

## Válasz Prof. Dr. Miczák András bírálatára

Tisztelt Professor Úr!

Mindenekelőtt tisztelettel köszönöm a bírálatot, és elismerő szavait.

A dolgozattal kapcsolatos megjegyzéseire az alábbiakban szeretnék reagálni.

Teljesen egyetértek Professor úrral, a sok adat táblázatos és grafikonos bemutatása valóban nem teszi könnyűvé a disszertáció olvasását. Ezekkel azt a dilemmát próbáltam feloldani, hogy terjengősség nélkül, de kellő mennyiségű kísérletes adattal legyenek a tézis állításai alátámasztva. Elismerem, ez néha valóban talán túl nagyra sikerült táblázatok, adathalmazok közlését eredményezte.

A felsorolt értelem-zavaró, bosszantó elírásokért elnézést kérek. Sajnos ezek többszöri átolvasás és javítás után is a szövegben maradtak.

Az ország magyarban elfogadott hivatalos neve Szaúd-Arábia, elnézést kérek, hogy nem voltam konzekvens. Nem mentségeként, de magyarázatként annyit tudok felhozni, hogy a magyarban, és a munkánk során használt angolban is, a név többféleképpen elfogadott, ha nem is hivatalosan: Szaúdi, Szaúdi Királyság, illetve a hivatalos „Kingdom of Saudi Arabia” helyett Saudi, Saudi Arabia.

Az *Enterobacterales* valóban rend (ordo), köszönöm a javítást.

A 28. és 29. ábrák címével kapcsolatban is köszönöm a javítást: valóban az *mcr-1* az gén, nem géntermék, így az „...*mcr-1* gént hordozó plazmid...” lett volna a helyes az „...*mcr-1* gént kódoló plazmid...” helyett.

Professor úr kérdésével kapcsolatban, hogy milyen lépésekkel lehetne lassítani a rezisztencia terjedését? A megoldás, a Professor úr által is felsorolt megelőzés vakcinával és egyéb preventív intézkedésekkel, az újabb antibiotikumok kifejlesztése és a hatékony antibiotikum stewardship, a minőségi, itt hozzátenném: gyors (!) diagnózis és célzott kezelés, valamint a surveillance, és annak eredményei alapján hozott intézkedések.

Úgy vélem, valóban a nem megfelelő szabálykövetés, azaz a „be nem tartás” is jelentős probléma. Meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy az emberi tényezők mellett ennek anyagi okai is vannak. A hatékony infekciókontroll intézkedésekhez a megkövetelt plusz munka mellé biztosítani kell(ene) a megfelelő ápoló személyzet:beteg arányt, a megfelelő kórházi környezetet, ahol az egyágyas kórterem a norma, tehát az izolálás nem jelent gondot, a megfelelő minőségű eszközöket és védőfelszereléseket kellő számban. Olyan országokban, ahol ezek sokkal inkább rendelkezésre állnak és az egészségügyi személyzet együttműködőbb, valamint az ellenőrzés szigora tekintetében sokkal előrébb járnak, alacsonyabb szintűek a kórházi fertőzések és az antibiotikum rezisztencia problémái. De ez nem csak országokra,

akár kórházakra is igaz lehet. Az elsősorban a disszertáció 4.3.2.5. és 4.3.2.6. fejezeteiben ismertetett, a XXVIII. számú közlemény készítése során mi magunk is egyértelműen láttuk, elősorban nem kvantálható adatok, illetve saját helyben szerzett, informális tapasztalataink alapján (amik így nem is kerültek publikálására), hogy a legrosszabb rezisztencia adatok egyértelműen olyan kórházakból származtak, ahol úgy az infekció kontroll, mint az antibiotikum stewardship a legtöbb kívánnivalót hagyta maga után.

Hogy ezek fokozott bevezetésével, javításával mit lehet elérni, az már egy sokkal nehezebb kérdés. Magam nem vagyok nagyon optimista abban az értelemben, hogy a trendeket teljesen vissza lehetne fordítani, és nem csak a romlást lassítani. Ugyanakkor kétségkívül erre is van példa: lásd az utóbbi évek angliai MRSA adatait. Elképzelhető, hogy a nagyon rossz helyzetben lévő kórházak esetén drákói intézkedésekkel jelentős javulást is el lehet érni. A kevésbé rossz helyzetben lévők esetén, a realitásokat figyelembe véve (pl. antibiotikum mentes környezetet nem teremthetünk) én a romlás sebességének jelentős csökkentését látom valószínűbbnek – de ne feledjük el, hogy már ez is nagyon nagy eredmény lenne.

Még egyszer köszönöm professzor úr bírálatát és megtisztelő támogató véleményét, és tisztelettel kérem válaszaim elfogadását.

Pécs, 2024. július 10.



Dr. Sonnevend Ágnes