

Válasz Professzor Dr. Vajda Péter bírálataira

Tisztelt Professzor Úr, köszönöm szépen a részletes bírálatot az észrevételeket, megjegyzéseket. A feltett kérdésekre a következő válaszokat adom.

1. kérdés arra vonatkozik, hogy miért nem nyert még SILT nagyobb térhódítást és a hosszú távú nyomkövetésről lehet-e valamit tudni.

A lassú térhódításnak több oka is van.

- 1, A SILT műtét egy eleve ritka betegségben, a rövidbél szindrómában annak is csak a súlyos eseteiben, bizonyos körülmények teljesülésekor 20-25 cm alatti bélhossz, kitágult, vagy kitágított vékonybél esetén lehet előnyös a motilitás helyreállítására, a felszívó felszín megtartása mellett.
- 2, A SILT időben a legkésőbb publikált bélhosszabbító eljárás.
- 3, A rövidbél-szindróma multidiszciplináris kezelését csak kevés helyen koncentrálják, centralizálják úgynevezett bél rehabilitációs centrumokba, ahol minden feltétel adva van. Gondolok itt a megfelelő tudásra, sebészi tapasztalatra, dedikált gasztroenterologus, dietetikus és klinikai gyógyszerész, pszichológus teamre.
- 4, a STEP műtét még a SILT-nél is egyszerűbb és a sebészek könnyebben vállalkoznak az alkalmazására, figyelmen kívül hagyva a perisztaltikára gyakorolt hatását, az izomrostok dezorganizációját. Nem elég ugyanis a kitágult bél lumenét szűkíteni csak szűkíteni a perisztaltika megtartása is fontos.

Az első humán alkalmazás után más szerző is beszámolt a SILT sikeres klinikai alkalmazásról, továbbá a manchesteri centrum is közölt 5 további esetet. Sajnos röviddel ezt követően, személyes okokból, a korábban nemzetközi hírű manchesteri bél rehabilitációs centrum felbomlott, én is az urológiai osztályon kaptam állást.

Az első beteg, akinél az első műtétet alkalmazásra került egy, extrem kis súllyal született volt koraszülött, vak, idegrendszeri és szellemi fejlődésben súlyosan visszamaradott kislány volt, akinek hosszú távú életkilátásai egyébként is meglehetősen korlátozottak voltak, ezt tetézték a rossz szociális körülmények, a limitált szülői együttműködés, a szuboptimális gondozás, így sajnos őt körül-belül egy évvel a műtétet követően a kezdeti állapotjavulás után elveszítettük.

Véleményem szerint újszülöttsebészeti osztályok egyre jobb felkészültsége, a korai diagnosztika is hozzájárul a súlyos rövidbél szindróma elkerüléséhez. A teglutid (GLP-2 analog), a parenterális táplálás javulása, annak otthoni elérhetősége sokat javított betegek életkörülményein, intézet függőségén. Ennek ellenére még mindig valószínű, hogy a Magyarország népességére kivetített incidencia alapján a kb. évi 20-30 új rövidbél szindrómában szenvedő beteg közül néhányan még profitálhatnak egy centralizált bél rehabilitációs ellátásból és visszanyerhetnék enterális autonómiájukat. A transzplantáció sikere még mindig elmarad a várttól.

2. kérdés a paramezenteriólis felhasított bél tulajdonságaira vonatkozott.

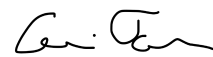
A hólyag augmentáció során a bél detubularizálására - ahogy nevében is benne van- azért van szükség, hogy az elveszítse csőszerű alakját, így a belőle képzett vizelet tároló, inkább gömb alakú új hólyagban ne alakuljon ki magas nyomás. Az izomrostok kontraktilitása megmarad, csak azok nem képesek a teret olyan mértékben szűkíteni, ahogyan az korábban tették. A paramezenteriólis felhasítás/detubularizálás során ez véleményem szerint ugyanúgy teljesül. Azt nem teszteltük, hogy a nyálka termelés és a felszívódás változik-e, de mivel a vérellátás nem változik, az intramuralis idegrendszer sem szakad meg, véleményem szerint sem az izom, sem a nyálkahártya funkció nem változik.

3. kérdés a mágnesek legfontosabb paramétereire vonatkozott.

Véleményünk szerint a legfontosabb a mágneses erő és a mágnesek profilja. A mágneses erőnek elégnek kell lennie ahhoz, hogy az ún. magas nyomású zónában a szöveteket összepréselje és a keringést megállítsa. Bár egyes vélemények szerint túl erős mágneses erő gyors perforációhoz vezet, véleményünk szerint a perforáció inkább a nem ideális profil (pl. hirtelen átmenet a magas és az alacsony nyomású zóna között, azaz éles szél) következtében alakulhat ki. Véleményünk szerint az alacsony nyomású zóna profilja és mérete is fontos, hogy kellő vastagságú szövet gyógyuljon össze. Ugyanúgy, mint egy kellő mélységű hagyományos öltés esetén.

Tisztelettel kérem Professzor Urat a válaszaim elfogadására.

2026.02.09.


dr.Cserni Tamás