

Válasz Prof. Dr. Rudas László MTA Doktora disszertációm bírálata során feltett kérdéseire:

Nagyon köszönöm Prof. Dr. Rudas Lászlónak az MTA Doktora disszertációm bírálatára fordított idejét, a dolgozat részletes áttekintését, szakértelmét és megfogalmazott kérdéseit, amelyek alapján újabb vizsgálati irányok is felmerülnek. Köszönöm szépen a szerkezeti és stilisztikai kérdésekre vonatkozó bírálatot is. Nagyon fontosnak tartom, hogy a nagyon jelentős tapasztalatán alapuló bírálata által még pontosabb elemzést, újabb kutatási irányokat javasolt.

A feltett kérdésekre a következő válaszokat szeretném adni.

1. Megkérdezem a jelöltet, hogy véleménye szerint az intersticiális betegek esetében a reverzibilitási különbségek háttérében milyen mechanizmusok állhatnak, miben látja a két vizsgálati csoport főbb különbségeit?

Köszönöm szépen a kérdést. A teljes intersticiális tüdőbetegcsoport és az idiopáthiás pulmonális fibrózis hasonló anatómiai és légzésmechanikai változásokat eredményezhetnek. A két betegcsoportban hasonlóan kedvező élettani, funkcionális és életminőség javulást ért el a rehabilitáció. A vizsgálatunk során az idiopáthiás tüdőfibrózisban szenvedő betegeknél átlagban kevesebb ideje állt fenn a betegség, mint átlagosan a teljes intersticiális tüdőbeteg csoportban. Az idő előrehaladtával a patológiai és funkcionális változások egyre fixáltabbá válnak, a reverzibilitás megszűnik, amely miatt a teljes intersticiális tüdőbeteg csoport reverzibilitása nagy mértékben lecsökken.

2. Megkérdezem a jelöltet, mi a véleménye az autonóm idegrendszeri válaszok szerepéről az általa dokumentált kedvező eredmények háttérében? Javasolnám egyúttal, hogy a jövőben a hasonló módszert alkalmazó tanulmányokat egészítsék ki pulzus-variabilitási, illetve baroreflex vizsgálatokkal is.

Köszönöm szépen a kérdést. Egyetértek vele, hogy komplex módon kell értékelnünk a komfortzónás visszatartás, „szabadtüdős merüléssel” tréning hatását. A lassú vezényelt légzési gyakorlatok a paraszimpatikus aktivitás fokozódásához vezetnek, ezzel egyidőben, különösen időben elnyújtott belégzési fázisok mellett, csökken a szimpatikus kiáramlás. Ezek azok a kedvező autonóm idegrendszeri hatások, melyek

érdekében a gyakorlatokat magas vérnyomás betegségben, illetve szívelégtelenségben is vizsgálják, illetve alkalmazzák. A kedvező autonóm idegrendszeri válaszokat összefüggésbe hozzák a lassú vezényelt légzés sport-teljesítményekre gyakorolt hatásaival is. Mindezt a javasolt pulzus-variabilitást és a baroreflexet érdemes vizsgálni. Mindezekkel terveznénk kiegészíteni a vizsgálatunkat, amit a közeljövőben tervezünk folytatni.

3. A klinikai gyakorlatban az idősebb életkor és a közös rizikó tényezők miatt a COPD és a szívelégtelenség gyakran kombinálódnak. A COPD-s betegek klinikai megközelítésében is figyelembe kell vennünk ezt a szövődést. Megkérdezem a jelöltet arról, hogy lát-e lehetőséget egy olyan vizsgálatra, melyekbe „izolált COPD-s” betegeket vonnának be, a társbetegségek még szigorúbb figyelembevételével, illetve laboratóriumi markerek, - például NT-proBNP határértékek mentén?

Köszönöm szépen a kérdést. Nagyon fontos értékelnünk a COPD mellett a társbetegségeket. A leggyakrabban előforduló kardiológiai társbetegségek a COPD esetén a kardiovaszkuláris társbetegség, szívelégtelenség és pulmonális hypertónia. Köszönjük szépen a javaslatot, ezekre a laboratóriumi értékekre nagyobb hangsúlyt tervezünk fektetni. Jelentős szívbetegség nélküli COPD-s betegcsoport kiválasztására törekedtünk egy későbbi vizsgálatunk során, amikor a mellkasi dinamikus hyperinflációnak a szisztémás keringésre kifejtett hatását vizsgáltuk.

4. Itt jegyezném meg, hogy a terheléses perctérfogat változás ugyancsak követhető echokardiográfiával. Ezt a módszert kétségtelenül technikai nehézségek bonyolítják, de a noninvazivitás mellette szól. Megkérdezem a jelöltet, hogy mi a véleménye erről a lehetőségről, és terveznek-e a jövőben ilyen vizsgálatokat?

Nagyon köszönöm a kérdést. Nagyon fontos a non-invazív módszerek keresése és alkalmazása, amelyre kiváló lehetőséget jelent a terheléses perctérfogat változás mérése echokardiográfiával. Terveink között szerepel a szisztémás és a kisvérkői következmények vizsgálata fekvőkerékpáros echokardiográfiás módszerrel. Mindezen módszerek együttes alkalmazása komplex állapotfelmérést tud biztosítani.

5. Megkérdezem a jelöltet, hogy a bemutatott kockázatfelmérő rendszert milyen mértékben alkalmazzák jelenleg a klinikai gyakorlatban, van-e szerepe a műtéti, illetve a preoperatív rehabilitáció indikációiban?

Köszönöm szépen a kérdést. A vizsgálati eredmények alapján optimális lenne mindezen rizikótényezők együttes vizsgálata. Jelenleg a műtéti teherbíróképesség megítélésére a légzésfunkciós értékeket (FEV₁, DL_{CO}), maximális terhelés mellett mért oxigén felvételt (VO₂max) használjuk. Igyekszünk a meghatározott rizikófaktorokra egyre nagyobb figyelmet fordítani, azonban ezek együttes értékelése és a rizikóbecslés ezen komplex módon való értékelése előttünk álló feladat.

Budapest, 2024. október 24.

Tisztelettel:

Dr. Varga János Tamás

