

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

MIBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA

A MAGYAR AFEREZIS TÁRSASÁG
ÉS A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG TÁMOGATÁSÁVAL



ISSN 0133-5464

LXXVI. ÉVFOLYAM



1/2023

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

MIBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA

A MAGYAR AFEREZIS TÁRSASÁG
ÉS A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG TÁMOGATÁSÁVAL

A KIADVÁNY A MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA TÁMOGATÁSÁVAL KÉSZÜLT

DR. TULASSAY ZSOLT	5	AZ ORVOSI GONDOLKODÁS – MTA SZÉKFOGLALÓ ELŐADÁS
		ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK
DR. BUZÁS GYÖRGY MIKLÓS	11	VALLÁS ÉS VASTAGBÉLRÁK
DR. BAKOS BENCE DR. TAKÁCS ISTVÁN	17	A D-VITAMIN-PÓTLÁS HATÁSA A MORTALITÁSRA
DR. HIDVÉGI EDIT	22	TÜDŐBETEGSÉGEK – KIHÍVÁS A BELGYÓGYÁSZ SZÁMÁRA?
DR. PÁLFI ERZSÉBET DR. MOLNÁR ANDREA KOVÁCS ANDREA HAVASI ANIKÓ SZÚCS ZSUZSANNA	26	TÁPLÁLÁSTERÁPIÁS KONSZENZUS 2022. A DIETETIKUS SZEREPE A KLINIKAI TÁPLÁLÁS MEGVALÓSÍTÁSÁBAN A LEGFRISSEBB SZAKMAI IRÁNYELVEK ALAPJÁN
		MŰVÉSZET
DR. TULASSAY ZSOLT	29	VASZARY JÁNOS EDDIG ISMERETLEN FESTMÉNYEI – KIÁLLÍTÁS A MAGYAR NEMZETI GALÉRIÁBAN
DR. TULASSAY ZSOLT	43	A GONDOLATOK SZÍNE – MATISSE A SZÉPMŰVÉSZETI MÚZEUMBAN

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

Tájékoztató a szerzőknek

A Magyar Belorvosi Archívum (MBA) szerkesztősége elsősorban klinikai vonatkozású eredeti munkákat vár. Ezek mellett esettanulmányoknak, összefoglaló irodalmi referátumoknak, a belgyógyászat és határterületeinek működését elősegítő írásoknak, módszertani leveleknek is szívesen adunk helyet. Várunk társasági híradásokat, előrejelzést tervezett rendezvényekről, kongresszusi beszámolókat, kollégiumi határozatokat, könyvismertetőket és szakmatörténeti írásokat (pl. megemlékezéseket elődeinkről).

A kéziratokra általánosságban a „Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” (International Committee of Medical Journal Editors. N Engl J Med 1997; 336: 309-315., friss elektronikus változat: <http://www.ICMJE.org>) előírásai érvényesek. A kézirat benyújtásának feltételei:

- a dolgozatot korábban még nem publikálták (kivéve előadás-kivonat vagy PhD-értekezés formájában),
- a kézirat benyújtását valamennyi szerző jóváhagyta,
- a dolgozat nem sérti a Helsinkai Deklaráció (1975, revízió 2008) előírásait,
- a humán vizsgálatok az illetékes etikai bizottság jóváhagyásával törtétek,
- a laboratóriumi állatkísérleteket a vonatkozó szabályzatok szerint végezték.

Szerzőség

Szerző az, aki egy adott munkához alkotó módon járult hozzá, beleértve a tervezést, a kivitelezést, az ellenőrzést, valamint a dolgozat megírását. Rutinszerűen végzett munkáért (pl. metodikai, laboratóriumi adatok felhasználásáért, technikai asszisztenseknek) köszönetnyilvánítás a célszerű.

Kéziratok elbírálása

A kéziratok elbírálása „peer-reviewing system” szerint történik. A bírálók felkérése és a kézirat közlésre való elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti meg.

A kézirat a megjelenésig titkosnak számít. Ennek figyelembevételére vonatkozik a szerkesztőségre, szaklektorokra, a kiadóra stb. egyaránt. A kézirat elbírálási folyamata során információkat csak a szerkesztőség adhat, de csak a szerzőnek és a szaklektoroknak.

A szerző értesítést kap a szerkesztőségtől 1. a kézirat átvételéről (közlésre érkezés időpontja), 2. a szaklektor(ok) véleményéről, amelynek alapján – ha szükséges – készülhet az átdolgozott, kiegészített közlemény, 3. a kézirat közlésre történő elfogadásáról, 4. a kiadó küldi el a tördelt változatot, amelyben a nyomdai hibák és egyéb legszükségesebb javítások is elvégezhetők.

Orvosi helyesírás

A gyógyszerkészítmények gyári nevének megadását lehetőleg kerüljük, helyettük a gyógyszerhatóanyagok elnevezését használjuk.

- **Helyesírási alapelvek, ortográfia.** A kéziratot a magyar helyesírás szabályai szerint szerkesztjük, a szakkifejezések írásában az Orvosi helyesírási szótárban (Akadémiai Kiadó) foglaltak az irányadók. Akármelyik (latin vagy magyar) írásmódot alkalmazzuk, lényeges, hogy **az adott kifejezés írásmódja egységes legyen.**
- **Latinos írásmóddal** (de nem angolos latinsággal) írjuk a kettős latin neveket, az anatómiai neveket, a betegségek, elváltozások, tünetek, diagnózisok hagyományos elnevezését, akkor is, ha görög eredetűek (pl. gastrum, gastricus, pharyngealis).
- **A magyar helyesírás szerint, fonetikusan javasoljuk általában írni:** a társtudományok szakkifejezéseit (kémia, fizika – pl. szén-dioxid, aggregáció), enzimek neveit (foszforiláz), tudományágakat (hematológia), vizsgálóeszközöket és vizsgálóeljárásokat [elektrokardiográf(ia), biopszia, komputertomográf], gyakori, a köznyelvben is használatos orvosi kifejezéseket (diagnózis, terápia, krónikus, patológia).

Technikai követelmények

A kéziratokat elektronikus úton (e-mail: szathmari.miklos@med.semmelweis-univ.hu) kérjük a szerkesztőségbe továbbítani. *Eredeti munka* megírásakor

célszerű a következő tagolást követni: *Bevezetés* (célkitűzés, rövid hivatkozás az irodalmi előzményekre), *Betegek és módszerek*, *Eredmények*, *Megbeszélés* (következtetés). A kézirat teljes terjedelme ne haladja meg a 30 000 karaktert.

Illusztrációk

Az ábrákat, táblázatokat kérjük külön dokumentumban mellékelni. Valamennyi ábrát és táblázatot sorszámmal és címmel kell ellátni. A szövegben minden ábrára és táblázatra hivatkozni kell.

- A táblázatokat Word dokumentumként, szerkeszthető formában kérjük.
- A grafikus ábrákat a Kiadó árajzoltatja.
- **A fényképeket digitális formában, tif vagy jpg kiterjesztéssel kérjük,** lehetőleg minél nagyobb méretben (min. 300 dpi felbontás). Csak kifogástalan minőségű felvétel fogadható el. (Ha mód van rá, szíveskedjenek a háttérre ügyelni, zavaró árnyékok, nem odatarozó tárgyak stb.) Kérjük, hogy az ábrákat ne helyezték Word vagy PowerPoint dokumentumba, mert ezek gyenge felbontásuk miatt nyomdai felhasználásra alkalmatlanok!

Korábban már publikált ábra csak a szerző és a kiadó engedélye esetén közölhető (a forrás feltüntetésével), vagyis **a mástól átvett ábra, táblázat, fotó stb. közléséhez** (jogi okból) az eredeti kiadvány szerzőjének, illetve kiadójának engedélye szükséges; az engedélyt a Szerzőnek kell beszereznie! Élő személy felismerhető képének közléséhez az illető hozzájárulása szükséges, ennek hiányában jelezni kell a Kiadó számára, hogy a kép feldolgozásakor kitaras szükséges.

Összefoglalás

A kézírathoz magyar és angol nyelvű, csak a tényszerű adatokat közlő, a dolgozat lényegének megértését lehetővé tevő, 15–20 sor terjedelmű összefoglalást kérünk mellékelni (3. személyt használva). Az angol nyelvű összefoglalásban (Summary) a szerzők neve (keresztnév rövidítve) és dolgozat címe is szerepeljen. Az összefoglalás és a dolgozat címe ne tartalmazzon rövidítéseket. Kulcsszavak megadását magyar és angol nyelven egyaránt kérjük. Az angol kulcsszavakat a *MeSH (Medical Subject Headings)* szótárból kell kiválasztani és ezek magyar nyelvű megfelelőit kell magyar kulcsszavakként feltüntetni.

Irodalomjegyzék

Az irodalomjegyzék csak a legfontosabb hivatkozásokat tartalmazza, ezek száma ne haladja meg a harmincat. A hivatkozások az első három szerző nevét felsorolva (további szerzők esetén az „és mtsai” kiegészítéssel), a dolgozat címét és a megjelenés helyét és idejét tartalmazzák a következő módon: Green J, Jot TS, Gold ML: Apoptosis and loss of renal tissue. N Engl J Med 1994; 331: 13-121. A folyóiratok nevének rövidítése az NLM katalógusában látható hivatalos cím rövidítések (*NLM's Title Abbreviation*) szerint történjen (elérhető: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/>).

Könyv, monográfia idézésének módja: pl. Wilson SE, Williams RA (szerk.): *Vascular Surgery* 2nd ed. Grune Stratton, London, 1986.

Könyvfejezet idézésekor előre kerül a fejezet szerzője és a fejezet címe, majd „In.” után az előző forma, végül az idézett rész első és utolsó oldalszáma. Kongresszusi előadás nyomtatásban megjelent rövidített szövege (abstract) és „személyes közlés” nem idézhető közleményként.

Elektronikus forrás idézésére példa: Kaul S, Diamond GA: Good enough: a primer on the analysis and interpretation of noninferiority trials. Ann Intern Med [Internet]. 2006 Jul 4 [cited 2007 Jan 4]; 145(1): 62-69. Available from: <http://www.annals.org/cgi/reprint/145/1/62.pdf>

Az irodalomjegyzéket az **idézési sorrend szerint sorszámozva** kérjük, és a szövegben a cikkekre számmal történjen hivatkozás.

Curriculum vitae

A közlésre elfogadott közlemény első szerzőjétől várunk nagyon tömör, legfeljebb 350 karakter terjedelmű életrajzt (munkahely, beosztás, tudományos fokozat, fő tudományos érdeklődési terület) harmadik személyben fogalmazva. A kézirat végén kérjük az első szerző munkahelyi címét, telefon- és faxszámát, illetve e-mail-címét közölni.

E SZÁMUNK SZERZŐI

Dr. Bakos Bence

2012-ben végzett a Semmelweis Egyetemen, ezt követően az egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinikáján helyezkedett el. 2018-ban belgyógyászból, 2020-ban endokrinológiából szerzett szakképesítést jeles minősítéssel. Tagja a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaságnak és a Magyar Osteoporosis és Osteoartrológiai Társaságnak. Főbb tudományos érdeklődési területei a pajzsmirigybetegek, illetve az csontanyagcsere-betegségek, különös tekintettel a D-vitamin-anyagcsere zavaraira. PhD dolgozatának témája a D-vitamin-anyagcsere molekuláris genetikája.

Dr. Buzás György Miklós

Az egyetemi diplomáját 50 éve, 1972-ben szerezte a kolozsvári Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetemen. 1978-ban Bukarestben belgyógyászati szakképesítést tett, 1991-ben Budapesten gasztroenterológusi szakképesítést szerzett, 2014-ben diabetológiai licencvizsgát tett. PhD értekezését 2007-ben védte meg. Érdeklődési és kutatási területe: *Helicobacter pylori* fertőzés és a tejcukor-érzékenység. Szakmatörténeti könyveiben a gasztroenterológia, a peptikus fekély, a diabetes mellitus és az ultrahang-diagnosztika kialakulásával foglalkozott.

Dr. Hidvégi Edit

1984-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Jelenleg a SE Pulmonológiai Klinikáján dolgozik. Felnőtt és gyermek pulmonológiai, gasztroenterológiai, csecsemő- és gyermekgyógyászati szakképesítésekkel rendelkezik. Fő érdeklődési területe a légutak és a gyomor-bélrendszer allergiás megbetegedéseinek kivizsgálása, elkülönítő diagnosztikája és kezelése.

Dr. Pálfi Erzsébet

Dietetikus, okleveles élelmiszer minőségbiztosító agrármérnök Msc. Doktori fokozatát egészségtudományok tudományterületen szerezte. A Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszéken főiskolai docens, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskola témavezetője 2015-től. 1998-tól dolgozik terápiás dietetikusként, 2001-től főiskolai oktatóként. Fő kutatási területe a terápiás dietetikai kutatások, beleértve a tápláltsági állapot, valamint a dietetikai klinikai gyakorlat vizsgálatát.

MBA

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA
JOURNAL OF THE HUNGARIAN
SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE

Főszerkesztő / Editor in Chief:

Dr. Szathmári Miklós

E-mail: szatmik@bel1.sote.hu

Előző főszerkesztők (Past Editors):

Dr. Hetényi Géza (1947–1949)

Dr. Gömöri Pál (1950–1958)

Dr. Julesz Miklós (1959–1962)

Dr. Magyar Imre (1963–1982)

Dr. Lehoczy Dezső (1983–1998)

A szerkesztőbizottság elnöke /

Chief of the Editorial Board:

Dr. Tulassay Zsolt

Szerkesztőbizottság / Editorial Board:

Dr. Czákó László

Dr. Dank Magdolna

Dr. Domján Gyula

Dr. Eggenhofer Judit

Dr. Gasztonyi Beáta

Dr. Herszényi László

Dr. Hunyady Béla

Dr. Járai Zoltán

Dr. Krutsay Miklós

Dr. Karádi István

Dr. Kempler Péter

Dr. Masszi Tamás

Dr. Patai Árpád

Dr. Poór Gyula

Dr. Szalay Ferenc

Dr. Szauder Ipoly

Dr. Szekanez Zoltán

Dr. Tallér András

Dr. Vasas Lívia

Dr. Wittmann István

International Editorial Board

Fabio Farinati (Padua)

Gergely István (Marosvásárhely)

Günther Krejs (Graz)

Peter Malforteiner (Magdeburg)

Harthuth Neumann (Freiburg)

Jaroslav Regula (Varsó)

Szabó Gyöngyi (Boston)

Kézirat, levél a következő címre érkezzen:

Szerkesztőség / Editorial Office:

Magyar Belorvosi Archívum

1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a

Telefon: 210-0278 Fax: 313-9492

Kiadja a

MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT.

1072 Budapest, Rákóczi út 16.

Telefon: 312-2650

A kiadásért felel:

a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Borítóterv: Bede Tamásné

Nyomdai munkálatok:

Mega-Galaxis Kft., Budapest

Megrendelhető és előfizethető

a MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT.-nél.

Éves előfizetési díj 8400 Ft + áfa + postaköltség.

A Magyar Belgyógyász Társaság tagsági díja

tartalmazza a lap előfizetési díját.

Megjelenik kéthavonta.

A lapot az előfizetés beérkezésétől postázzuk.

Magyar Belorvosi Archívum © 2023

Minden jog fenntartva.

A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti

írás és képi anyag közlési joga

a Magyar Belgyógyász Társaságot illeti.

A megjelent anyagnak – vagy egy részének – bármely

formában való másolásához,

felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez

az MBT írásbeli hozzájárulása szükséges.

Index: 25 532

ISSN 0133-5464

INTERNET: medkiad@medicinazrt.hu

ELŐZETES

A Magyar Belorvosi Archívum 2023/2-3. számának tervezett tartalomjegyzéke:

Taller András: JAK-gátlók az IBD kezelésében

Sarlós Patrícia: Iatrogen disbiosis

Hersényi László: Gyomorvédelem antitrombotikus kezelésben

Karlócai Kristóf: Pulmonalis hypertensio

Szende László: Diabetesez neuropathiában szenvedő beteg paraesthesiái késői jelentkezésű posztoperatív hypoparathyreosis következtében

Varga Márta: A Covid-19-fertőzés gasztroenterológiai vonatkozásai, hatásai

Lázár Imre: A belgyógyászati pszichoimmunológia hálózatalvú kérdései

Művészeti közlemények

AZ ORVOSI GONDOLKODÁS

Dr. Tulassay Zsolt

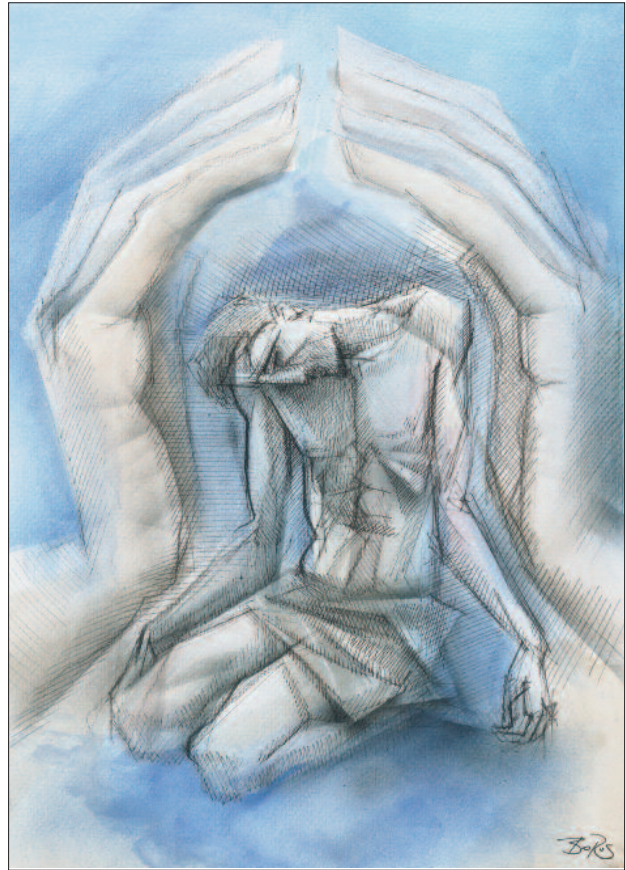
A Magyar Tudományos Akadémia Székházának Dísztermében elhangzott székfoglaló előadás (2011. március 16.)

Elnök úr, tisztelt Akadémikus hölgyek és urak! Hölgyeim és Uraim.

A székfoglalók hagyománya az, hogy a Magyar Tudományos Akadémia új tagja az elmúlt években végzett tudományos munkájáról ad áttekintést. Arról, amely méltóvá tette a tudós testület bizalmára. Ezzel a szókésséggel szakítva, a közleményekben is fellelhető kutatási eredményeim ismétlése helyett, kísérletet teszek annak az élménynek a megfogalmazására, amelyet 40 éves orvosi pályám során megéltem, és amely gondolkodásom meghatározójává vált.

Az orvosi gondolkodás gazdagsága, sokrétűsége, színessége tanulmányaim kezdetétől lenyűgözött. A gondolkodásmódot számos tényező befolyásolja. Közöttük a tanulmányok meghatározó jelentőségűek, alapvetően befolyásolják az észjárás irányultságát és az abból fakadó cselekedeteket. Jelentős összetevője a tapasztalat is, a külvilág hatásainak átélése, értékelése, feldolgozása és az alkalmazkodás képessége. Gondolkodásunkat a környezet is alakítja, a szűkebb és a tágabb egyaránt: a társakkal folytatott eszmecserék éppúgy, mint a világ történéseinek észlelése.

