

Válasz

Prof. Dr. Hangody László, az MTA doktora opponensi véleményére

Köszönöm Prof. Dr. Hangody Lászlónak, disszertációm nagyon alapos bírálatát, a fejezetek témájával kapcsolatban felvetett kérdéseit a kisebb, de valójában fontos részletekre is kiterjedő megjegyzéseit, valamint azt, hogy értekezésem tartalmát pozitívan értékelte. Kérdéseire és megjegyzéseire az elhangzás sorrendjében az alábbi válaszokat adom:

1., Köszönöm, hogy az artrózis által károsított és az ép porc összehasonlító termogravimetriás és kalorimetriás vizsgálatokat a dolgozat eredeti, kiemelten fontos részének tartja. Az „artrózisos porc” klasszifikációjára az OARSI (Osteoarthritis Research Society International) beosztást alkalmaztuk (1), az árnyaltabb beosztás alkalmazására tett javaslatát köszönjük, további munkánknál hasznosítjuk. Ismereteim szerint lektorált, in extenso közleményben a munkacsoportunk által kidolgozott protokollal még nem jelent meg publikáció, de a nemzetközi mértékadó újságokban közlemények hivatkoznak eljárásunkra (2,3), valamint napokon vagy heteken belül várható az Intech online könyv szerkesztőségének felkérésére -- munkacsoportunk által -- írt és elfogadott fejezet megjelenése.

2., A genetikailag meghatározott anyagcsere betegségek esetében rutinszerű szűrővizsgálatokat nem javaslok. A családi terheltség ismerete és/vagy az adott betegség klinikai jele esetén azonban célzott genetikai elemzést indokoltnak tartok, különösen az Opponens Úr által kérdezett leggyakoribb genetikailag meghatározott anyagcsere betegségek, mint például: az Ehlers-Danlos szindróma arthrochalasie típusa, Marschall szindróma, a Chondrocalcinosisok közül familiar articularis és 1,2 típus, vagy az I, II, III típusú Sticker szindróma, a stb., esetén.

3., A csípő körüli oszteotómiák száma intézetünkben is jelentősen csökkent, jelenleg évente 10+- 5 ilyen típusú műtétet végzünk. A műtéti szám csökkenésében Opponens Úr által kiemelt tényezők mellett társadalmi –gazdasági okokat is látok. A rendszerváltást megelőzően betegeink domináns része állami alkalmazottként tudta vállalnia hosszú táppénzzel járó

nehézségeket, úgy hogy eredeti munkahelyének megmaradásával számolhatott. Az utóbbi években volt néhány olyan, a magánszférában alkalmazottként dolgozó beteg, aki a korrekt felvilágosítás után azért utasította el a műtéti kezelés fenti lehetőségét, mert munkahelyének elvesztésével kellett számoljon abban az esetben, ha tartósan táppénzt vesz igénybe. Mindezek mellett az elmúlt évtizedben egyetlen egy olyan betegre emlékszem, akit a területről (megyei ortopéd osztály vagy szakrendelés) már kifejezetten oszteotómia végzésének indikációjával küldtek. A jelen disszertáció egyik célja felhívni a figyelmet arra, hogy a preventív oszteotómiák alkalmazásának visszaemelése a klinikai gyakorlatba jelentősen kitolhatja a primér és így következményesen a revíziós műtétek időpontját.

4., A protézis revíziós eredmények fejezetben Opponens Úr által kifejtett véleménnyel, miszerint „a proximalis lízis és distalis rögzítettség okán létrejött fáradásos törést a Co-Cr-Mo alapanyagra való áttérés megakadályozni valószínűleg nem fogja, csak elodázza a szártörést, ugyanis az a ciklusok számának növekedésével azért még létrejöhet” egyetértek.

A fáradásos törések esetében azonban nem csupán a protézis szár anyagának módosítása történt, hanem a design-on is olyan változtatások történtek úgy, hogy a disztális rögzülés lehetősége csökkenjen, ugyanakkor a proximális teherátadás és rögzülés domináljon redukálva a „stress schilding” kialakulásának lehetőségét.

5., A protézis szár vagy szárdarab retrográd eltávolítása szigorú indikációk mentén javasolt, így a viszonylag ritka alkalmazhatósága miatt, jelen stádiumban módosítást nem tervezünk. Tekintettel arra, hogy a budapesti ortopédiai klinika is alkalmazza a technikát és mind a kísérletes, mind a klinikai eredmények egy részét már közösen publikáltuk reális esélyt látok arra, hogy a szélesebb körű tapasztalatszerzést követően eredményeink közös értékelésével - amennyiben szükséges - módosításokat végezzünk.

6., A felszínpótlásos technika 1 cm-nél nagyobb necrotikus területek diagnosztizálásának kérdésére vonatkozóan nem gondolok a CT, MR illetve az izotóp technika rutinszerű szükségességére. A jelenlegi, többnyire már digitális jó minőségű radiológiai felvételek elégségesnek bizonyulnak ezen technikai rizikó kiszűréséhez. Ugyanakkor a felszínpótló protetikában rejlik ilyen, illetve egyéb technikai nehézségek miatt, a felszínpótlás csak olyan helyen alkalmazható korrekten, ahol az egyéb megoldások („mega head”, és /vagy „short stem”) intraoperatív konverziójára lehetőség biztosított.

Végezetül megköszönve Prof. Dr. Hangody László, az MTA doktorának dolgozatom bírálatára fordított munkáját, tisztelettel kérem bíráló megállapításaira, kérdéseire adott válaszaim elfogadását.

Szeged, 2012. február 18.

Dr. Tóth Kálmán

Hivatkozások:

- 1., Pritzker, KPH, Gay S, Jimenez SA, Ostergaard K, Pelletier JP, Revell PA, Salter D, van den Berg, WB. Osteoarthritis cartilage histopathology: grading and staging. *Osteoarthritis and Cartilage* 2006; 14: 13-29.
- 2., Pramod KS, Vijayasundaram V, Krishnakumar N, Palaniappan PLRM. The effect of titanium dioxide exposure on the thermal properties of Zebrafish (*Danio rerio*) bones. *J Therm Anal Calorim* DOI10.1007/s10973-011-1774-4. (12. hivatkozás)
- 3., Vijayasundaram V, Ramasamy V, Palaniappan PLRM. The study of the changes in the thermal properties of Labeorohita bones due to arsenic exposure. *J Therm Anal Calorim* 2009; 98: 183–188. (17. hivatkozás).