста, сделайте копию этого письма после введения даты и своей подписи. Одна копия этого письма будет доставлена медицинским работникам вместе с информированным согласием, заполненным и подписанным надлежащим образом пациентом, и одна копия останется пациенту.

Дата,,.....

РАЗБОРЧИВАЯ ПОДПИСЬ