A gondolkodásmódot azonban alapvetően mégis két tényező alakítja: *a hivatás és az egyéniség*. A hivatásra jellemző szemléletmód határozza meg a kihívásokra adott válaszainkat. Kosztolányi Dezső szerint a hivatás jellemzői néhány évtized után már az arcjátékból és a mozdulatokból is kiolvashatók. A hivatás mellett azonban az egyéniség változatossága ad egyéni színt a külső hatásokra kialakuló válaszainknak. Mindenki ismeri az orvosi hivatás különböző megnyilvánulásait, a fürkésző, kutató tekintetet, a nyugalmat sugárzó mosolyt, a kemény arcot vagy a bátorító kézszorítást. A hivatásra jellemző közelítési mód alapvető és meghatározó, amelyet azonban az egyedi vonások gazdagítanak, változatossá tesznek. A segítségnyújtás igénye valószínűleg az emberiséggel egyidős. A bajba jutott társak segítése ma is az orvosi hivatás alapvető sajátossága. Kezdetben a személyes érintettség és az érzellem határozta meg a cselekedeteket. A ma általánossá vált orvoslás azonban nagyot változott, a cselekvési mód egyre inkább személytelenné vált, a gyógyítás mikéntjét csak az adatok, a gépekből elővarázsolható összefüggések, algoritmusok, irányelvek vezetik. Az orvoslás fejlődésében nyilvánvalóvá vált, hogy egy ember nem képes átfogni azt a hatalmas tudáshalmazt, amely akár csak az elmúlt évszázadban ismertté vált. Ez a



folyamat az utóbbi fél évszázadban felgyorsult. Az orvoslás széles köre szűkült és különböző szempontok mentén tagozódott. A különböző irányok olyan különleges, teljes figyelmet igénylő ismereteken alapulnak, amelyek a szélesebb körű tájékozódást gátolják.

Szűkülő horizontú és egyre kisebb áttekintést igénylő szakmai területek alakulnak ki, a szélesebb távlatokat mérlegelő orvosi szemléletet a specializáció szűkült látóköre már nem igényli többé. Az orvos nem a beteg embert kezeli, csak egyes szerveit és gyakran azokat sem teljeskörűen, csak egy-egy különleges beavatkozás elvégzéséig. A különböző szervek működésének kölcsönhatása, az emberi szervezet egészének, a testi és a lelki egyensúlyának a megítélése egyre kevésbé témája az orvosi gondolkodásnak. Szakemberek javaslatokat fogalmaznak meg, és a beteget magára hagyják egy számára ismeretlen, nehezen megérthető és állandóan változó világ útvesztőjében.



A specializáció szűk látóköre alapján felvetődik a kérdés, hogy a hagyományos betegközpontú orvosi szellemiség, beállítottság elvárása ma már nem csak illúzió-e és egy régen letűnt értékrend ábrándja. Az orvosi hivatásba vetett hitünket adnánk fel, ha erre a kérdésre igennel válaszolnánk. Az egyetlen megoldás a kiindulási ponthoz való visszatérés, amely az orvoslás eszmeiségét fogalmazza meg. Nemcsak szakemberekre van ugyanis szükségünk, hanem olyan személyiségekre, olyan tág látókörű orvosokra, akik sajátos értékrendet képviselnek, megvalósítják az összegzésre való törekvést, és túllépnek azokon a korlátokon, amelyeket a szűkebben vett érdeklődési körük határoz meg. Az ideális orvosi magatartás jellemzői sokrétűek, közülük azonban a következő négy különös jelentőségű:

- a kérdések elfogulatlan és tiszta megközelítése,
- a korszerű tudás,
- a széleskörű tapasztalat,
- a tisztesség és az erkölcsiség.

Az orvosi magatartás általánosságban szemlélődő, mérlegelő természetű, amelyet azonban átszö a lankadatlan kíváncsiság és a kutatási kedv. A magatartás a gondolkodás tükré. Az orvosi gondolkodás fontos alapja a lényeges és a lényegtelen megkülönböztetésének a képessége. A lényeges és a lényegtelen dialektikus viszonyt képez. A ma lényegesnek gondolt összefüggés holnapra érvényét vesztheti, és a ma lényegtelen kerül-

het előtérbe. A józan helyzetfelismerés az irányadó, amely a logikára épül. Elkülönítésükben az irányadó az, hogy az adott helyzetben melyik befolyásolja döntően gondolkodásunkat és cselekedetünket.

Az orvosi gondolkodás lényeges eleme a *kétkedés*. „Mindent bizalmatlanul kell olvasnunk”, mondta Voltaire. Kétkednünk kell mindig, mert tudásunk korlátozott, személyes és általános ismereteink egyaránt, és vizsgálómódszereink sem tökéletesek. Ugyanaz a jelenség különböző formában is megjelenhet, és ugyanannak a formának a háttérében különböző jelenségek is kialakulhatnak. Figyelmünk ébersége is változik. A kétkedés azonban nem a személyes bizalom hiányán, hanem az adatok változatosságán alapul.

A kétkedés számba veszi a kórisméhez vezető út valamennyi elágazódását, és segít abban, hogy visszatérjünk a kiinduláshoz. Kerülhetünk olyan helyzetbe, amelyen nem tudunk továbbhaladni. Vissza kell térnünk az eredethez, át kell értékelnünk a megtett utat és új haladási irányokat kell kijelölnünk. Ha a jelenség kialakulásához több út is elvezethet, gondos vizsgálódással fel kell tárnunk a valódi okot. A kórisméhez vezető adatmozaikok pontos helyét ismernünk kell, és tudnunk kell azt is, hogy következtetéseink valóban elégséges háttérrel tartak-e fel. „Sokat kell tanulnunk ahhoz, hogy keveset tudjunk”, mondta Montesquieu. Készen kell állnunk váratlan és szokatlan helyzetek értékelésére és elfogadására.

Fontos a *kritikai készség*, az önkritika és a váratlan helyzetek kezelésének készsége. Tisztába kell lennünk azzal, hogy a felvetett kérdésre nem született igazi válasz és a megoldás az adott helyzetben és időben nem is fog megszületni. További vizsgálatok és megfigyelések szükségesek a kibontakozáshoz. Tudnunk kell azt is, hogy az orvosi gyakorlatban egyre több a korlát és a szabályozó elem. Útmutatók, irányelvek, jogi fenyegettség kíséri mindennapi munkánkat, amelyben egyre több a korlát és kevesebb a lehetőség a váratlan helyzetek kezelésére. A képzettársítás készsége nem elégséges többé, rögtönzés csak szükségből valósulhat meg és az ösztönös megérzés, felismerés szerepe mellékessé vált. Cselekedeteinkben az adatok uralma a jellemző. Az egyes eljárások javallatainak köre meghatározott, azoktól eltérni számos esetben következménnyel jár. Ez kétségtelenül a fejlődés és a rendszerezés irányába hat, az orvosi gondolkodás szárnyalását, az ösztönös felismerés lehetőségét azonban lényegesen korlátozza.

A *mérlegelés* képessége az orvosi döntéshozatal, gondolkodás és állásfoglalás egyik alapja. Az erőfeszítés mértékének és a kapott eredmény értékének arányát ismernünk kell. Az iránytű mindenkor a beteg érdeke. Ha a beteg gyógyításakor az új ismeret nem hasznosul, akkor vissza kell lépünk. A nem megalapozott igyekezetet kerülnünk kell. A mindenáron megszerzett ismeret nem mindig jár együtt annak egyedi esetben is megjelenő gyakorlati hasznosságával. A tudományos igény ugyanakkor arra ösztönöz, hogy az



ismeretlenről a legtöbbet tudjuk meg, olyan adatokat gyűjtünk, amelyek a majdani összegzés fontos elemei és kiindulópontjai lehetnek. Nem zárható ki az sem, hogy a ma még nem egyértelműen hasznosuló eljárás a betegség lefolyása során később új irányok meghatározását teszi lehetővé. A ma még közvetlenül nem célravezető beavatkozás a jövőben két területen is gyümölcsöző lehet. Idült betegségekben az ismeretek gyarapodása révén az adott beteg ellátásban is, és általánosságban a kóros folyamatok részleteinek alapos megismerésében. A határvonal szűk, a rossz lépés kísértése nagy, az ösvényt szegélyező mélység nem belátható.

A *hosszú távú gondolkodás* és a tervezés az orvosi gondolkodás egyik meghatározója. A betegség kezdeti jelei, tünetei alapján a kórisme gyakran nem állapítható meg. A kiindulási helyzet ugyanis gyakran nem típusos, a kórkép változik, fejlődik, a jellege is alakulhat, amely hosszú távú megfigyelést és gondolkodást igényel. Türelemre van szükségünk a megfelelő pillanat és időpont megtalálására. „Várni és figyelni” – mondja az angol közmondás. Várnunk és figyelünk kell a betegség lefolyását, mert a kórisméhez ez vezethet. „Akinek nincs türelme, nincs semmije” – tartja egy olasz közmondás.

A *kockázatvállalás* az orvosi gondolkodásnak és gyakorlatnak fontos, olykor kétélű erénye. Alapvető feltétele a biztos tudás, a bátorság, az elszántság, a ren-

díthetetlen lelki tartás és az óvatos kockázatvállalás. Liszt Ferenc mondotta, hogy „ha az ember nem bátor, még óvatosnak sem lehet elég jó.” Azért kell kockázatot vállalnunk, mert teljes biztonság semmilyen cselekedetünkben nincs, hiszen a jelek közötti kapcsolatok esetlegesek, a párhuzamos elemek elkülönítése nem mindig válik lehetségessé, az oksági kötelékek egyes tényezők között vitathatók, az egyéni válaszok pedig változatosak és kiszámíthatatlanok. A kockázatvállalás is felkészültséget igényel, amely a korszerű tudományos ismeretanyagot, a biztos orvosi tudást jelenti, feltételezi azonban a bátor, elszánt lelki magatartást is.

Az orvos gondolkodásának fontos eleme a *tapasztalatok felhasználása*. A kóros folyamatok jelentős részének pontos szerkezetét, menetét nem ismerjük. Elemzéssel, következetes okfejtéssel a törvényszerűséget keresve az ismeretlen hatások sokasága miatt számos esetben nem jutunk eredményhez. A tapasztalat, a „láttam már hasonlót” élmény megőrzése azonban segíthet ilyen helyzetekben is a helyes út megtalálásához. Az élő szervezet működésének feltárása, a szellemtörténet évezredei során nem vált teljessé. Kérdés az, hogy a korunkban rohamosnak tartott fejlődés eredményeként egyáltalán elérhetővé válik-e valaha az élet teljességének tudományos megismerése. Az ismeretek hiányát addig azonban a tapasztalatok összegyűjtése és hasznosítása részben helyettesítheti. Az orvoslásban a



tapasztalatokon értékes, mással nem pótolható gyakorlati rendszer alapul. Ezt a szabályosságot évszázadok megfigyelései hitelesítik. Az egyéni gondolkodásba való befogadásunk azonban csak korlátozottan lehetséges. A tapasztalatok jelentős részét egyéni törekvéssel, szorgalommal és elhivatottsággal magunknak kell megszereznünk. Át kell élnünk helyzeteket, sorsokat, gondosan elemeznünk kell összefüggéseket, és az eredményeket magunk számára saját erőfeszítésünkkel kell megfogalmaznunk ahhoz, hogy kellő tapasztalathoz jusjunk. Az orvosná válás folyamata nem siettethető, küzdelmes út, amely áldozatot, kitartást, erős akaratot egyaránt igényel.

Németh László Villámfénynél című drámájának orvos főhőse legfőbb célként az üzeni az ifjúságnak, hogy legyen igényes. Az emberi létnek és ezen belül az orvosi gondolkodásnak is az *igényesség* fontos jellemzője. Igényesnek kell lennünk önmagunkkal és a környezetünkkel szemben.

Igényesnek mind a gondolkodásban, mind a cselekedetekben, mind az emberi és szakmai kapcsolatokban. Az igényességnek számos összetevője közül legfontosabb az, hogy tudásunk és erőnk szerint a legteljesebbet nyújtjuk, és annak a megélése, tudata, a biztonságérzete, hogy sikerhez csak az emberileg és szakmailag hibátlanul megoldott feladat vezethet. Ennek az

érzelmi azonosulás is fontos jegye, amelyben megjelenik a helytállás öröme, az, hogy mindent megtettünk a cél elérésére. Lelkiismeretünk békéje lehet csak annak a mércéje, hogy a helytállás és az igényesség a munkánkban valóban megvalósul-e. Bízunk a sikerben, mert tudjuk azt, hogy a maradéktalanul elvégzett munka valóban sikerhez vezet. Loyolai Szent Ignác mondta, hogy „úgy bízzál a sikerben, mintha az egyedül Istentől függene és úgy dolgozzál, mintha a sikert kizárólag csak a munkád befolyásolná.” Ez a *bizalom*, a *hit* és a jól végzett munka örömeinek alapja.

Ugyanakkor *elszántnak* kell lennünk, mert a kitűzött célon kívül más kibontakozás nem lehetséges. Az értetlenség, az igénytelenség, a saját korlátok elleni küzdelem az elszántságnak a jele. Nem szabad bele nyugodnunk a kudarcba, nem szabad visszafordulnunk a főlúton, hinnünk kell abban, hogy képesek vagyunk a feladat megoldására. A legreménytelenebb helyzetben is elszántnak kell lennünk, olyan elszántnak, amelyet a hit vezérel. Luther Márton mondta, hogy „ha holnap elpusztulna is a világ, én ma elültetném még az almafát”. Készen kell állnunk a *megújulásra*. A világ változik, mi is változunk, és nem lehetünk biztosak abban, hogy ismereteink a valóság teljességét képviselik. A világ átalakulásait be kell építenünk mindennapi gondolkodásunkba, cselekedeteinkbe úgy, hogy elköteleződésünk, értékrendünk ne változzon. Az ismeretek módosulnak. „Csak a búcsú pillanatában áll helyre az egyensúly” – mondta Pilinszky János. *Szerénynek és alázatosnak* kell lennünk. Alázatosnak, mert sokat nem tudunk, hiszen ismereteink a környező világról, annak változásairól, összetettségéről még vázlatosnak sem mondhatók.

Tudnunk kell azt is, hogy a munkánk *szolgálat*. Az indokolatlan elégedettség ne váljék uralkodóvá és törekednünk kell arra is, hogy mások álláspontja is érvényre juthasson. Nem mi vagyunk az egyetlen út. A gőg és az önhittség a legtaszítóbb emberi magatartások egyike. Gondoljunk az evangéliumi példabeszédre, amely arra tanít, hogy a vendégségben ne az első helyre ülünk, mert nálunk előkelőbb vendégek is megjelenhetnek. A világ nélkülünk is megy tovább, és ne higgyük, hogy mi vagyunk a központ. Akadémiánk egykori főtáncára, Arany János ezt így fogalmazta meg:

„Nem mindig ember, aki sorsot intéz;
Gyakran a bölcs is eszköz, pusztá báb;
S midőn lefárad az erőtlen kéz,
A végzet tengelye harsog tovább;”

(Magányban, 1861).

Az orvosnak *műveltnek* is kell lennie. A műveltség meghatározása sokágú, széles körű és koronként változik. A műveltség az értelmiségi lét fontos jellemzője. A lélek tükröződése nemcsak ismeret, hanem azok értelmezése is. A tartalma korok szerint változhat. A lényeg azonban mindig állandó: a műveltség a humánus felé forduló és a szellemi alkotások értékeire irányuló ismeret, azok értelmezése és tükröződése a lelken át. A szellemiség elemeinek bemutatása nehéz feladat. A mű-



veltség összetevőinek számba vétele pedig lehetetlen, mert nincs az az áttekintés, amely hiánytalan lenne.

A műveltség alapjai közül kettő különösen meghatározza a gondolkodásunkat. Az egyik az *anyanyelv*, amelynek ismerete és pontos használata jellemzi az egyéniséget. A kifejezés ereje, a szókinccs gazdagsága és szépsége, az érvek logikája és az árnyalatok harmóniája az egyéniség tükröződése is. Ennek a hangsúlyozása ma különösen fontos, hiszen nyelvünk fokozatosan sivárodik, és ez az orvosi nyelvre különösen jellemző. A tudomány új jelenségeinek, eszközeinek és eredményeinek leírására az elmúlt évtizedben nem születtek szemléletes magyar kifejezések, hanem az idegen nyelvű, leginkább az angol szókészlet vált általánosan elfogadottá és a mindennapi érintkezés eszközzé. Ebben az időszakban az orvostudomány szerkezete, szemlélete és ennek megfelelően szóhasználata alapjaiban változott meg. Az élővilág új jelenségeit ismertük meg, eddig nem alkalmazott eljárások terjedtek el, amelyek elnevezésére egyszerűbbnek látszott az idegen nyelvű kifejezés átvétele és használata. Az eddig többnyire latin kifejezésmód mellé az angol meghatározások sokasága is társult, az orvosi kapcsolattartás és adatközlés sajátos keveréknyelvét kialakítva. Az új jelenségeknek, eljárásoknak, eszközöknek nem született meg a magyar elnevezése, ezért orvosi nyelvünk nem fejlődött, nem gazdagodott, hanem szokatlan, gyakran nehe-

zen érthető kifejezésmód és szókinccs csapdájába került. Szókinccsünkben viszont legtöbbször megtalálhatók a többnyire angol eredetű meghatározások magyar megfelelői, amelyek a fogalmat pontosan kifejezik, leírják. Ha új, eddig nem ismert jelenségről szólnunk, kezdeményeznünk kellene annak magyar megjelölését is új kifejezés megalkotásával. Az vállalkozhat leginkább méltóan erre a feladatra, aki a tudományt is ismeri és az anyanyelvünket világosan, szabatosan, választékosan használja. A magyar írásmóddal a szöveg érthetőbbé, gördülékenyebbé válik, a kifejezés gazdagsága, ereje, a szavak szépsége pedig gyönyörködteti az olvasót.

A másik alap *a szépirodalom és a zene* ismerete, amely segít bennünket abban, hogy olyan páratlan élményekhez jussunk, amelyet egyébként egy élet folyamán sem tudunk megélni. A szépirodalom élettapasztalatot nyújt. Segíti a különböző helyzetek értékelését, jellemelek megismerését. A nagy irodalmi művekben megismert emberi alakokkal, jellemekekkel mindennapi munkánk során már ismerősként találkozunk. Az irodalmi élmények kulcsot adnak emberek, betegek, különböző lelki állapotok megismeréséhez, a bizalom, az empátia megvalósulásához. A zene pedig az értelem, az érzelem és a szépség harmóniájának, szintézisének legtökéletesebb művészi formája, amely fogékonnyá tesz az élet felismeréséhez és átéléséhez. Magyar Imre mondta: „az emberi lét csak akkor teljesed-



het ki, ha megismerjük az emberi szellem nagy alkotásait, ha szűkebb szakmánkat is a szellem és a művészet ténye és az ember belső ismerete ragyogja át”.

A legfontosabb azonban az, hogy az orvosnak *jó embernek* kell lennie, akit tudást gazdagít, tisztesség övez és türelem tesz a közösség megbecsült tagjává. A jó ember, a jó orvos a környezetének, társainak örömet sugároz. „Senki sem tud azonban igazán örülni, ha nincs benne szeretet” – mondta Aquinói Szent Tamás. Nemcsak az orvosi magatartásnak, hanem magának az orvosi létnek is a legfontosabb megnyilvánulása a *szeretet*.

Köszönöm mindazoknak, akik eddigi életem, orvosi pályám és munkám során szeretettel vettek körül. A

legtöbbet kaptam tőlük, mert a szeretet a legnagyobb adomány. A tudomány elenyészik, *a szeretet* azonban nem szűnik meg soha.

Szent Pál írta az I. Korintusi levelében:

„ismerjem az összes titkot és minden tudományt, ha szeretet nincs bennem, mit sem érek.”

Hölgyeim és uraim. Köszönöm, hogy meghallgattak.

A grafikák Boros Attila festőművész munkái.

VALLÁS ÉS VASTAGBÉLRÁK

Dr. Buzás György Miklós

Ferencvárosi Egészségügyi Szolgáltató Kft., Gasztroenterológia
MEDOC Egészségközpont, Gasztroenterológia, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS: A colorectalis carcinoma több évtizede az onkológiai morbiditás és mortalitás egyik vezető oka. A vastagbélrákos betegek vallási hovatartozása befolyásolhatja a betegség járványtanát, kórlefolását és gondozását. Járványtani felmérések igazolták, hogy egyes felekezetekhez tartozó egyéneknél (mormonok, hetedik napi adventisták, baptisták, Jehova tanúi) a colorectalis carcinoma kockázata alacsonyabb, mint más felekezeteknél, a zsidóknál viszont magasabb, mint az araboknál. A jelenség hátterében valószínűleg inkább az életmód tényezői, mint maga a hit állhat. A vallási tényezők szerepe észlelhető a szűrővizsgálatokban is, ugyanis az aktív vallási életet élő egyének nagyobb arányban hajlandók részt venni azokban, mint a nem vallásos vagy vallásukat nem gyakorló személyek. Speciális kérdőívvel kimutatható, hogy az előrehaladott betegségekben szenvedőknél a lelki/vallási gondozás segít a daganattal való megküzdésben, és még a terminális szakban is javíthatja az életminőséget.

Kulcsszavak: colorectalis rák, életminőség, életmód, hit, szűrés, vallás, vastagbélrák, végbélrák

Buzás GyM: RELIGION AND COLORECTAL CANCER

SUMMARY: Colorectal cancer has for many decades numbered among the leading causes of oncologic morbidity and mortality. The religion of colorectal cancer patients is one of the neglected factors that could influence the development, course, and care of these patients. Epidemiological data has shown that the incidence of colorectal cancer is lower in some Mormon, Seventh-day Adventists, Baptist, or Jehovah's witness populations than in other religions, and is increased among Jews as compared to Arabs. Lifestyle factors rather than the faith itself could influence the epidemiology of these tumors. The influence of religion can be captured in colorectal cancer screening, where studies have shown that living an active religious life increases the willingness of participation in screening programs. Specialized questionnaires show that in patients with advanced colorectal cancer, spiritual and religious care is of some help in coping with the disease and improves quality of life even at a terminal stage.

Keywords: colon cancer, faith, lifestyle, quality of life, rectal cancer, religion, screening, terminal care

Magy Belorv Arch 2023; 76: 11–16.

Az onkológia haladása ellenére a CRC továbbra is a vezető halálokok közé tartozik. A GLOBOCAN 2020-as, 185 országra kiterjedő adatbázisa szerint az újonnan felfedezett vastagbélrákok becsült száma 1 148 515 (az összes daganat 6,0%-a), halálózása 576 858

(5,8%); a végbélrák incidenciája 732 210 (3,8%), halálózása 339.022 (3,4%).¹ Az 1990–2017 közötti adatokhoz képest csökkenés nem észlelhető.² Magyarországon 2019-ben 6430 vastagbélrákot és 2957 végbélrákot regisztráltak, ez az 1990-es évekhez képest jelentős

Rövidítések: AJCC: American Joint Committee on Cancer; BRAF: v-RAF rágszálósarkoma virális onkogén homolog B; CRC: colorectalis carcinoma; EORTC: European Organization for Research and Treatment of Cancer; FACIT-Sp: Functional Assessment of Chronic Illness and Therapy/ Spiritual Well-being subscale (Krónikus betegek funkcionális kiértékelése: lelki jóllét alskála); FICA: faith, importance, community, addressing kérdőív (hit, fontosság, közösség, ellátásban való alkalmazás); HOPE: sources of hope, organized religion, personal spirituality, effect on medical care, remény forrása, formális vallás, személyes spiritualitás, ellátásra gyakorolt hatás; remény, vallás, K-RAS: Kirsten rat sarcoma virus, Kirsten-féle patkányszarkoma vírus; mCOH-QoL-O: modified City of Hope Quality of Life-Ostomy, módosított City of Hope életminőség kérdőív stomás betegek számára; MSI, mikroszatellita instabilitás; MT: megbízhatósági tartomány; NCI: National Cancer Institute; OOI: Országos Onkológiai Intézet; OR: odds ratio, esélyhányados; SNAP: Spiritual Needs Assessment for Patients, Betegek lelki szükségleteinek kiértékelése; SWB: spiritual well-being, lelki jóllét; UICC: Union for International Cancer Control.

növekedést mutat (<https://onkol.hu/nemzeti-rakregiszter.csatlakozva> 2022. augusztus 18.).

A Föld lakossága jelenleg lépi át a 8 milliárd főt: a lakosság fele valamilyen vallási csoportba tartozik: az öt világvallás (kereszténység, judaizmus, iszlám, hinduizmus, sintoizmus) megoszlása földrészenként, országonként nemcsak változik, de a globalizáció miatt napjainkban átalakulás alatt van; ezek mellett több száz vallási csoport létezik.³ A vallás azon hiedelmek, cselekedetek, rítusok és szimbólumok összessége, amelyek segítségével az egyén kapcsolatban áll a tapasztalaton túli, transzcendens világgal. A lelkeség az élet értelmének megélése a vallás, hagyományok, meditáció, természet és művészet által: egyesek szerint azonos a vallással, mások szerint annál tágabb értelmű.^{4,5} A vallásos/hívő emberek életmódja, szokásai, hite, befolyásolhatják a CRC megélését a betegség szűrésétől a terminális állapotban adható palliatív ellátásig.

Járványtan

Az öt világvalláshoz tartozó egyénekben a CRC incidenciája és prevalenciája külön-külön nem ismert. Egyes rákregiszterek tartalmazznak vallásra vonatkozó adatokat. A magyar Nemzeti Rákregiszterben a betegek vallási hovatartozására vonatkozó adat nincs (Dr. Kenessey István központvezető, OOI, személyes közlés, 2022. 08. 29.)

Az első felmérés 1976-ban történt, kimutatva, hogy 1966–1970 között az Egyesült Államok Utah államában a mormonoknál a CRC incidenciája alacsonyabb, mint a nem ehhez az egyházhoz tartozó egyéneknél.⁶

Dániában 781, hetedik napi adventistákhoz tartozó egyének körében a vastagbélrák kockázata 80%-kal alacsonyabb volt, mint más vallású egyéneknél.⁷

Az Utah-i rákregiszterben esetben a mormonoknál a vastagbél- és gyomorrák gyakorisága egyharmaddal volt alacsonyabb a nem mormon vallású egyénekhez képest, és ez csak részben magyarázható a dohányzás és alkoholfogyasztás mellőzésével, valamint a szexuális aktivitással (többnejűség).⁸

Ausztrál tanulmányban 715 colorectalis carcinoma esetben az incidencia 40/100 000 volt protestánsoknál, 37/100 000 katolikusoknál, de csupán 21/100 000 a mormon, adventista, Jehova tanúi és pünkösdi egyházhoz tartozóknál.⁹ Ugyanaz a munkacsoport kérdőív felmérésben kimutatta, hogy a vallásos páciensekben (függetlenül a felekezeti hovatartozástól) a CRC relatív kockázata 0,70 (95% MT 0,6–0,9), és arra a következtetésre jutott, hogy a vallás ebben a betegségben protektív tényező.¹⁰ Ugyanakkor a CRC kockázata nagyobb mind az ausztráliai, mind az Egyesült Államokban élő zsidóknál.^{10,11}

Az Egyesült Államokban végzett eset-kontroll tanulmányban (637 eset) a templomba nem járó kaukázusi és afroamerikai betegek esélyhányadosa magasabb volt (1,47, 95% MT 1,08–2,01), mint a templomba járó betegeké. Ez utóbbi között a havonta egyszer

templomba járó esélyhányadosa nagyobb volt (OR: 1,34, 95% MT: 0,91–1,91) a heti egyszeri templomjáróknál.¹²

A dán rákregiszterben 11 580 adventista és baptista egyénnél a hetedik napi adventista és baptista nőknél és férfiaknál, a gyomor-, végbél-, máj- és méhnyakrák incidenciája alacsonyabb, mint az átlagos dán lakossáé. A ritkább előfordulás adventistáknál kifejezettebb volt, mint baptistáknál és mindkét csoportban férfiaknál jelentősebb, mint nőknél.¹³

Los Angelesben nem sikerült különbséget kimutatni a CRC incidenciájában a mormonok, adventisták és római katolikusok, protestánsok és keleti ortodoxok között.¹⁴

Izraelben a CRC gyakoribb zsidóknál, mint araboknál, de ezt inkább az előbbieket nyugati életstílusával magyarázzák.¹⁵

Feltevődik a kérdés, milyen mechanizmusok által befolyásolhatja a vallás a daganatok előfordulását. Ezzel kapcsolatban két feltételezés született. Az életmódhipotézis szerint a vallásos egyének egészségesebb életmódja összefügg a daganatok gyakoriságával. Ismert, hogy a hetedik napi adventisták javasolják a hús- és kávéfogyasztás korlátozását, a dohányzást és az alkoholfogyasztást ellenzik, emellett stabil szociális kapcsolatban élnek.¹⁶ A mormonok mindezek mellett tanácsolják a korai házasságot és a többgyermekes családot. Az eredményeket értelmezni nehéz, ugyanis a zárt vallási közösségekben nem tudni, hogy ki mennyire gyakorolja a vallását. Az eredmények általában önbevalláson és/vagy a felekezeti tagdíj befizetések nyilvántartásán alapulnak: ez az adatok torzulásához vezethet. A fenti adatok legtöbbször az 1980-as-90-es évekből származik: a jelen időszakból adataink nincsenek.

A másik feltételezés szerint a hit és a vallás valamilyen pszihoneuroimmunológiai mechanizmus révén csökkenti a daganatok előfordulását, ennek mibenlétét nem sikerült tisztázni.¹⁷ HIV-fertőzött betegekben kimutatták, hogy a vallásos egyének CD4 T-helper sejtszáma magasabb, mint a nem hívő betegeké.¹⁸ Hasonló adatok daganatos betegcsoportokból nincsenek.

Úgy tűnik tehát, hogy a vallásukat aktívan gyakorló egyéneknél a CRC ritkább előfordulása elsősorban az életmódnak tudható: ez a hatás vallásonként, országonként, népcsoportonként változik.

Szűrés

A fejlett országokban, nagyszámú egyéneken végzett prospektív tanulmányok egyértelműen kimutatták, hogy a különböző szűrési módszerek (széklet okkult vér kimutatása, flexibilis szigmoidoszkópia, kolonoszkópia, virtuális CT-kolonográfia, kapszulaendoszkópia, szerológiai tesztek, septin 9, genetikai tesztek) alkalmasak a CRC incidenciájának csökkentésére. Ennek mértéke országonként, lakosságként változó.¹⁹ Számos, változó eredménnyel járó próbálkozás után Magyarországon jelenleg zajlik az OOI szervezésében,

Szepes Zoltán (Szent-Györgyi Albert Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika) vezetésével a nemzeti rákszűrési program: eredményei a jövőben várhatók.

Minden szűrési program sarkalatos pontja a lakossági célcsoport minél teljesebb részvételének megszerzése. A legtöbb országban az 50–70 év közötti lakosság szűrése történik, egyes helyeken 45–75 év a korhatár: ez függ a helyi járványtani és nemzeti regiszter adatoktól, valamint az egyéni kockázattól. A részvétel több tényezőtől függ: ezek között szerepel a vallás is. Néhány felmérés történt a vallás befolyásáról a CRC szűrésében való részvételre: a tanulmányok kisebb része készült a fejlett országokban, többségük más földrészen lévő országokban etnikai/vallási kisebbségi csoportokban történt: ezek adatai hazánkra nem relevánsak, így nagyrészt a nyugati országokból származó adatokra hivatkozom.

Az Egyesült Államokban az NCI által végzett, 5394 egyén adatait tartalmazó felmérésben az aktív vallási életet élők (heti vagy kétheti templomba járás) részvételi aránya magasabb volt a CRC- emlő- és méhnyakrák szűrésben, mint a vallási életet nem gyakorló egyéneknél.²⁰

Londonban kérdőívvel mérték fel 50, 55–74 éves egyénnél azokat a tényezőket, amelyek a CRC szűrésben való részvételt befolyásolták. A résztvevők általános ismerete a szűrésről igen hiányos volt. A fehér angol egyéneket a ráktól való félelem visszatartotta a szűréstől. Afrikai és a Karib-szigetektől származó résztvevőknél a vallásosság és a polgári kötelességtudat növelte a részvételi hajlandóságot: az esetszám itt is túl kicsi általánosabb következtetések levonására.²¹

Skóciában 2007–2013 között 1,7 millió egyén vett részt egy szűrőprogramban (széklet vérvizsgálat). A fehér skót és kínai egyének magas arányban, az indiai, pakisztáni és bangladesi személyek alacsony arányban vettek részt. Vallás szerint a skót egyházhoz tartozó egyének részvétele magasabb volt, mint a hindu, muszlim vagy szikh vallású egyéneké. A vallási és etnikai adatok a 2001-es népszámlálásból származtak. Az endoszkópos adatok azonban nem álltak rendelkezésre.²² Következtetésük, hogy a vallási hovatartozás jelentősen befolyásolja a szűrőprogramokban való részvételt. Ebből következik, hogy a részvételi arány javítását a vallás felől is meg lehetne közelíteni. Ezt alátámasztja egy tanulmány, amely kimutatta, hogy 78 bostoni latin-amerikai baptista egyénnél az aktív vallási élet (napi/heti templomba járás, gyülekezeti tevékenység, imádkozás) javította a szűrővizsgálati részvételt (kolonoszkópia, mammográfia, Papanicolau kenet). Bár az esetszám kevés volt, a szerzők javasolták a szűrővizsgálati ismeretek terjesztését a templomokban.²³

Az idézett közlemények közös hiányossága az alacsony esetszám. A nagy világvallásokhoz tartozó népcsoportokból származó adatok nincsenek, így a fenti eredményeket általánosítani nem sem lehet: kétségtelenül további vizsgálatok szükségesek a vallás és CRC szűrés közötti összefüggés tisztázására.

Gondozás, terminális ellátás

A daganatos betegek komplex ellátásában (diagnosztika, műtét, sugár-, kemo- és immunterápia, palliatív ellátás) néhány összetevőnek van kapcsolata a vallással. A CRC betegek túlélését számos patológiai és genetikai tényező befolyásolja. A CRC prognózisának megállapításában az UICC és AJCC által kidolgozott TNM osztályozásra támaszkodunk, de a prognózis egyazon stádiumon belül is igen változatos. További szövettani (nyirokcsomó status, perineuralis invázió) és genetikai tényezőket vesznek figyelembe (MSI, KRAS, BRAF) a precíziós vagy egyénre szabott onkológiai kezelésben: ez utóbbi meghatározza a betegek túlélését és életminőségét.²⁴ Közismert, hogy korai stádiumban az 5 éves túlélés 90%, előrehaladott stádiumban viszont csupán 10%: e betegekben előbb-utóbb fellép a terminális állapot, a maga speciális gondozási, ápolási igényeivel. Nem ismert, hogy az aktív vallási élet befolyásolja-e a betegek túlélését.

Mindezen folyamatokban a vallás szerepét elsősorban egyes onkológiai kezeléseknél, illetve a terminális állapot megélésében és gondozásában tanulmányozták.

A lelki állapot felmérésére több kérdőívet dolgoztak ki,⁴ ezeknek egy része a betegek vallására vonatkozik, illetve arra, hogy mennyiben befolyásolja a hit/vallás az előrehaladott CRC-ben szenvedő betegek lelki jóllétét (SWB). Legelterjedtebb a 13 elemet tartalmazó SNAP kérdőív, amely rákérdez a beteg Istennel való kapcsolatára.⁴ A betegek lelki szükségleteinek felmérésére számtalan hasonló kérdőív született a pszichiátria, reumatológia, gyermekgyógyászat, sebészet, ortopédia, táplálkozástudomány területén). A FACIT-Sp kérdőív négy kérdéssel értékeli ki a betegek vallásos jóllétét, az RCOPE kérdőívben azt mérték fel, milyen mértékben járul hozzá a vallás a betegséggel való megküzdéshez. Az eredmények azt mutatták, hogy a végstádiumban lévő daganatos betegek Istenhez való viszonya kultúrafüggő: egyes népeknél Istent mindenhatónak és együttműködőnek vélik, aki segít a betegség leküzdésében (afroamerikai, Karib-szigeti és fehér angliai betegek), másoknál ez kevésbé fontos. Az EORTC életminőség munkacsoportja Norvégiában kidolgozott egy 50–108 percig tartó mélyinterjú daganatos betegek részére, amellyel 20, metasztatikus CRC beteg állapotát értékelték ki. Az eredmények szerint a betegek Istent inkább barátának, mint mindenható hatalomnak tekintették.²⁵ Az irodalomban a tanulmányok többségében többféle daganat szerepel, és az eredmények minőségiek, ami a statisztikai feldolgozást nehezíti. A mennyiségi adatokból egy rendszeres áttekintés készült: 36 dolgozatban a FACIT-Sp kérdőívek alapján kimutatták, hogy a lelki jóllét (SWB) a daganatos betegek életminőségének mérhető összetevője, amelynek felmérése részét kellene képeznie a betegek ellátásának.²⁶ A betegcsoport emlő-, prosztata-, máj-, pancreas-daganatos és leukémiás esetekből állt, CRC nem szerepelt. Az eredmények értelmezését nehezíti, hogy egyes

vélemények szerint a vallás a lelki jóllét része, mások szerint külön dimenzió. Kanadában 139 CRC beteg állapotát követték műtét után, 6 és 12 hónap múlva és kimutatták, hogy a vallás hozzájárul a betegség műtét utáni megküzdéshez.²⁷ Amerikai dolgozatban 21 CRC beteg és 50 családtag esetében a vallási tevékenységek (imádkozás, meditáció, templomba járás, találkozás vallási csoportokkal) hozzájárultak a betegség feldolgozásának javulásához.²⁸ Új-zélandi és iráni munkacsoport interjúval mérte fel 20 keresztény és 20 iráni muszlim CRC beteg vallási hovatartozását. A muszlimok 100%-a hívő volt, akik az istenhitet és vallási tevékenységeket a betegellátás szerves részének tekintették, míg a keresztényeknél csupán a betegek 40%-a tekintette a vallást a betegséggel való megküzdés módjának.⁵

Magyarországon a terminális állapotban lévő daganatos betegek a palliatív ellátás holisztikus szemlélete szerinti gondozásban részesülnek: ez országsszerte elérhető térítésmentes szolgáltatás, amelyet a betegek otthonukban, szakambulanciákon vagy intézményekben kapnak. Az OOI-ben Palliatív Onko Mobil Teamet, a Pécsi Tudományegyetemen Pécsi Integrált Palliatív Modellt szerveztek. Feladatuk komplex, de a tevékenységek között (sebesség, szakápolás, infúzió, fájdalomcsillapítás, tájékoztatás, pszichés támogatás, gyógytorna, szedáció) a lelki/vallási gondozás a pap/lelkész bevonására szorítkozik.^{29, 30} A pécsi munkacsoport a FICA és HOPE kérdőívek hazai validálása során kimutatta, hogy a betegek többsége ellátásuk során nem igényelte a hitükkel kapcsolatos beszélgetést, egyharmaduk számára azonban az Isten és az ima lelki kapaszkodót jelentett ami átsegített a nehezebb életszakaszon. Javasolják a spirituális felmérés szélesebb körű alkalmazását, hogy az a hazai palliatív ellátás szerves részévé váljon.²⁹ Ehhez társul a Kórházlelkészi Szolgálatok munkája: feladatuk a katolikus vagy ökumenikus jellegénél fogva bármely betegnek vagy hozzátartozójának ingyenes lelkigondozása. A hazai területi Kórházlelkészségek elérhetősége megtalálható az interneten.

Élet stomával

Világszerte kb. 1 000 000 CRC beteg él stomával, évente 100 000–130 000 stomát helyeznek fel. 2000-2019 között 283 dolgozatban értékelték ki a stomás betegek életminőségét. és ezekről narratív összefoglaló született.³⁰ Néhány dolgozat foglalkozott a lelkiség/vallás összefüggésével a stomát viselő daganatos betegek életminőségével. Amerikai veteránoknál a vallási tevékenységek – elsősorban a lelkészekkel való találkozás és a templom látogatása, a családi élet és a barátságok – javították a stomás betegek életminőségét. Ezt a kaliforniai Kaiser Permanente Intézetben 283, a műtétet 5 évvel túlélő stomás beteg életminőségét specifikus kérdőívvel értékelték ki (mCOH-QoL-O). A City of Hope intézetet 1913-ban eredetileg a tuberculosis kezelésére

alapították. A betegség sikeres kezelése után kezdtek foglalkozni daganatos betegekkel, mára az Egyesült Államokban 30 onkológiai centrumban működnek, ezek az NCI tagjai (<https://www.cityofhope.org/>, csatlakozva 2022. 10. 04.). A kérdőív 43 elemet tartalmaz, ezek a fizikai, pszichológiai, szociális és lelkiállapotról és hitéletre vonatkoznak, amelyeket 0–10-es Likert-skálán értékelték ki. Az önkép változása és az életviteli, öltözködési, tisztálkodási, családi és szexuális gondok ellenére a stomás betegek 52%-ának jó lelkiállapota hozzájárult a betegséggel való megküzdéshez és az ellenálló képesség megtartásához. Braziliában 215 stomás betegnél hasonló kérdőív szerint a vallási tevékenységek és partner/élettárs hiánya csökkent életminőséget okozott.³² Az mCOH-QoL-O kérdőív csak katolikus, evangélikus és „egyéb” vallásra vonatkozó kérdéseket tartalmaz, így eredményei nem általánosíthatók. Ennek ellenére 70 iráni muszlim betegnél is alkalmazták, kimutatva az összefüggést a lelkiállapot, a vallás gyakorlása és a stomás betegek életminősége között. A stomás betegek gondozása során a családtagok, ápolók életminősége is romlik. Mindezek az ismeretek elsősorban a stomás betegek gondozó szakápolók részére fontosak.³¹ A kérdőívnek magyarul hitelesített változata nincs.

Következtetés

Egyes népcsoportoknál kimutatható, hogy a vallási előírásoknak megfelelő életmód csökkenti a CRC gyakoriságát. A vallás aktív gyakorlása növelheti a szűrési hajlandóságot, és támaszt nyújt a betegséggel való megküzdésben. Nem ismert, hogy a vallás és a lelkiség befolyásolja-e a betegek túlélését. A keresztény világvallásokhoz tartozó betegek vonatkozó adatok pótlásra szorulnak. Terminális állapotban a vallási/lelki gondozás szerves része kell, hogy legyen a betegellátásnak.

Irodalom

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL és mtsai:** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021; **71:** 209-249.
2. **Global Burden of Diseases/Colorectal Cancer Collaborators.** The global, regional and national burden of colorectal cancer and its attributable risk factors in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2019; **4:** 913-955.
3. **Central Intelligence Agency,** The World Factbook 2020, Religion. <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/fields//401.html>, csatlakozva 2020. 5. 10.
4. **Balboni, MJ, Peteet JR:** Spirituality and religion within the culture and medicine: from evidence to practice. Oxford University Press, New York, 2017, 1-418.
5. **Nejat N, Whitehead L, Crowe M:** The use of spirituality and

- religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemporary Nurse*, 2017; **53**: 48-59, doi: 10.1080/103761.2016.1276401.
6. **Lyon JL, Klauber MR, Gardner JW és mtsa:** Cancer incidence in mormons and non-mormons in Utah, 1966-1970. *New Engl J Med* 1976; **294**: 129-133.
 7. **Jensen OM:** Cancer risk among Danish male Seventh-Day Adventists and other temperance society members. *J Natl Cancer Inst* 1983; **70**: 1011-1014.
 8. **Merrill LM, Lyon JL:** Cancer incidence among mormons and non-mormons in Utah (United States) 1995-1999. *Prev Med* 2005; **40**: 535-541.
 9. **Kune S, Kune GA, Watson L:** The Melbourne colorectal cancer study: incidence findings by age, sex, site, migrants and religion. *Int J Epidemiol* 1986; **15**: 483-483.
 10. **Kune GA, Kune S, Watson LF:** Perceived religiousness is protective for colorectal cancer – data from The Melbourne Colorectal Cancer Study. *J Roy Soc Med* 1993; **86**: 645-647.
 11. **Greenwald P, Korans RF, Nasca PC és mtsa:** Cancer in United States Jews. *Cancer Res* 1975; **35**: 3507-3512.
 12. **Kinney AY, Bloor LE, Dudley WN:** Role of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among Blacks and Whites. *Am J Epidemiol* 2003; **158**: 1097-1107.
 13. **Thygesen LC, Hvidt NC, Hassen HP és mtsai:** Cancer incidence among Danish seventh-day adventists and baptists. *Cancer Epidemiol* 2012; **36**: 513-518.
 14. **Mack TM, Beerkrel J, Bernstein L és mtsa:** Religion and cancer in Los Angeles County. *Natl Cancer Inst Monogr* 1985; **69**: 235-2456.
 15. **Fireman Z, Neiman E, Moch SA és mtsa:** Trends in incidence of colorectal cancer in Jewish and Arab populations in central Israel. *Digestion* 2005; **72**: 223-227.
 16. **Hoff A, Johannessen-Henry CT, Ross L és mtsai:** Religion and reduced cancer risk. What is the explanation. A review. *Eur J Cancer* 2008; **44**: 25734-2579.
 17. **Woods TE, Antoni MH, Ironson GH és mtsa:** Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *J Psychosom* 1999; **46**: 165-176.
 18. **Bauer SM:** Psychoneuroimmunology and cancer: an integrated review. *J Adv Nurs* 1994; **19**: 1114-1120.
 19. **Bresalier RS:** Colorectal cancer, in: *Gastrointestinal and Liver Disease*, szerk. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Elsevier, Philadelphia, 2020, 11. kiadás, 2. kötet, 2135-2144.
 20. **Leyva B, Nguyen AB, Allen JD és mtsai:** Is religiosity associated with cancer screening? Results from a national survey. *J Relig Health* 2015; **54**: 998-1013.
 21. **Dharni N, Armstrong D, Chung-Faye G és mtsa:** Factors influencing participation in colorectal cancer screening – a qualitative study in an ethnic and socio-economically diverse inner city population. *Health Expectations* 2017; **20**: 608-617.
 22. **Campbell, C, Douglas A, Williams L és mtsai:** Are there ethnic and religious variations in uptake of bowel cancer screening? A retrospective cohort study among 1.7 million people in Scotland. *BMJ Open* 2020; **10**: e03711, doi:00.1136/bmjopen-2020-036011
 23. **Allen JA, Pérez JE, Pischke CR és mtsai:** Dimensions of religiousness and cancer screening behaviors among church-going latinas. *J Relig Health* 2014; **53**: 190-203.
 24. **Chen K, Collins G, Wang H és mtsa:** Pathological features and prognostication in colorectal cancer. *Curr Oncol* 2021; **28**: 5356-5386.
 25. **Rohde G, Kersten C, Vistad I és mtsa:** Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy. *Cancer Nursing* 2017; **40**: 209-2016.
 26. **Bai M, Lazenby M:** A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med* 2015; **18**: 286-298.
 27. **Atlas M, Hart TL:** Appraisals of cancer, religious/spiritual coping, and hope in patients with colorectal cancer. *J Psychosoc Oncol* 2022; 1-18. doi: 10.1080/07347332.2022.2108743.
 28. **Asiedu G, Eustace RW, Eton DT és mtsa:** Coping with colorectal cancer: a qualitative exploration with patients and their family members. *Family Practice* 2014; **31**: 598-606.
 29. **Busa Cs, Klusek K, Csikos Á:** Spirituális szempontok a palliatív ellátásban, in Csikos Á. *Palliatív ellátás (szerk). Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2022, 512-519.*
 30. **Horváth O, Rác K, Jakus N és mtsai:** A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba. *Orv Hetil* 2022; **38**: 1520-1527.
 31. **Alenezi A, McGrath I, Kimpton A és mtsa:** Quality of life among ostomy patients, A narrative literature review. *J Clin Nursing* 2021; **30**: 3111-3123.
 32. **Diniz IV, Costa IKF, Nascimento JA és mtsai:** Factors associated to quality of life in people with intestinal stomas. *Rev Esc Enferm USP*, 20122; 55:e20200377. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0377>.

Levelezési cím: Dr. Buzás György Miklós
 Ferencvárosi Egészségügyi Szolgáltató Non-Profit Kft.
 Gasztroenterológia
 1095 Budapest, Mester utca 45.
 e-mail: drbgym@gmail.com

Vitamin D₃ Pharma Patent

30 000 NE

x2 filmtabletta

A napi dózisoknak megfelelő
heti/havi összdózis
hetente/havonta egyszeri
adagolása a

D -vitamin farmakokinetikai
tulajdonságai miatt
(lásd 5.2 pont) a napi
adagolásnak megfelelő
hatást eredményez.

Ugyanakkor a
heti/havi adagoláshoz
kedvezőbb terápiás
hűség társul.



**Jelentős D-vitamin-hiány esetén feltöltő dózisként akár hetente 1 db
Vitamin D₃ Pharma Patent 30 000 NE filmtabletta is adható maximum 3 hónapon át.**

VITAMIN D₃ PHARMA PATENT 2000 NE filmtabletta 2000 NE; 30x PVC/Pvdc//AL buboréksomagolásban Kgy (M) [13] 977 Ft, norm. 440 Ft» 70%9a1SzJ [293 Ft] BNO: M80, M810, M811, M812, M813, M8140, M8141, M8142, M8143, M8144, M8146, M815, M816, M818, M8190, M8191, M8192, M82, Z094, Z097, Z098, Z508, Z509, Z5180, Z5181, Z5182, Z5183, Z5184, Z519, Z826 **Colecalciferol** ATC: A11CC05 A D-vitamin növeli a kalcium intestinális felszívódását, fokozza a vesében a kalcium visszaszívódását és a csontképződést, valamint csökkenti a parathormon (PTH) szintjét. A D-vitamin receptorai a vázrendszeren kívül számos egyéb szövetben is megtalálhatók, ezért a D-vitamin szerteágazó hatással rendelkezik számos életlen folyamatban. **Javallat:** Osteoporosis, osteopenia, osteomalacia, rachitis, D-vitaminhiányállapotok megelőzése és kezelése. **Ellenjavallat:** Gyérz.; hypercalcaemia; hypercalciuria; D-hypervitaminosis; Ca-tartalmú vesekövek; nephrocalcinosis, 12 év alatt. **Adagolás:** Osteoporosis: 1000-2000 NE 1-1,2 g kalciummal kiegészítve. **Izomgyengeség, izomtömeg csökkenés:** 1000 NE (kétnaponta 1x). **Szezonális D-vitaminhiány: 12 év felett: 1000 NE (másnaponta 1x).** **Figyelmeztetés:** 2000 NE. Napfényen keveset tartózkodó, nem megfelelően táplálkozó idősök; 1000 NE (másnaponta 1x). **Osteomalacia, rachitis, malabsorptio:** egyéni megítélés szerint. **Terhesség, szoptatás:** 2000 NE. **Mellékhatás:** GI panaszok. Hypercalcaemia, hypercalciuria. **Köicsönhatás:** Nagy dózisú Ca, tiazid diuretikumok, cholestiramin, hashajtók, corticosteroidok, orlistat, szivglikozidok, anticonvulsivumok, calcitonin, etidronat, gallium-nitrát, pamidronat, plicamycin, thiazidok, phosphor, Mg. **Kerülendő:** egyéb D-vitamin tartalmú gyógyszerek. **Figyelmeztetés:** **Óvatosan:** sarcoidosis. **Ellenőrizni:** se-foszfat és Ca. **Abbahagyni:** vesekárosodás tünetei, hypercalcaemia. **Kerülendő:** pseudohypoparathyreoidismus. **LAKTÓZ** Forrás: PHARMINDEX A teljes alkalmazási előírást lásd: <https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis>

	TB támogatás	Térítési díj
Normatív (55%)	537 Ft	440 Ft
Eü. térítésköteles (Eü. 70% 9a/1)	684 Ft	293 Ft

Forrás: <http://neak.gov.hu>, érvényes gyógyszertervez

D-vitamin szint (25-OH D ₃)	
Normál tartomány	75-125 nmol/l
Elégtelenség	50-75 nmol/l
Deficiencia (hiány)	< 50 nmol/l

www.neak.gov.hu

www.ogyei.gov.hu



Pharma Patent Kft.
info@pharmapatent.hu

Magyarországi konszenzus ajánlás a D-vitamin szerepéről... 2022.

MBA/2023

A D-VITAMIN-PÓTLÁS HATÁSA A MORTALITÁSRA

Dr. Bakos Bence, Dr. Takács István

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

ÖSSZEFOGLALÁS: Az elmúlt évtizedek D-vitaminnal kapcsolatos kutatásainak előterében a hormon csontrendszeren kívüli hatásai álltak. A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a megfelelő D-vitamin-státusz elengedhetetlen szinte valamennyi szövet és szerv élettani működéséhez. Hiányát összefüggésbe hozták metabolikus-, immunológiai-, fertőző-, szív-érrendszeri és daganatos megbetegedésekkel egyaránt. A nagyszámú vizsgálat ellenére a mai napig nem egyértelmű ugyanakkor az optimális D-vitamin-ellátottság pontos meghatározása, illetve a gyógyszeres D-vitamin-pótlás helye a primer- és szekunder prevencióban, valamint az egyes betegségek kezelésében. A bizonytalanság egyik legfontosabb oka a rendelkezésre álló adatok rendkívüli heterogenitása. Az egyes kutatások jelentősen különböznek többek közt a vizsgált populációk összetételében, az alaphettségben, a D-vitamin-státuszban az esetleges intervenció típusában és a vizsgált végpontokban. Az ellentmondások feloldásához az optimális D-vitamin-státusz meghatározását egyre több kutató kötné a mortalitáshoz, mint kemény végponthoz. A közlemény összefoglalja a D-vitamin-hiány és a betegség-specifikus valamint összességében a mortalitáshoz kapcsolódó legfrissebb eredményeket. Az összefoglaló fogódzót szolgáltat a gyakorló klinikusnak, így segítve az eligazodást a D-vitamin-pótlás csontrendszeren kívüli hatásaival foglalkozó, sokszor ellentmondásos irodalmi eredmények között.

Kulcsszavak: D-vitamin, D-vitamin-hiány, mortalitás

Bakos B, Takács I: EFFECT OF VITAMIN D SUPPLEMENTATION ON MORTALITY

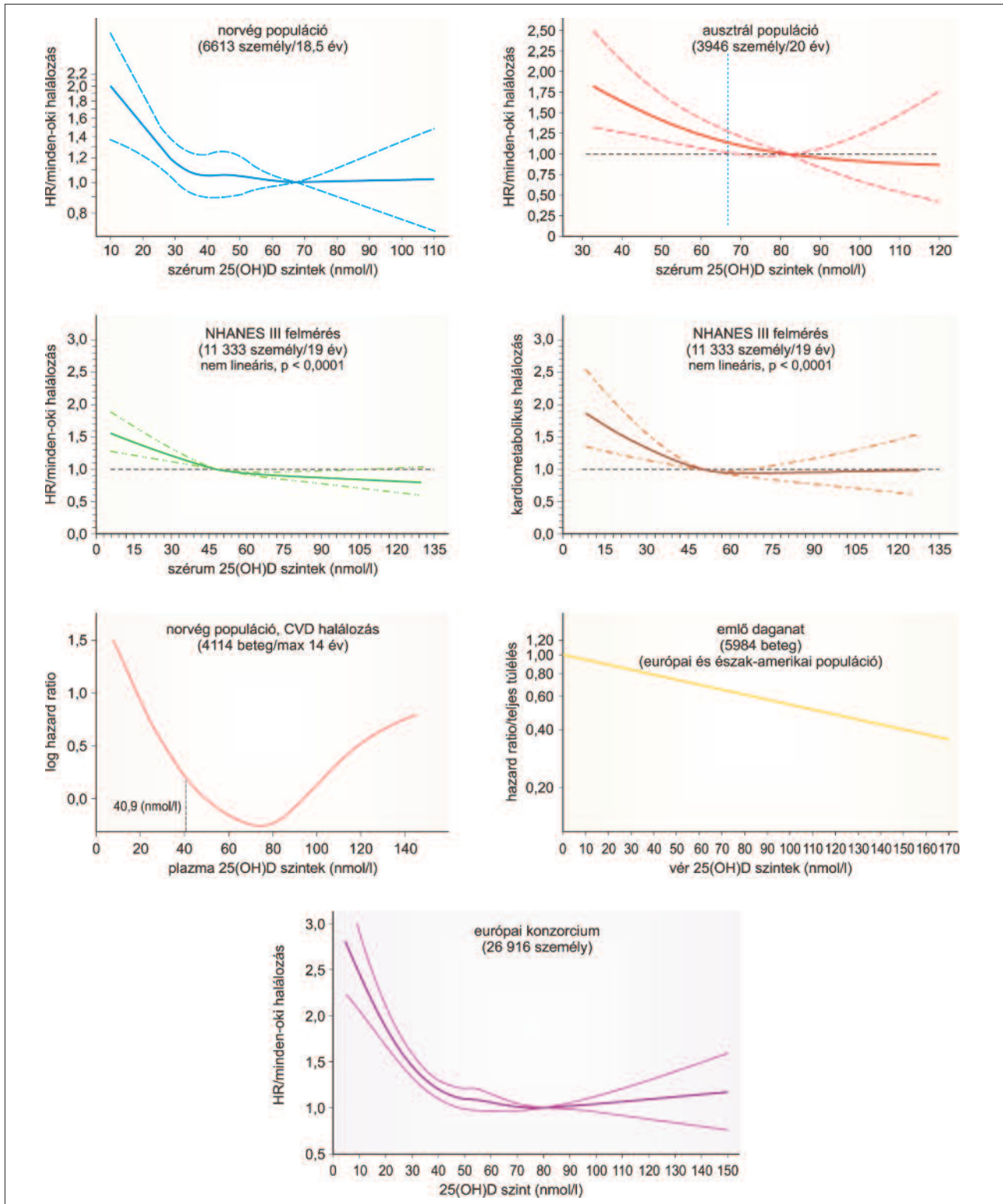
SUMMARY: In the past decades the extraskeletal effects of cholecalciferol has been at the forefront of vitamin D-related research. Results from these studies show that adequate vitamin D status is essential for the physiologic function of nearly all tissues and organs. Vitamin D deficiency has been associated with metabolic-, immunological-, infectious-, cardiovascular- and malignant diseases. However, despite the high number of available studies the definition of vitamin D sufficiency and the place for vitamin D supplementation in primary and secondary prevention is still unclear. The main reason for this uncertainty is found in the heterogeneity of the available data. Research varies greatly in the studied endpoints and populations, the vitamin D status of the subjects, the type of intervention and the length of follow-up. To resolve these contradictions more and more researchers suggest defining optimal vitamin D status based on data pertaining to mortality as a hard endpoint. In our paper we aim to outline the latest research on Vitamin-D deficiency and both disease specific and all-cause mortality. We hope that this review could provide a solid footing to practicing clinicians and help them make sense of oftentimes contradictory data on the extraskeletal effects of vitamin D supplementation.

Keywords: vitamin D, vitamin D deficiency, mortality

Magy Belorv Arch 2023; 76: 17–21.

A rosszabb D-vitamin-státusz összefüggését a nagyobb morbiditással és mortalitással az elmúlt 30 évben megjelent legtöbb epidemiológiai vizsgálat támogatta. Az ok-okozati összefüggés kérdése a vizsgálatok obszervációs jellegéből adódóan azonban többnyire tisztázatlan maradt.¹ Számos szerző felvetette, hogy a D-vitamin-hiányos állapot nem a betegségek közvetlen oka, hanem a rosszabb biopszichoszociális állapot kísérője lenne. Ezt a feltételezést támogatta, hogy az elmúlt másfél évtizedben több nagy randomizált intervenció vizsgálat eredményei a D-vitamin-pótlás hatástalanságát mutatták metabolikus, szív-ér rendszeri, infektológiai, immunológiai, illetve onkológiai végpontokon

egyenként.^{2,3} A D-vitamin-pótlás csontrendszeren kívüli végpontokra gyakorolt hatásait feldolgozó tanulmányok száma exponenciálisan emelkedik, már a témában közölt metaanalízisek száma is több százra rúg. A vonatkozó irodalmat nemcsak annak mennyisége, hanem a megjelent közlemények heterogenitása miatt is heroikus feladat áttekinteni. Jelentős eltérések vannak az alkalmazott D-vitamin készítményekben (D₂- vagy D₃-vitamin, egyéb aktív analógok), azok dóziséban, a vizsgálat időtartamában, a vizsgálati népesség összetételében, a kezdeti- és az intervenciót követő D-vitamin-státuszában. Tovább nehezíti az értelmezést, hogy még a hasonló témában – pl. kardiovaszkuláris



1. ábra. A D-vitamin-szint betegségspecifikus és összhálalózásra gyakorolt hatását vizsgáló kutatások eredményei (a szerzők saját ábrája a hivatkozott források alapján)

- a) Minden oki halálozás vizsgálatának eredménye a D-vitamin-szint függvényében norvég⁴ és b) ausztrál⁵ populációban, c-d) NHANES III felmérés eredményei,⁶ e) A kardiovaszkuláris halálozás (CVD) vizsgálatának eredménye D-vitamin-szintek függvényében norvég populációban,⁷ f) Emlődaganatos betegek túlélése a D-vitamin-szintek függvényében európai és észak-amerikai populációban⁸ g) Minden oki halálozás vizsgálatának eredménye a D-vitamin-szint függvényében egy európai konzorciális munkában⁹

morbiditás – megjelent kutatások is sokszor jelentősen eltérő végpontokat vizsgálnak. A fent részletezett komplexitást részben egyszerűsítik a betegség-specifikus és összhalálózást vizsgáló kutatások. A D-vitamin kiterjedt pozitív hatásait bemutató in vitro és epidemiológiai adatok, valamint a D-vitamin-hiány és mortalitás összefüggéseit vizsgáló obszervációs⁴ és mendeli randomizációs⁴ vizsgálatok eredményei alapján joggal várhatnánk, hogy a D-vitamin-pótlás pozitív hatással legyen a mortalitásra, még akkor is, ha az egyes betegség-specifikus kimeneteleket illetően maradnak is elmentmondások. Az elmúlt 10 évben jó pár nagy eset-számú, jól szervezett randomizált intervenció vizsgálat és metaanalízis jelent meg a témában. Ezek eredményeit foglaljuk össze az alábbi ábrán (1. ábra).

Összmortalitás

A XXI. század első évtizedében megjelent, a D-vitamin-pótlás halálózásra gyakorolt hatásait vizsgáló intervenció tanulmányok eredményeit három nagy 2014-ben megjelent metaanalízis foglalja össze.⁶⁻⁸

Autier és mtsai 290 obszervációs vizsgálat mellett 172 randomizált intervenció kutatás eredményeit dolgozták fel. A mortalitás csak egy volt a számos vizsgált végpont közül. Miközben sok kimenetel szempontjából az intervenció hatása semlegesnek bizonyult, az összmortalitásban a D-vitamin-kezelés mellett statisztikailag szignifikáns, 4–6%-os átlagos csökkenést igazoltak. A feldolgozott tanulmányok közül kiemelhető a WHI vizsgálat,⁹ amely 36 282 posztmenopauzálás nő 7 éves követése után a D-vitaminnal kezelt csoportban 9%-os mortalitáscsökkenést igazolt. A metaanalízisbe beemelt publikációk nagyobbik része a WHI vizsgálat-hoz hasonlóan idős nők bevonásával készült, akiknek tekintélyes hányada otthonban lakott.

A Bjelakovic és mtsai által készített Cochrane metaanalízis kizárólag a mortalitás kérdésével foglalkozik. Az általuk feldolgozott 56 randomizált vizsgálatnak összesen 95 286 résztvevője volt. Az 56-ból 44 tanulmány idős és/vagy posztmenopauzálás önkéntesek bevonásával történt. Fontos kiemelni, hogy a vizsgáltak tekintélyes hányada az intervenció kezdetekor igazoltan D-vitamin-hiányos volt. Az átlag 4,4 éves követés során a D₃-vitamin-pótlás mellett egyértelmű, 6% körüli mortalitáscsökkenés következett be. Külön elemzték a D₂-vitamin-, alfalcidol- és calcitriol-szupplementációt, amelyek nem voltak hatással a halálózásra, sőt az alsocsoportok vizsgálata kapcsán a D₂-vitamin-pótlás halálózást növelő hatása is felmerült. Az elemzésből kiemelhető, hogy a D₃-vitamin-pótlás hatása a mortalitásra meglehetősen egységes volt a feldolgozott tanulmányok között; nem különbözött jelentősen a kiindulási D-vitamin-szintek, a placebo típusa, a résztvevők neme vagy társbetegségei szerint.

Chowdhury és mtsai 73 obszervációs és 22 randomizált vizsgálat adatait dolgozták fel, az utóbbi csoportban 30 716 résztvevővel. A D₃-vitaminnal kezelt

csoportban 11% átlagos mortalitáscsökkenés igazolódott a placebohoz képest, míg D₂-kezelés kapcsán a mortalitási adatok tendenciájukban rosszabbak voltak, bár a statisztikai szignifikancia határát nem érték el.

A közlemények alapjául szolgáló vizsgálatok jelentős átfedésben vannak, ennek megfelelően a levont következtetések is hasonlóak. Már a 800 NE körüli D₃-vitamin-pótlás is szignifikánsan javítja a mortalitást, különösen az idősebb populációban. A D₂-vitaminnak, illetve az egyéb D-vitamin-származékoknak nincs hasonló hatása.

A fenti metaanalízisek megjelenése óta két nagy esetszámú, placebokontrollált, randomizált intervenció vizsgálat is született, amelyek közvetlenül nem támogatták a D-vitamin-pótlás mortalitáscsökkentő hatását. Ezek közül az első, a VITAL vizsgálat, amelynek eredményeit 2019-ben közzétették.¹⁰ Az amerikai kutatásnak 25 871 résztvevője volt; 50 év feletti férfiak és 55 év feletti nők. Az intervenció csoport napi 2000 NE D-vitamin kezelésben részesült. Az átlagos 5,3 éves követés alatt a kezelt csoportban nem mutatkozott különbség sem az összhalálózás, sem a kardiovaszkuláris események, sem a daganatos mortalitás tekintetében. A kezelés előtt a résztvevők 60%-ában történt szérumszint meghatározás, náluk az átlagos D-vitamin-szint 77 nmol/l volt. 1644 résztvevőnél volt adat a D-vitamin-szintek változásáról; 1 év aktív kezelés kapcsán mintegy 40%-os emelkedést sikerült elérni, amely 104 nmol/l-es átlagértéknek felelt meg.

2022-ben megjelent egy sok szempontból hasonlóan szervezett és hasonló következtetéseket bemutató ausztrál tanulmány.¹¹ Neale és mtsai 21 315 hatvan évnél idősebb ausztrál résztvevőt randomizáltak havi 60 000 NE D-vitamin-kezelésre, illetve placebo-terápiára. Az 5,7 éves átlagos követés eredménye: a beavatkozás nem volt hatással sem az össz-, sem a kardiovaszkuláris-, sem a daganatos halálózásra. A placebo-csoportban az átlagos D-vitamin-szint 77 nmo/l, míg a kezelt csoportban 115 nmol/l volt.

Ez utóbbi két vizsgálat többek véleménye szerint kétségbe vonja a D-vitamin-pótlás korábban kimutatott mortalitást csökkentő hatását. Ezzel kapcsolatban azonban érdemes megjegyezni, hogy a pótlás mindkét tanulmány esetében megfelelő D-vitamin-ellátottságú populációs mintán történt, míg a korábbi eredmények többsége igazoltan D-vitamin-hiányos egyének vizsgálatával született. Az, hogy a D-vitamin-kezelésnek normál és magas D-vitamin-szintek esetén nincs további pozitív hatása, természetesen nem mond semmit a D-vitamin-hiány rendezésének előnyeiről. Fontos emellett kiemelni, hogy a VITAL és D-HEALTH vizsgálatok alanyaival szemben, a magyar lakosság körében a D-vitamin-hiány, különösen a tél végén változatlanul igen gyakori. Valamennyi vizsgálat szerint, a D-vitamin-hiány és a mortalitási kockázat összefüggése „J” vagy „U” görbével írható le. A görbe legalacsonyabb pontja, vagyis a legkisebb mortalitási kockázat a 70 nmol/l körüli régióban van. 50 és 70 nmol/l között

enyhe emelkedés, míg 25 nmol/l alatti értékeknél drámai kockázatnövekedés alakul ki. A halálzási kockázat enyhe emelkedése a görbe másik szárán 130 nmol/l körüli értéknél indul a vizsgálatok túlnyomó többségében. Kivételt talán a kardiovaszkuláris betegségben szenvedők csoportja jelent, ahol az emelkedés korábban, már 100 nmol/l körül megfigyelhető.

A bevezetőben már említettük, hogy az adatok még ellentmondásosabbak a D-vitamin-pótlás egyes betegségek előfordulására és kimenetelére gyakorolt hatásaival kapcsolatban. A továbbiakban kísérletet teszünk a leggyakrabban vizsgálat kórképek halálzásiát illető fontosabb eredmények összefoglalására.

Daganatos halálzási

Több tanulmány alapján úgy tűnik, hogy a D-vitamin-pótlás mortalitáscsökkentő hatása legalább részben a daganatos betegségek okozta halálzási csökkenésén keresztül jön létre.

Számos obszervációs eredmény született, különösen a vastagbélrákkal kapcsolatban, amelyek javuló D-vitamin-ellátottság mellett a daganatok csökkenő incidenciáját mutatták. Az intervenciós vizsgálatok nagy részében ugyanakkor a D-vitamin-kezelésnek nem volt kimutatható hatása a daganatos betegségek előfordulására, bár feltehetőleg egy ilyen irányú hatás kimutatásához több évtizedes követésre lenne szükség. D-vitamin-pótlás mellett ugyanakkor több tanulmány és metaanalízis is csökkent daganatos halálzásiát igazolt a már kialakult tumorok esetén. A mortalitáscsökkenés nem kicsi, akár 13–15% is lehet.^{12, 13} Egy frissen megjelent, 2022 júniusi elemzés szerint ez a hatás elsősorban napi adagolás mellett jelentkezik, míg szabálytalan időközönként alkalmazott nagy dózisú kezelés mellett kevésbé jelentős.¹⁴

COVID-fertőzéshez társuló halálzási

A D-vitamin státusz összefüggése a légúti infekciókkal, illetve a D-vitamin-kezelés pozitív hatása a fertőző betegségek kimenetelére többszörösen igazolt. Ennek megfelelően a COVID-pandémia során a kalcifediol-(25-hidroxi-kolekalciferol) pótlás, mint lehetséges intervenció gyorsan az érdeklődés középpontjába került. A kezdeti obszervációs adatok¹⁵ igen biztatóak voltak. Az intervenciós vizsgálatok száma egyelőre nem elégséges a kérdés eldöntéséhez, de az előzetes adatok^{16, 17} azt mutatják, hogy a D-vitamin-pótlás csökkenti a COVID-infekció kockázatát, illetve jelentősen javítja a fertőzés kimenetelét, ideértve a halálzásiát is. Az eddig megjelent kb. 20 randomizált intervenciós vizsgálatban jellemzően nagy dózisú, telítő adagú D-vitamin-kezelést alkalmaztak. Az eredmények alapján a korai D-vitamin-kezelés akár 50%-kal csökkentheti a kórkép halálzásiát (<https://vdmata.com>). Ennek megfelelően hazánkban is számos kórházi protokoll tartalmazza a rutinszerű D-vitamin-telítést és kezelést a COVID-fertőzöttek ellátásában.

Egyéb eredetű halálzási

Az obszervációs vizsgálatok pozitív eredményei komoly reményeket keltettek a D-vitamin-kezelés kardiovaszkuláris rizikót csökkentő hatásával kapcsolatban. Szintén számos pozitív eredmény született kritikus állapotú, intenzív osztályon kezelt betegek körében. Ezeket az eredményeket azonban randomizált körülmények között nem igazán sikerült reprodukálni. Bár néhány intervenciós vizsgálatban beszámoltak a D-vitamin-pótlás szívelégtelenség tüneteit javító hatásairól, a legtöbb tanulmány és metaanalízis nem talált pozitív hatást a kardiovaszkuláris mortalitással kapcsolatban.¹⁸ Bár D-vitamin-pótlás mellett a kritikus állapotú betegek hospitalizációja, illetve légzéstámogatási igénye rövidebb volt, a mortalitás tekintetében ebben a betegcsoportban sem igazolódott szignifikáns különbség.^{19, 20}

Következtetések

A D-vitamin-pótlás egyes betegségekre gyakorolt specifikus hatásaival kapcsolatban sok az ellentmondásos eredmény. A jobb D-vitamin-státusz és alacsonyabb mortalitás összefüggését ugyanakkor az irodalmi adatok döntő többsége támogatja, ideértve a legfontosabb randomizált vizsgálatokat is. Ugyanakkor az is egyértelművé vált, hogy a D-vitamin-pótlás csak akkor fejti ki előnyös hatását, ha D-vitamin-hiányban adjuk. Annál nagyobb ez az előnyös hatás, minél súlyosabb hiány állapotában alkalmazzuk. Ez nem meglepő egy olyan vegyület esetében, ami a legősibb szteránvázas hormon – a D-hormon (aktivált D-vitamin) – előanyaga. Az eddigi adatok alapján, Magyarországon, ahol tél végére a népesség nagyobbik hányada D-vitamin-hiányos,²¹ óriási népegészségügyi jelentősége van a megfelelő D-vitamin-pótlásnak.²²

Ez az összefoglaló remélhetőleg segít abban, hogy a D-vitamin-kezeléssel kapcsolatos óriási mennyiségű, sokszor ellentmondó kutatási eredményt és ajánlást a hétköznapi klinikai gyakorlat szempontjából is átlásuk és helyén kezeljük.

Irodalom

1. **Jorde R, Grimnes G:** Vitamin D and health: the need for more randomized controlled trials. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2015; **148:** 269-274.
2. **Bolland MJ, Grey A, Gamble GD és mtsai:** The effect of vitamin D supplementation on skeletal, vascular, or cancer outcomes: a trial sequential meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; **2:** 307-320.
3. **Theodoratou E, Tzoulaki I, Zgaga L és mtsai:** Vitamin D and multiple health outcomes: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. *BMJ* 2014; **348:** g2035.
4. **Durup D, Jørgensen HL, Christensen J és mtsai:** A reverse J-shaped association of all-cause mortality with serum 25-hydroxyvitamin D in general practice: the CopD study. *The Journal*

- of Clinical Endocrinology & Metabolism 2012; **97**: 2644-2652.
5. **Afzal S, Brøndum-Jacobsen P, Bojesen SE és mtsai:** Genetically low vitamin D concentrations and increased mortality: Mendelian randomisation analysis in three large cohorts. *BMJ* 2014; 349.
 6. **Autier P, Boniol M, Pizot C és mtsai:** Vitamin D status and ill health: a systematic review. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2014; **2(1)**: 76-89.
 7. **Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D és mtsai:** Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults. *Cochrane database of systematic reviews* 2014(1).
 8. **Chowdhury R, Kunutsor S, Vitezova A és mtsai:** Vitamin D and risk of cause specific death: systematic review and meta-analysis of observational cohort and randomised intervention studies. *BMJ* 2014; 348.
 9. **LaCroix AZ, Kotchen J, Anderson G és mtsai:** Calcium plus vitamin D supplementation and mortality in postmenopausal women: the Women's Health Initiative calcium-vitamin D randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; **64**: 559-567.
 10. **Manson JE, Cook NR, Lee IM és mtsai:** Vitamin D Supplements and Prevention of Cancer and Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2019; **380**: 33-44.
 11. **Neale RE, Baxter C, Romero BD és mtsai:** The D-Health Trial: a randomised controlled trial of the effect of vitamin D on mortality. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022; **10**: 120-128.
 12. **Keum N, Lee DH, Greenwood DC és mtsai:** Vitamin D supplementation and total cancer incidence and mortality: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Oncol* 2019; **30**: 733-743.
 13. **Zhang Y, Fang F, Tang J és mtsai:** Association between vitamin D supplementation and mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2019; **366**: l4673.
 14. **Keum N, Chen Q, Lee D és mtsai:** Vitamin D supplementation and total cancer incidence and mortality by daily vs. infrequent large-bolus dosing strategies: a meta-analysis of randomised controlled trials. *British J Cancer* 2022: 1-7.
 15. **Meltzer DO, Best TJ, Zhang H és mtsai:** Association of Vitamin D Status and Other Clinical Characteristics With COVID-19 Test Results. *JAMA Netw Open* 2020; **3**: e2019722.
 16. **D'Ecclesiis O, Gavioli C, Martinoli C és mtsai:** Vitamin D and SARS-CoV2 infection, severity and mortality: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2022; **17**: e0268396.
 17. **Entrenas Castillo M, Entrenas Costa LM, Vaquero Barrios JM és mtsai:** „Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19: A pilot randomized clinical study.” *J Steroid Biochem Mol Biol* 2020; **203**: 105751.
 18. **Barbarawi M, Kheiri B, Zayed Y és mtsai:** Vitamin D Supplementation and Cardiovascular Disease Risks in More Than 83 000 Individuals in 21 Randomized Clinical Trials: A Meta-analysis. *JAMA Cardiol* 2019; **4**: 765-776.
 19. **Peng L, Li L, Wang P és mtsai:** Association between Vitamin D supplementation and mortality in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS One* 2020; **15**: e0243768.
 20. **Singh S, Sarkar S, Gupta K és mtsai:** Vitamin D Supplementation in Critically Ill Patients: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Cureus* 2022; **14**: e24625.
 21. **Szabó B, Tabák ÁG, Toldy E és mtsai:** The role of serum total and free 25-hydroxyvitamin D and PTH values in defining vitamin D status at the end of winter: a representative survey. *J Bone Miner Metab* 2017; **35**: 83-90.
 22. **Takács I, Dank M, Majnik J és mtsai:** Magyarországi konszenzusajánlás a D-vitamin szerepéről a betegségek megelőzésében és kezelésében. *Orv Hetil* 2022; **163**: 575-584.

Levelezési cím: Dr. Bakos Bence
 Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika
 1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a.
 e-mail: bakos.bence@med.semmelweis-univ.hu

TÜDŐBETEGSÉGEK – KIHÍVÁS A BELGYÓGYÁSZ SZÁMÁRA?

Dr. Hidvégi Edit

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika

ÖSSZEFOGLALÁS: *A pulmonológia a belgyógyászatból vált le, speciális szakterülete a tüdőbetegségek kivizsgálása, gyógyítása. A dohányzás közös kórok több betegség tekintetében, amelyek tünetei hasonlóak lehetnek. Nem elég a panaszok mögött egy betegséget megtalálni, a társbetegségeket is keresni kell. Ebben is szükséges a tüdőgyógyász és a belgyógyász (kardiológus, gasztroenterológus) együttműködése. A légúti betegeknek a béta-blokkoló és a béta-receptor-agonista együttes adása lehetséges, ha azok kellőképpen receptorszelektívek. A teofilin adásának indikációja nagyon beszűkült a jelenlegi nemzetközi ajánlások alapján.*

Kulcsszavak: *tüdőbetegségek, COPD, dohányzás, társbetegségek, béta-blokkoló, hörgőtágítók*

Hidvégi E: LUNG DISEASES – IS IT A CHALLENGE FOR THE INTERNIST?

SUMMARY: *Pulmonology is separated from internal medicine, its specialty is the investigation and treatment of lung diseases. Smoking is common cause to several diseases, the symptoms of which may be similar. It is not enough to find a disease behind the complaints, the physician must also look for co-morbidities. This also requires the cooperation of the pulmonologist and the internist (cardiologist, gastroenterologist). It is possible to give for respiratory patients a beta blocker and a beta receptor agonist together if they are sufficiently receptor selective. The indication for theophylline administration is very narrow based on the current international recommendations.*

Keywords: *lung diseases, COPD, smoking, comorbidities, beta blocker, bronchodilators*

Magy Belorv Arch 2023; 76: 22–25.

A belgyógyászat egy olyan diszciplína, ami sok részszakterületet fog össze. Az orvostörténet során ezek régen összetartoztak, és a nem sebészi szakmákat egyesítették. A specializálódás a XX. század közepétől kezdve rohamosan felgyorsult, és az új ismeretek tömege miatt már nem nincsenek polihisztorok. Minden szakterület orvosa az odatartozó betegségek jó ismerője, de differenciáldiagnosztikai szempontból mindig is szükség lesz a más szakmák által vizsgált és kezelt kórok megismerésére és felismerésére. A pulmonológia is egy ilyen specializálódott terület. Az asztmás, COPD-s, interstitialis tüdőbetegeket leginkább – és remélhetőleg a legjobban – a tüdőgyógyászok látják el, a mellhártya betegségeiben (pleurális folyadék, pneumothorax) némi átfedés van a mellkassebészek tevékenységével. A tüdő- és mellhártyadaganatok kivizsgálását általában pulmonológusok végzik, de a kezelés már az onkológus feladata, habár igen sok tüdőgyógyásznak van onkológiai szakvizsgálója, így egy kézben egyesítve a két szakterület ismereteit.

Dohányzás

Vannak olyan közös kórok, amelyek nem csak egy szervrendszer betegségét okozhatják. Ilyen például a dohányzás. Nem tudunk olyan szervet említeni, ami köz-

vetve vagy közvetlenül ne lenne érintve e káros szenvedély miatt. Itt nemcsak a daganatos betegségekről van szó, hanem a tüdő és a kardiovaszkuláris rendszer mellett a bőr, a gastrointestinalis traktus, az urogenitális rendszer, és még sorolhatnám – mind érintett. A dohányzás ártalmassága világszerte ismert. Az utolsó évtizedekben olyan dohányzást helyettesítő eszközök kerültek forgalomba, amelyek azt célozták meg, hogy ez a káros hatás csökkenthető legyen. Ez a vártnál kevesebb sikerrel járt.

Az elektromos cigaretták 2007 óta érhetőek el Magyarországon. Akkumulátor működtetű, a patronba különböző folyadékok tölthetők. A nikotinos töltet ugyanúgy hozzászokást okoz, mint a dohánytermékek. Egyébként glicerint és/vagy propilén-glikolt tartalmaz, emellett különböző aromákat is adnak hozzá, ezzel növelve az „élvezeti értékét”. Ez adja a veszélyét is, valamint annak a lehetősége, hogy az e-liquid tartályba betehetők különböző drogok is. Az e-cigaretta égési hőfoka 50–60 °C, (összehasonlításként a cigaretta végén égő parázs hőfoka 700–1050 °C, attól függően, hogy alaphelyzetben méri, vagy akkor, amikor a megszívás hatására felizzik, mivel ekkor jobb az oxigénellátottsága), tüzet nem okoz, nem kerülnek a környezetbe a dohány és a cigarettapapír égéstermékei, amelyek a leginkább karcinogén vegyületek. Ennek ellenére nem ne-

vezethető egészséges terméknek. A kapszulában levő vegyianyagok bizonyos esetekben akár súlyos tüdőkárosodást (pl. EVALI = e-cigarette or vaping use-associated lung injury) is okozhatnak. Ez a SARS-CoV2 fertőzés okozta kétoldali tüdőgyulladásához hasonló CT-képet mutat, valamint ugyanúgy súlyos fulladáshoz, hypoxiához vezethet. Egy modernebb, manapság a fiatalok körében igen elterjedt változata az ElfBar (manórúd), ami egy eldobható készülékben akár 3-4 doboz cigarettának megfelelő mennyiségű nikotint is tartalmazhat. A szívás aktiválja a készüléket, tehát, ha valaki rövid időn belül sokszor megszívja az ElfBar-t, akár nikotinmérgezés is kaphat. Az ízesítése miatt inkább a dohányzásra való rászokást segíti, és nem az arról történő leszokást támogatja. Az e-cigaretta forgalmazása korlátozott, illetve az ElfBar tiltott hazánkban. (Zárójelben megjegyzem, hogy manapság már sok áru megrendelhető az interneten, de ott sajnos nem ellenőrzik a korhatárt.)

A másik nagy csoport a dohányzást helyettesítő eszközök körében az IQOS (hevítőrúd). 2014 óta van forgalomban, dohányhevíítő (350 °C) készülék, füstmentes, nincs hamuja sem. Nem okoz tüzet, 95%-kal kevesebb a kibocsájtott káros vegyianyagok mennyisége, ami a környezet szempontjából előnyös. De itt is dohánypára keletkezik, a nikotin ugyanúgy függőséget okoz, mint a cigaretta. Nemzeti dohányboltban hivatalosan 18 év feletti korú egyén vásárolhatja meg.

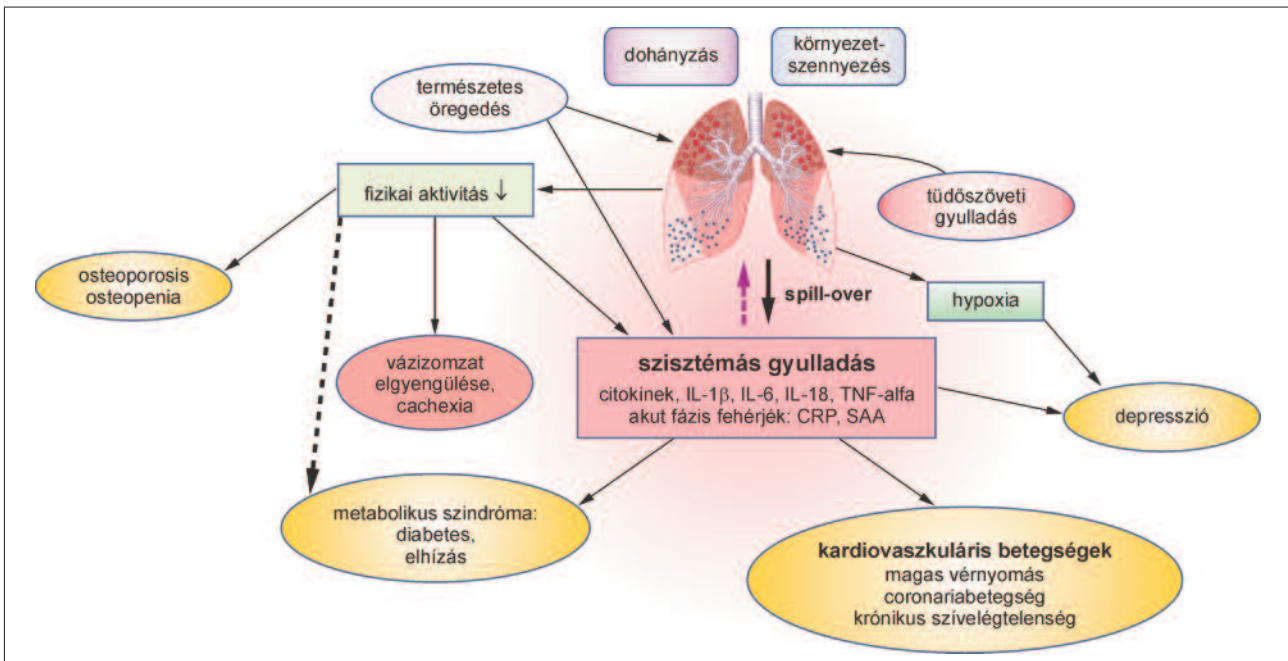
Hasonló tünetek

Jelenleg a hagyományos dohánytermékek okozta károsodásokkal nézünk szembe nap mint nap, mivel az új

eszközök hosszú távú hatásait még nem ismerjük. A cigarettában közel 6 ezer különböző vegyianyag van, ebből kb. 100 igazoltan, vagy potenciálisan káros a szervezetre, és több mint 70 karcinogén. Mivel közös a kórok, ezért egy adott betegben több különböző betegség is létrejöhet a dohányzás következtében, amelyeknek a tünetei átfedésben lehetnek. Gyakori a krónikus bronchitises típusú COPD-s beteg metabolikus X-szindrómája, ahol a terhelhetőség nemcsak a tüdőkapacitás csökkenése miatt rossz, hanem az obesitas, az ízületi- és szívpanaszok és az atherosclerosis következtében kialakuló dysbasiás tünetek is gátolják a szükséges mozgást, ami az inaktivitás miatt tovább rontja a helyzetet. Ne elégedjünk meg, hogy a fulladásra, köhögésre találtunk egy okot, keressük a lehetséges társbetegséget is! Ennek hátterében egy szisztémás gyulladást tételezünk fel, amiben az akut fázis fehérjék (CRP, SAA = szérum amyloid A), citokinek, gyulladáshoz vezető mediátorok (IL1-béta, IL6, TNF-alfa) szerepe kiemelendő (1. ábra). Az endotheldiszfunkció fokozott kardiovaszkuláris kockázattal jár. A perifériás érzékületnek akár súlyos következményei is lehetnek (amputáció).

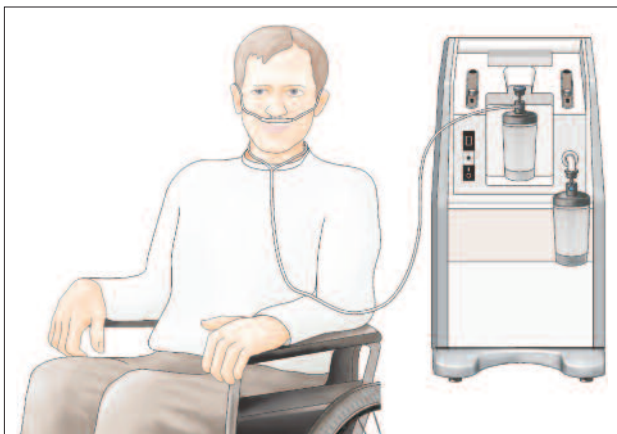
Fulladni, köhögni nemcsak pulmonológiai okból lehet. A szívelégtelenség is okoz ilyen tüneteket, és ha a kardiális dekompenzáció egyéb jeleit is látjuk a betegben (pl. anasarca), akkor valószínűbb ennek szív eredete, amin nem az iv. adott szteroid és a béta2-agonista inhalációja fog segíteni, hanem egyebek mellett a diuretikus kezelés. Hypoxia esetén az oxigénpótlás mindkét típusú betegnek jót tesz.

A fulladó, hypoxiás beteg tachycardiás lesz, a stressz miatt a vérnyomása emelkedik. Ez egy kom-



1. ábra. COPD és társbetegségei (Boschetto et al. Respirology 2012. alapján¹)

penzációs mechanizmus, hogy több oxigén jusson a szervezet minden pontjára. Ezért a pulzusszám csökkentése ilyen esetben kifejezetten ártalmas lehet, a vérnyomás normalizálása azonban pozitív hatású. A manapság használatos szelektív bronchodilatátoroknak minimális a béta1 agonista hatása, de nagy mennyiségben a béta2 receptor izgatónak is lehet ilyen mellékhatásuk. Ezért nagyon lényeges a helyes inhalációs technika betanítása, a beteg részéről annak elsajátítása és a COPD profilaktikus gyógyszereinek jó compliance-szel való rendszeres használata. Amennyiben a hypoxia tartós, annak mentális, kardiális, vese és gyomorbél rendszeri következményei is lehetnek. Régóta rendelkezésre áll az otthoni oxigénkezelés, amelyet pulmonológiai és kardiológiai javaslat alapján a beteg támogatottan ér el. A modernebb, úgynevezett oxigénkoncentrátorokat egyelőre csak tüdőgyógyászati javaslattal kapja meg a beteg (2. ábra). Az oxigén áramlási sebességére azonban nagyon oda kell figyelni! Mind az akut ellátásban (mentők, sürgősségi osztály), mind az osztályos ápolás vagy otthoni oxigénhasználat során azoknak a betegeknek, akiknek globális légzési elégtelensége (hypoxia és hypercapnia egyszerre) van, szigorúan tilos 1–1,5 liter/percnél nagyobb áramlással alkalmazni az oxigénsubstitúciót. Ha nem így történik, akkor a jól ismert szén-dioxid kóma, de akár halál is bekövetkezhet. Ennek elvi alapja² az, hogy a glomus caroticum kemoreceptorai érzékelik a hypoxiát és a légzőközpontot serkentve, kompenzációs tachypnoét provokálnak. Amikor a pO_2 emelkedik a magasabb belégzett FiO_2 miatt, akkor a feedback mechanizmus megszűnik, és a lassult légzés a károsodott légcseré miatt hypercapniához vezet.



2. ábra. Oxigénkoncentrátor

Lehet-e a betegnek béta-blokkolót (BB) és béta-agonistát (BA) egyidőben adni?

Mivel a COPD-s betegek jelentős részének hypertóniája, tachycardiája, pitvar fibrillációja vagy egyéb szívritmuszavara van, ezeket a betegeket is kezelni kell. A

hörgők tágítására évtizedek óta BA-kat használunk, de a gyógyszerfejlesztések során ezek béta2-receptor szelektívek lettek, ezáltal csak nagyobb dózisban okoznak kardiovaszkuláris mellékhatást. A BB-k adása a múlt század közepén még kontraindikált volt az asztmás és COPD-s (akkoriban KALB-nak neveztük = krónikus aspecifikus légúti betegség) betegeknek, de e gyógyszerek receptorkötődése is egyre speciálisabb lett. Béta1 szelektivitásuk mellett kifejezetten javasolt a COPD komorbiditásainak kezelésére, mivel kimutatták, hogy a BB-k adása csökkenti a tüdőbetegek mortalitását.³ Tehát nem fából vaskarika BB és BA egyidejű alkalmazása a COPD-s betegnek, ha azok a gyógyszerek kellőképpen receptorszelektívek.

Szólni kell néhány szót a korábban igen gyakran adott teofillinkezelésről is. A teofillin egy foszfodiészterázgátló szer, ami a cAMP-szintet emeli.⁴ Gátolja a leukotriénszintézist és az adenosin hatását, a hisztamin-deacetyláz aktivitását helyreállítja, a sejtek szteroidérzékenységét normalizálja. Ezáltal a hörgőkben simaizom-relaxáló hatása is van, növeli a szívizom kontraktilitását, emeli a pulzusszámot, a vérnyomást, a vese vérátáramlását, a központi idegrendszerben légzőközpont stimulum. Előnyös hatásai közé tartozik a rekeszizom-kontrakció fokozása, a cilia motilitás serkentése, az anosmia enyhül, a gyulladáscsökkentésben is szerepe van. Beviteléhez nem szükséges olyan magas fokú kooperáció, mint az inhalatív gyógyszerek tekintetében.

Ezzel szemben számtalan előnytelen tulajdonságát is fel kell sorolni: mivel szűk a hatásspektruma, ezért könnyen túladagolható, számos gyógyszerrel interakcióba lép, szisztémás hatása van, ami többnyire rontja a beteg állapotát (túladagolás esetén tachycardia, szívritmuszavar, hányinger, folyadékvesztés, ingerlékenység lép fel). Rendszeres szedésekor a szérumszint feltétlenül ellenőrizendő, de infekció vagy valamilyen más gyógyszer adása (pl. antibiotikum) hamar megváltoztathatja azt. Rontja a gyomorrefluxot, és fokozza a gyomorsav termelését. A hörgőtágító hatása jóval elmarad a béta-agonisták által kifejtettől. A jelenlegi nemzetközi ajánlásokban sem az akut kezelésben, sem a tartós profilaxisban nincs az elsők között. Életkoronként eltérő a farmakodinamikája, várandósoknak nem ajánlott az alkalmazása.

Kivizsgálás

A társszakkák együttműködése szükséges a terhelésre nehézlégzéssel váló vagy köhögős beteg kivizsgálása során is. Ha a panaszok hátterében a belgyógyász (kardiológus) nem talál szíveredetű okot, akkor a tüdőgyógyász vizsgálja meg a beteget. Az allergiás anamnézis asztmára utalhat, a hosszú ideje tartó dohányzás COPD irányába tereli a gondolkodásunkat. Az alapvető vizsgálatok közé tartozik a légzésfunkció és a mellkasröntgen, amelyet követően az esetek jelentős részében felállítható a diagnózis. A pulmonalis fibrosis és a tüdő-

1. táblázat. A reflux és az obstruktív légúti betegségek tüneteinek összehasonlítása

TÜNETEK	
Reflux	COPD, Asthma
➤ savas érzés, felbőfőzés	fulladás, orthopnoe
➤ gyomorégés, gyomorfájás	nehézlégzés
➤ mellkasi (retrosternalis) fájdalom	sípoló légzés, megnyúlt kilégzés
➤ gombócérzés a torokban	mellkasi fájdalom, szorítás
➤ köhögés, torokköszörülés	köhögés, köpetürítés
➤ sípoló légzés	rekedtség
➤ rekedtség, torokfájás	torokköszörülés
➤ hányinger, hányás	romló teherbírás
➤ nyelési nehézség	hypoxia, dobverőujj
➤ fogyás	fogyás

A vastag betűk azokat a tüneteket jelölik, amik mindkét betegségben előfordulnak.

daganat gyanúja további részletes vizsgálatokat igényel. A ritkább okok közé tartozik a pulmonalis hypertonia, az ACEI okozta száraz, elhúzódó köhögés, az idegentest-aspiráció, a postnasal drip szindróma, és az egyik leggyakoribb differenciáldiagnosztikai problé-

ma, a gastrooesophagealis reflux. A reflux több tünete (1. táblázat) hasonlít a légúti betegségek panaszaihoz, ezért gyakori, hogy a pulmonológus irányítja gastroenterológushoz a beteget a pontos diagnózis felállítása céljából.

A pneumonia, tüdőembólia, alvási apnoe, autoimmun betegségek következtében létrejövő tüdőelváltozások kezelését végezheti pulmonológus, de akár belgyógyász is. A szakmák közötti jó együttműködés a betegek érdekeit szolgálja.

Irodalom

1. **Boschetto P, Beghé B, Fabbri LM, Ceconi C:** Link between chronic obstructive pulmonary disease and coronary artery disease: implication for clinical practice. *Respirology*. 2012; **17(3):** 422-31.
2. **Iturriaga R, Alcayaga J, Chappleau MW, Somers VK:** Carotid body chemoreceptors: physiology, pathology, and implications for health and disease. *Physiol Rev* 2021; **101(3):** 1177-1235.
3. **Rabe KF, Hurst JR, Suissa S:** Cardiovascular disease and COPD: dangerous liaisons? *Eur Respir Rev* 2018; **27(149):** 180057.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [database on Internet]. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2021.

Levelezési cím: Dr. Hidvégi Edit
 Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika
 1083 Budapest, Tömő u. 25–29.
 e-mail: hidvegi.edit@med.semmelweis-univ.hu

TÁPLÁLÁSTERÁPIÁS KONSZENZUS 2022

A DIETETIKUS SZEREPE A KLINIKAI TÁPLÁLÁS MEGVALÓSÍTÁSÁBAN A LEGFRISSEBB SZAKMAI IRÁNYELVEK ALAPJÁN

Dr. Pálfi Erzsébet^{1, 2}, Dr. Molnár Andrea^{1, 3}, Kovács Andrea^{3, 4}, Havasi Anikó³, Szűcs Zsuzsanna^{4, 5}

1 Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Tudományos Bizottság

2 Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék

3 Nutricia Specialized Nutrition, Danone Hungary Kft.

4 Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Iskola

5 Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

ÖSSZEFOGLALÁS: Hazánkban a klinikai táplálás egy olyan orvosi felügyeletet igénylő intervenció, amelynek megtervezésében, kivitelezésében és a hatékonyság követésében a szakképzett dietetikus nagyon sokat tudna segíteni az orvosnak. A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége 2022 augusztusában szakmai összefoglalót állított össze, amely bemutatja a dietetikus feladatait és kompetenciáját a táplálásterápiában. Ez az összefoglaló – amelynek szövegét jelen cikk adja közre – képezi az alapját annak a konszenzusnak, amellyel az MDOSZ vezetősége felkereste a hazánkban működő, a klinikai táplálás által érintett orvosszakmai társaságokat, kérve támogatásukat és egyetértésüket az orvos-dietetikus együttműködésre vonatkozóan a klinikai táplálás során, felhívva ennek jelentőségére azok figyelmét, akik eddig még nem, vagy csak ritkán fordultak konzultációs lehetőséggel dietetikushoz.

Kulcsszavak: dietetikus, klinikai táplálás, konszenzus

Pálfi E, Molnár A, Kovács A, Havasi A, Szűcs Zs: CONSENSUS ON NUTRITION THERAPY 2022 – THE ROLE OF THE DIETITIAN IN THE IMPLEMENTATION OF CLINICAL NUTRITION THERAPY, BASED ON THE LATEST PROFESSIONAL GUIDELINES

SUMMARY: Clinical nutrition is an intervention that requires medical supervision, and a qualified dietitian can be of great help to the doctor in planning, implementing, and monitoring its effectiveness. In August 2022, the Hungarian Dietetic Association compiled a summary describing the tasks and competencies of the dietitian in medical nutrition therapy. This summary forms the basis of the consensus with which the board of MDOSZ has approached the medical associations involved in clinical nutrition in Hungary, asking for their support and agreement on the doctor-dietician cooperation in clinical nutrition, drawing the attention of those who have not yet or only rarely consulted a dietitian.

Keywords: dietitian, clinical nutrition, consensus

Magy Belorv Arch 2023; 76: 26–28.

A dietetikus a táplálkozástudomány és a dietetika területén felsőfokú végzettséggel rendelkező személy. A dietetikus a táplálkozástudományt egészséges és beteg egyének, valamint csoportok ételmezési ellátása, gyógyítása és egészségnevelése céljából alkalmazza. Feladata a betegételmezésen és közétkeztetésen túl a dieto-, táplálásterápia, klinikai táplálás megvalósítása a gyógyítás különböző területein. A klinikai gyakorlatban a dietetikus meghatározó szerepet kell, hogy játszon az általános betegellátás folyamatában minden területen. Az MDOSZ által 2022 tavaszán a Szinapszis-

sal közösen végzett reprezentatív kutatás¹ eredményei alapján a dietetikus szakember felkereséséhez a lakosság a legnagyobb arányban (67%) a háziorvosától, vagy szakorvostól kérne tanácsot. Közel minden harmadik (31%) válaszadó részt vett már dietetikussal tanácsadáson, ők jellemzően kórházban, szakrendelőben keresték fel a szakembert. Kétharmaduk már meglévő betegséggel fordult dietetikushoz, legnagyobb arányban (67%) szakorvos javaslatára. Tekintettel arra, hogy a dietetikai szakellátás az esetek jelentős részében orvosi indikáció alapján történik, nagy jelentősé-

gú, hogy a szakorvosok ismerjék a dietetikussal való együttműködésben rejlő lehetőségeket, a szakemberek feladatait, kompetenciáját a hatékony táplálásterápiában.

A dietetikai ellátás folyamata

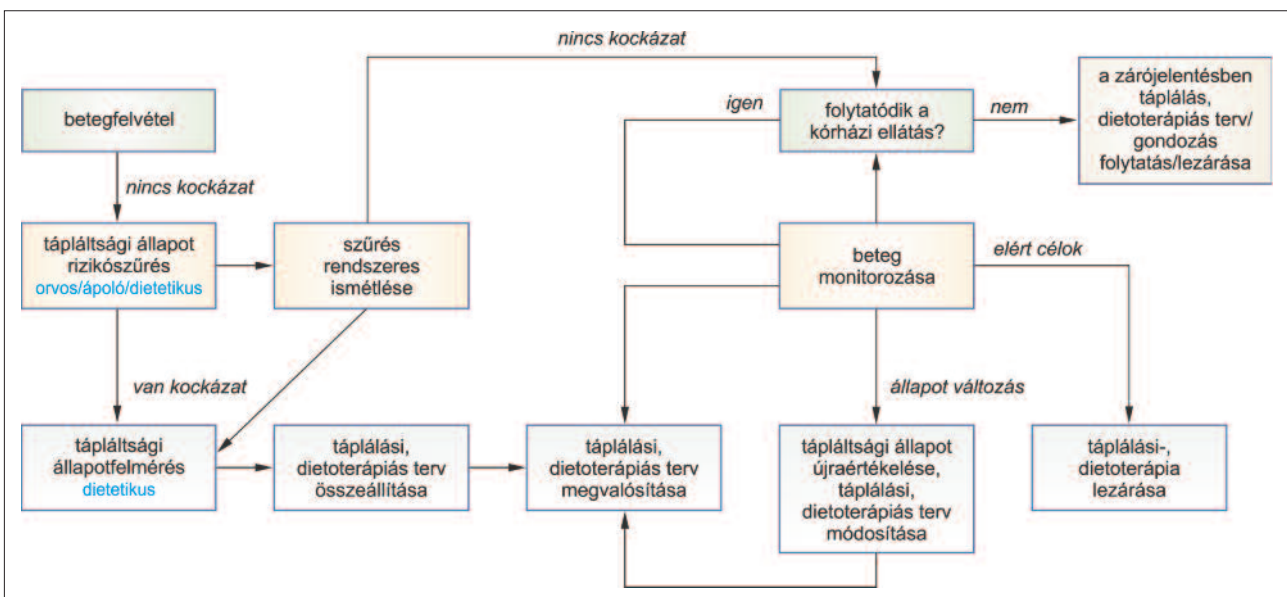
A táplálkozási intervenció (Nutrition Care Process Modell, NCPM) folyamata: a táplálkozási anamnézis felvétele, dietetikai diagnózis felállítása, táplálásterápiás/táplálkozási intervenció terv meghatározása, a táplálkozási intervenció/táplálásterápia, szükség esetén a klinikai táplálás kivitelezése, monitorozása, elemzése (A evidenciaszint).^{2,3,4,5} Magyarországon az egészségügyi szakemberképzésben egyedül a dietetikusok kurrikuluma tartalmazza (1994-től) kötelező tantárgyként a klinikai táplálást (24 elméleti tanóra a 7. szemeszterben), így egyedül a dietetikus szerez készséget és képességet a klinikai táplálás megtervezésére, kivitelezésére, monitorozására, tehát összességében annak alkalmazására (*I. ábra.*). Szakirodalmi adatok támasztják alá, hogy a dietetikus által végzett táplálási intervenció hatásossága jobb, mint a más egészségügyi szakemberek által nyújtott étrendi útmutatás (B evidenciaszint).^{2,6,7,8} A NCP során a dietetikus diagnózis nemcsak leírja a kóros tápláltsági állapotot, hanem rávilágít annak hátterére is (hibás táplálkozási szokások), így problémaorientáltan történik a dietetikus intervenció, ezáltal javítva annak hatékonyságát.

A dietetikai dokumentáció kiegészíti az orvosi és az ápolói dokumentációt, így nyomon követhetőségének biztosítása könnyíti a betegellátást. Kívánatos, hogy az adatok egységes szerkezetben és módon, a társszakmák számára is elérhetőek lehessenek, a zárójelentésben is megjelenjenek (A evidenciaszint), valamint a be-

tegelletés teljes folyamatában elektronikusan is nyomon követhetőek legyenek.^{2,5,9}

A táplálásterápia klinikai és egészséggazdasági jelentősége

A betegséghez kötődő alultápláltság egy konstans probléma, amelynek prevalenciája nagy, azonban a napi klinikai gyakorlatban (sem a járóbeteg-, sem a fekvőbeteg-ellátásban) mégsem kap kellő figyelmet.^{9,10} Annak ellenére, hogy hazai (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége [MDOSZ], Magyar Mesterséges Táplálás Társaság [MMTT]) és nemzetközi szakmai társaságok (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism [ESPEN], American Society for Parenteral and Enteral Nutrition [ASPEN], European Society for Medical Oncology [ESMO]) is rávilágítanak, hogy a betegfelvétel során az első 24 órában szükséges a malnutrició rizikószerűsége, mégsem rutinszerű az alultápláltság diagnózisa. Az alultápláltság az egészségügyi költségeket tovább növeli.^{10,11} A kóros tápláltsági állapot megállapításának akkor van értelme, ha a beazonosított, táplálkozási kockázattal rendelkező betegeket azonnal megfelelő táplálkozási intervencióban részesítjük. A holland Fight Malnutrition szakértői csoport (fightmalnutrition.eu) kutatása alapján elmondható, az alultáplált beteg számára a kórházi tartózkodás legfeljebb negyedik napjától biztosított, a szükségletnek megfelelő energia- és fehérjebevitel biztosítása 1,5–4 nappal lerövidíti a kórházi tartózkodás időtartamát.¹² Az alultápláltságra kockázattal rendelkezők tápláltsági állapotfelmérése, a táplálkozási probléma beazonosítása, táplálási célok meghatározása és a táplálkozási intervenció tervezetten történő kivitelezése, meghatározott időközönkénti felülvizsgálata dietetikus kompetenciákhoz tartozik.



1. ábra. A dietetikus támogatása a klinikai táplálás folyamatában a NCP alapján^{2,4,5}

tencia. A kiszűrt betegek szisztematikus folyamat keretében végzett dietetikai ellátása, táplálásterápiája jelentős egészségjavulást eredményez. Javítja a kezelés eredményességét, csökkentheti a rossz tápláltsági állapot miatt kialakuló szövődeményeket, és mérsékelheti az ellátás költségeit (B evidenciaszint).^{3, 8, 9, 13-16} A helyi eljárásrend szerint a dietetikushoz szóló beutalóval dokumentált betegút javítja a teammunkát és a betegbiztonságot (D evidenciaszint).² Az ESPEN által megfogalmazott sebészeti és onkológiai irányelvek is felhívják a figyelmet a dietetikai által végzett táplálkozási/táplálási intervenció hatékonyságára.¹⁷⁻¹⁹ A hazai irányelv meghatározza, hogy a dietetikai edukáció és reedukáció a krónikus megbetegedéseknél a terápia nélkülözhetetlen eleme (B evidenciaszint) és táplálkozási rizikósűrés alapján a nagy kockázatú egyének dietoterápiáját, dietetikai edukációját dietetikus szakember végezze (A evidenciaszint), valamint a betegélelmében a szakma szabályait szem előtt tartva, az ellátottak szükségleteihez illeszkedő étlapok tervezése, felülvizsgálata, ellenőrzése és dokumentálása dietetikus kompetencia (A evidenciaszint).^{2, 20}

Összefoglalva, a dietetikus által, a szakmai aktuális szabályai szerint irányított dieto-, táplálásterápia nélkülözhetetlen része a betegellátásnak, javítja annak hatékonyságát, valamint egészséggazdasági szempontból is kifizetődő. A szakmai szervezetünk által kezdeményezett konszenzushoz jelen közlemény megszületéséig a következő társaságok, szakemberek csatlakoztak: Magyar Mesterséges Táplálási Társaság, Magyar Gyermekonkológiai Hálózat, Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság, Horányi Béla Klinikai Idegtudományi Társaság, Honvéd Kórház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Dr. Bánky Balázs, Prof. Dr. Csomós Ákos. A további együttműködő partnerek bevonása jelenleg is folyamatban van.

Irodalom

1. Moharos M, Szűcs Zs: A dietetikusok ismertségének és lakossági megítélésének reprezentatív felmérése az internetező felnőtt lakosság körében. Új Diéta. 2022; 24.
2. 2020. EüK. 14. szám. EMMI szakmai irányelv 3 (hatályos: 2020. 08. 05). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a terápiás/klinikai dietetikus tevékenységeiről az alap- és szakellátásban. Azonosító 001485.
3. EFAD White Paper. 2021.
4. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language C: Nutrition care process and model part I: the 2008 update. J Am Diet Assoc 2008; **108**: 1113-1117. doi:
5. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language C: Nutrition care process part II: using the International Dietetics and Nutrition Terminology to document the nutrition care process. J Am Diet Assoc 2008; **108**: 1287-1293.

6. van den Berg MG, Rasmussen-Conrad EL, Wei KH és mtsai: Comparison of the effect of individual dietary counseling and of standard nutritional care on weight loss in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. Br J Nutr 2010; **104**: 872e7.
7. Ligthart-Melis GC, Weijts PJ, te Boveldt ND és mtsai: Dietician-delivered intensive nutritional support is associated with a decrease in severe postoperative complications after surgery in patients with esophageal cancer. Dis Esophagus 2013; **26**: 587e93.
8. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ és mtsai: Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Acad Nutr Diet 2017; **117**: 1941-1962.
9. Wierdsma N, Kruizenga H, Stratton R: Dietetic Pocket Guide – Adults. VU University Press. Amsterdam. 2017. P. 288.
10. Perugini M, Johnson TJ, Beume TM és mtsai: Are We Ready for a New Approach to Comparing Coverage and Reimbursement Policies for Medical Nutrition in Key Markets: An ISPOR Special Interest Group Report. Value Health 2022; **25**: 677-684.
11. Elia M: The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions. A report on the cost of disease-related malnutrition in England and a budget impact analysis of implementing the NICE clinical guidelines/quality standard on nutritional support in adults. 2015. www.bapen.org.uk
12. Leistra E, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Visser M, és mtsai: Systematic screening for undernutrition in hospitals: predictive factors for success. Clin Nutr 2014; **33**: 495-501.
13. Freijer K, Nuijten MJ: Analysis of the health economic impact of medical nutrition in the Netherlands. Eur J Clin Nutr 2010; **64**: 1229-1234. doi: 10.1038/ejen.2010.147
14. Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA és mtsai: The economic costs of disease related malnutrition. Clin Nutr 2013; **32**: 136-141.
15. Freijer K, Bours MJ, Nuijten MJ és mtsai: The economic value of enteral medical nutrition in the management of disease-related malnutrition: a systematic review. J Am Med Dir Assoc 2014; **15**: 17-29.
16. Freijer K, Lenoir-Wijnkoop I, Russell CA és mtsai: The view of European experts regarding health economics for medical nutrition in disease-related malnutrition. Eur J Clin Nutr 2015; **69**: 539-545.
17. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P és mtsai: ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr 2021; **40**: 2898-2913.
18. Weimann A, Braga M, Carli F és mtsai: ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr 2017; **36**: 623-650.
19. Weimann A, Braga M, Carli F és mtsai: ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr 2021; **40**: 4745-4761.
20. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E és mtsai: ESPEN guideline on hospital nutrition. Clin Nutr 2021; **40**: 5684-5709.

Levelezési cím: Szűcs Zsuzsanna
Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége
e-mail: zsuzsanna.szucs@mdosz.hu

VASZARY JÁNOS EDDIG ISMERETLEN FESTMÉNYEI – KIÁLLÍTÁS A MAGYAR NEMZETI GALÉRIÁBAN

Dr. Tulassay Zsolt

Vaszary János a magyar képzőművészet kiemelkedő, a 20. század művészetének egyik legsokoldalúbb mestérének életműve ismert a művészetkedvelők körében (1. kép). Képeinek színessége, a formálás biztonsága és ereje, a nagy összegző formabontás képessége kora egyik legnagyobb hatású alkotójává tette. A Szépművészeti Múzeum már a művész életében számos művét megvásárolta. A festő halála után özvegye a Vaszary-hagyatékot a közgyűjteménynek adományozta a Magyar Nemzeti Galériában. 1958-ban kezdődött a több száz festményt és grafikát tartalmazó életmű feldolgozása, amelynek első bemutatására az 1961-ben rendezett emlékkiállításon került sor. A 2007-ben minden eddiginél nagyobb szabású és több művet bemutató Vaszary gyűjteményes tárlat nyílt meg a Galériában, amelynek tudományos katalógusa megalapozta a további Vaszary kutatást (1). A legnagyobb Vaszary gyűjtemény a Szépművészeti Múzeumban és a Magyar Nemzeti Galériában található, bár számos jelentős alkotás magángyűjtők tulajdonában van.

Eddig ismeretlen alkotások is előkerültek, mint például 2022-ben a Virág Judit galéria őszi aukcióján az 1926-ban készült „Dunakorzó Budapesten” című alkotás (lásd címlap) (2) 2016-ban azonban olyan képek váltak ismertté, amelyekről még a szakértőknek sem volt ismeretük. A Múzeumi negyed – Liget Budapest-kialakításakor, a költözés előkészítéseként az épületben őrzött műtárgyak rendszerezése és számbavétele kezdődött el. Az egyik pinceraktárban egy fémpolc sor mögött befelé fordított szekrény háttérében pecséttel lezárt spárgával átkötött két vászontekercs került elő, amelyeken kézzel írt, halvány „Vaszary” felirat volt olvasható. A tekercsek 20-20 Vaszarytól származó olajfestményt tartalmaztak, amelyek közül néhány sérült volt, többsége azonban jó minőségű és kiemelkedő művészeti értékű alkotás. Ezek a művek az eddig feltárt Vaszary-életműben nem voltak ismertek, így feltételezhető, hogy a művész műterméből a festő hagyatékával kerültek a múzeumba.

A szenzációs felfedezés nagy visszhangot keltett, hiszen Vaszary festményei kivételesen népszerűek a műkereskedelemben, és a nagyközönség is rajong a képeiért. Az előkerült alkotások közül a legszebb 24 művet mutatta be a Magyar Nemzeti Galéria 2022 októberében megnyílt kiállításán. A festmények a teljes életmű szinte minden korszakát képviselik: a korai impresszio-



1. kép. Vaszary János portréja

nisztikus idősaktól az expresszív kompozíciókig, a párizsi art deco stílustól a Duna-korzó képeiig és a mediterrán hangulatú tengerparti jelenetekig. A tárlatot a múzeum gyűjteményében található más Vaszary-remekművek, valamint magángyűjteményekből kölcsönzött kevésbé ismert, sokáig lappangónak hitt művek egészítették ki (3).

Vaszary a XX. századi művészet egyik legsokoldalúbb alakja. Művészete nagy ívet járt be. A realizusból és a naturalizmusból induló festőre a szecesszió, a francia impresszionizmus, posztimpresszionizmus, később az expresszionizmus és az art deco is hatással volt. Nem félt a kísérletezéstől, hatvanas éveiben is kereste az új technikákat, témákat, stílusokat. Kivételesen termékeny művész volt: festményei mellett készített grafikát, faliszőnyeget, bútorokat, borítókat, plakátokat, könyvillusztrációkat és szobrokat is (4).

Vaszary János 1867. november 30-án született Kaposvárott. Apja a kaposvári főgimnázium tanára volt, anyja nemesi származású. A családban számos közismert művész élt: Vaszary Piri színésznő, Vaszary Gábor író, illetve színház- és filmrendező és Gadányi Jenő festőművész is. Vaszary János tanulmányait szülővárosában és a kolozsvári piarista gimnáziumban végezte, majd 1885-ben Budapestre került, ahol a Magyar Királyi Mintarajziskolába járt, Székely Bertalan és Greguss János növendékeként.

1887-től másfél évtizeden át külföldön tanult, Münchenben a Képzőművészeti Akadémián, majd párizsi Julian Akadémián. A párizsi akadémiai években atyai nagybátyjával, Vaszary Kolos hercegprímással, esztergomi érsekkel Velencébe és Firenzébe is ellátogatott, de bejárta Dél-Franciaországot, Itáliát és Spanyolországot is (5).

Budapestre visszatérve a Krisztinaváros és a Tabán találkozásánál, a mai Attila út egyik bérházában vett lakást. Műhelyét is itt rendezte be, amelynek ablakából a Budai Várnegyedre nyílt kilátás. A festőnek gyűjteményes kiállításra elsőként 1906-ban a Nemzeti Szalon adott lehetőséget.

1906-tól a nyarakat Tatán töltötte feleségével, ahová Thoroczkai Wigand Ede tervezett és épített számukra egy tóvárosi műtermes házat. Az esztendők nagyobb részében azonban továbbra is Budapesten tartózkodtak (4).

Az első világháborúban hadifestő- és tudósító volt a keleti fronton. A háborús élmények munkáin is érződtek, a sötétebb tónus, a kevesebb ecsethasználat elsősorban ezeknek a következményei.

Lyka Károly 1920-ban tanári állást kínált Vaszarznak a Képzőművészeti Főiskolán. Diákjai rajongtak érte. Barcsay Jenő így írt mesteréről: „Míg a többi osztályban [...] témákat kellett festéssel illusztrálni [...], Vaszary törekvése az volt, a növendékek minden hónapban oldjanak meg egy kompozíciós feladatot: például a vörös szín, illetve a kék szín és így tovább. A színek után téri és formai kérdések, azután a mozgás, azután különböző formai megoldások kerültek sorra. Míg a többi mesterek növendékeinek fogalmuk sem volt a színről, vonalról, formától, térről s arról, hogy mi a kép, mi a festészet, minket éppen ezek a dolgok érdekelték.”

Hincz Gyula így dicsérte tanárát: „Modorában volt valami hűvös és tartózkodó, és valami rendkívüli gyöngédség. Mindenkivel szemben figyelmet és figyelmet keltő volt. [...] A segítségért és a vezetésért köszönetet nem fogadott el: nem önért tettem, hanem a művészetért – mondta az Epreskertből távozó növendékeknek.”

1926-1927-ben az olasz tengerparti furdőhelyeken utazva a mediterrán hangulat életszeretete ragadta meg, de az art deco stílus könnyedsége, elegáns egyszerűsége és divatos formavilága is befolyásolta művészetét.

Festészete az 1930-as években teljeseedett ki, amelyről színpompás csendéletei, budapesti korzóképei, tengerparti jelenetei és a felszabadult színhasználat és a formaalakítás önfeledtsége is tanúskodik (6).

Az újonnan felfedezett festmények közül a művész korai időszakát az 1890-es években festett a „Kávéházi jelenet” képviseli (2. kép). Az intim hangulatú térben újságot olvasgató cilinderes férfi és rózsaszín kalapot viselő partnernője a nagyvárosi polgár életformához tartozó gondtalan kávéházi időtöltés megszokott miliójében jelenik meg. Ekkor készült Vaszary közismert „Fekete kalapos” nő című festménye is, amely a korokban ritka, nagyvonalú ecsetkezelés, impressziószerű, könnyed formaalakítás nagyszerű példája (3. kép). Bizonyára megérintették a franciaországi, modern képzőművészeti áramlatok (7).



2. kép. Kávéházi jelenet, 1890-es évek

A művész hagyatéka. Új felfedezés



3. kép. Fekete kalapos nő, 1894
Szépművészeti Múzeum – Magyar Nemzeti Galéria



4. kép. Nyári lak II., 1896
A művész hagyatéka. Új felfedezés. A kép festésmódja ugyanazt az oldott, nagyvonalú ecsetjárást mutatja, amelyet a Kávéházi jeleneten vagy a Fekete Kalapos nőn érzékelhetünk. A puha kontúrokkal összefogott, gomolygó foltvonulatok finoman vibráló összehatása a napsütötte kertés ház szeretett otthonosságát emeli ki. A gyerekkort visszaidéző kisvárosi környezet vidám, nyári színekben pompázik

A „Nyári lak II” kép 1896-ban készült festmény a hagyomány szerint Vaszary szülőházát ábrázolja, és Rippl-Rónai József gyűjteményéből származik (4. kép).

A háború tragikus élménye Krisztus szenvedéstörténetének többszöri megfestésére ihlette Vaszaryt. Az 1920-as évek expresszív festői stílusában a keresztény ikonográfia ismert jeleneteit: a „Krisztus a keresztfán”, a „Golgota” és a „Krisztus siratása” témákat dolgozta fel. A bibliai témák grafikai munkásságában is megjelentek. A fájdalmas kereszthalál megrázó pillanatát ragadta meg a tusrajzokon (7) (5. kép).



5. kép. A megfeszített Krisztus, 1924 körül
A művész hagyatéka. Az élettelenül elnyúlt testet körülölelő izgatott tusvonalak örvénylése az emberiség bűneit megváltó Jézus felmagasztosulását hirdeti. A művész kevés eszközzel komponál, a tökéletes rajztudás és az intenzív anyaghasználat kivételes monumentalitást kölcsönöz a rajznak. A mű erős érzelmi telítettségét a hadifestő háborús traumáiból fakadó személyes érintettség magyarázza

Vaszary 1920-as években készült csendéletei a fekete alapozású, expresszív korszakának legszebb darabjai közé tartoznak. Ezek a cezanne-i hagyományokhoz köthető puritán asztali csendéletek szerény kelléktárra szorítkoznak. Néhány gyümölcs vagy kisebb zöldségsokor mellett konyhai edények alkotják a tárgyi elemeket. Az egymásnak feszülő plasztikus szín-

foltok szinte szétrobbantják az egyszerűségében erőteljes kompozíciót. A sötét háttérből vörösen lángoló, szélesen felrakott festékpásmák mozgásba hozzák a statikus látványt. Az izzó színek és a változatos felületkezelés monumentális hatást kölcsönöznek a képnek. A francia posztimpreszionista inspirációk mellett a német expresszionista festők hatása is felfedezhető (7) (6., 7., 8., 9., 10. képek).

Az 1920-as évek expresszionista festményei között számos színpadi jelenetet ábrázoló festmény is ismert (11. kép). Salome alakját Vaszary többször is megfes-



6. kép. Asztali csendélet (Csendélet sárgarépákkal), 1919 körül
Magántulajdon, a Nemes Galéria közvetítésével



7. kép. Tulipánok vázában, 1930 körül
A művész hagyatéka. Új felfedezés



8. kép. Virágoskert, 1930 körül
A művész hagyatéka. Új felfedezés



9. kép. Virágok kék égbolt előtt, 1936 körül
Magántulajdon, a Nemes Galéria közvetítésével

tette (12. kép). A tekercekből is előkerült egy 1925-1928 között festett Salomet ábrázoló színpadi jelenet (13. kép). Az art deco látvány megjelenítésének érdekes festménye az „Akt fekete vázával” (14. kép). Jórészt ún. feketealapos technikát alkalmazta: fekete háttére vastagon felvitt színeket használt (5).

Vaszary rajongott a tengerparti utazásokért. Mindenütt a vízparti látványt, a halászbárkák és vitorlások színes kavalkádját, a nyaralók strandéletének ellesett



10. kép. Virágcsendélet kék virágokkal, 1930 körül
A művész hagyatéka. Új felfedezés

epizódjait örökítette meg. A mediterrán világ pozitív életszemlélete intenzívebb festői kifejezésre készítette. Az eseménydús tömegjelenetek helyett egyre inkább tág horizontú, levegős képépítésben gondolkodott. Hol a látvány pillanatképet idéző mozdulatlansága érdekelte, hol a mozgás egyes fázisainak képi kifejezése. Festéstechnikája egyre kifinomultabb és letisztultabb lett. Hangulatteremtő tehetsége kiváló rajzkészségének és karakterérzékének köszönhető. Egy-egy színes kalap, csíkos ruha vagy turbános strandöltözet a mediterrán nyár atmoszféráját közvetíti. A pontos megfigyelés és virtuóz festéstechnika adott alapot a letisztult formálás egyszerűségéhez (15., 16., 17., 18., 19., 20., 21. képek).

A könnyed kontúrokon túlfolyatja a színes formákat, amelyek a kép nézésekor optikai egységgé állnak össze, s így a folyamatos mozgás illúzióját keltik.

A „Tengerparti hotelszoba” témanépszerűsége, a tengerre nyíló erkélyajtón beáramló friss levegő, az ágy felett meglibbenő szunyogháló, a takaróra vetett, szinte ájultan fekvő kék kabát és a redőny monoton csíkozása tökéletesen idézik fel egy mozdulatlan nyári délután hangulatát (22. kép).

Vaszary a nyári hónapokat tatai nyaralójában töltötte. A táj szépsége, nyugalma, harmóniája, a tó az égbolt



11. kép. Finálé (Színpadi jelenet), 1923
Szépművészeti Múzeum – Magyar Nemzeti Galéria



12. kép. Női akt tarka tollfejdíszsel (Salome), 1930 körül

A művész hagyatéka. Szépművészeti Múzeum – Magyar Nemzeti Galéria



13. kép. Színpadi jelenet (Salome), 1925–1928

A művész hagyatéka. Új felfedezés. Vaszaryt mindig is izgatták a látványos színpadi jelenetek. A bibliai Salome történetét megidéző drámai cselekményt többször megfestette, a csábító asszony ellentmondásos személyiségéhez rendszeresen visszatért. A századforduló femme fatale – hagyományából ered a túlfűtött erotikájú, bosszúsomjas nő figurája, aki az ártatlanság látszatával leplezi szerelemre éhes féktelenségét. A korszak expresszionista némafilmjei és konkrét színpadi élmények inspirálhatták Vaszaryt a sorozat egyes változatainak megformálásában. A Budapestten vendégszerepelt német táncosnő, Anita Berber eksztatikus előadásáról két grafikai lapot is készített. A művésznő víziószerű színpadképekben, izgalmas fény- és hanghatások mellett, a meztelen női testet feltárva lépett a közönség elé



14. kép. Akt fekete vázával, 1930 körül

A művész hagyatéka. Új felfedezés. Az újonnan felfedezett olajfestményen pamlagon pihenő meztelen fiatal nőt látunk verőfényes, modern lakókörnyezetben, az utcára néző hatalmas üvegablak előtt. Az emeleti lakás ablakából kitekintve modernista stílusban épült, lapos tetejű épületek felső szintjei láthatók. A világos és a sötét kontrasztját használó kompozíció az art deco látványalakítás egyik hatásos eleme. A művészettörténetben évszázadok óta ismert „pihenő akt” képtípusának modernizált, dekoratív változata, ahol a szögletes és hajlékony vonalak, a tömör és áttetsző alakzatok, a feszes és elomló formák izgalmasan kiegészítve egymást, harmonikus egységet alkotnak



15. kép. Labdázók a tengerparton, 1934 körül

A művész hagyatéka. Új felfedezés. Vaszary 1930-as években készült strandjelenetein az időbeliség festői érzékeltetésének szándéka érezhető. A tengerparton labdázó fürdőruhás alakok megnyúlt mozdulataiban, a vitorlások egymás mellett haladó, lassú vonulásában, a vízben játszó, locsolódó figurák változatos aktivitásában a mozgásélmény látvánnyá alakításának bravúrja érvényesül

és a fák megejtő varázsa tájképek festésére is ihlette (23. kép).

A tatoi villájában készült képeken színes virágcsokrokat, kecses aktokat, gazdag szobabelsőket láthatunk (24., 25., 26., 27., 28., 29. képek). Jellemző a „Vaszary-kék”. Elnagyolt ecsetvonással, a színek kavalkádja,



16. kép. Tengerparti jelenet, 1934 körül

A művész hagyatéka. Új felfedezés



17. kép. Csónakosok a tengerparton, 1934 körül

A művész hagyatéka. Új felfedezés. Vaszary festéstechnikája egyre letisztultabb lett. A szállodák napernyőkkel és fürdőkabinokkal tarkított partszakaszát csak színes pöttyökkel, vonalakkal, ide-oda dülöngélő négyszögekkel s hasábokkal jelezte. A vízre szálló csónakosok sziluettfigurái biztosan egyensúlyoztak az egy vonallal felvázolt, ringó ladikokban. A tenger végtelenje az égszínkéktől a zöld különböző árnyalatán keresztül, a lilán és homoksárgán át vízszintes hullámrétegekben tornyosul egymásra. A tengerészek kis csónakjaikkal meghódítani indulnak a hatalmas víztömeget, nem tudnak betelni a színesen fodrozódó tenger látványával. Vaszary szemlélődő művészkarakter, vonzza a látványosság, a dekorativitás, mindenben megtalálja az öröm és szépség forrását



18. kép. Strandjelenet, 1934 körül
Szépművészeti Múzeum – Magyar Nemzeti Galéria



19. kép. Labdázók a strandon, 1930-as évek
A művész hagyatéka. Új felfedezés

különleges nézőpontos ábrázolást jelenít meg a „Verandán álló piros pizsamás nő” című képén (30. kép).

Vaszaryra jellemző az elnagyoltság, minimalizálás, olykor jelzésszerű ábrázolás, amely képeit színessé,



20. kép. Csónakos a tengerparton, 1934 körül
A művész hagyatéka. Új felfedezés



21. kép. Terasz a tengerparton, 1934 körül

A művész hagyatéka. Új felfedezés

derűt sugárzóvá teszi. A hatvanéves festő technikája egyre kifinomultabbá és letisztultabbá vált. Nyugodt szobabelsőket és mozgalmas strandjeleneteket festett,



22. kép. Tengerparti hotelszoba 1934 körül

A művész hagyatéka. Új felfedezés. Elég belépünk a tengerre néző hotelszoba egyszerű berendezett enteriőrébe, hogy az itáliai Riviéra egyik napfényes fürdőhelyén érezzük magunkat. A színes kerámia-kövezetre állított tüllfüggönyös, vetett ágy a rádobbott kék pizsamával, a fogastra akasztott színes szalmakalap, strandruha és fürdőköpeny, s a sarokban az éjjeliszekrény egy pohár vízzel Vaszary János elképesztően biztos ecsetvonásaival került a vászonra. A nyitott spalettaszárny és a francia ajtós erkély bábos korlátja mögül a tenger lilás színű foltja bukkan elő. Henri Matisse hasonló kompozícióinak könnyedségével vetekszik ez a nagyvonalú festői szabadság



23. kép. Tavaszi séta a tatai domboldalon, 1920-as évek

Magántulajdon, a Nemes Galéria közvetítésével. A tatai domboldal, kilátással az Öreg-tóra, a béke és a nyugalom hangulatát árasztja. A festő mintha körbetekintett volna a vidéken, és jólesően nyugtázza volna, hogy ez az ő kedves otthona. Az életműben ritka a tatai vidéket ábrázoló önálló tájkép. Motivumait Vaszary elsősorban a tatai villájuk kertjében, a napfényes verandán vagy az árnyas fák közelében találta meg. Ezúttal kísétál a házból, felkaptat a dombon és onnan pásztázza körbe a szívéhez oly közel álló tájat. A stílusváltás egy kivételes pillanatát ragadhatjuk meg ezzel a tájképpel. A vastag festékcsíkok változatos faktúrái még az expresszív festményekre jellemző technikára utalnak. Ugyanakkor a világosabb színek felszabadult alkalmazása a derűs életszemlélet megerősödésének a jeleit mutatja



24. kép. Tatai enteriőr, 1930 körül

A művész hagyatéka. Új felfedezés

képein határozott ecsetvonást alkalmazva, színes pöttyöket, vonalakat, fonalakat jelenít meg, amelyek könnyed térbeli kiterjedés képzetét keltik.



25. kép. Akt kertben zöld kerítés előtt, 1930-as évek

A művész hagyatéka. Új felfedezés. A tekercekből előkerült festménycsoport jó néhány darabja Tata városához és a Vaszary család kertés nyaralójához kapcsolódik. A képen fiatal nő napfürdőzik meztelenül a buja kert nyíló virágai és kergetőző, tarka pillangói között. Vörösek, lilák, kékek, zöldek örvénylő vidám kavalkádja kavargoz az energikusan meghúzott, biztos ecsetvonások nyomán.

A természet kirobbanó ereje sugárzik a nyíló virágok viruló frissességében. Egy színes falikárpit terve is lehetne a gazdagon díszített festett vásznon. Minden a dekorativitásról, a színek bőséges burjánzásáról, a kitárulkozás örömteli szabadságáról szól.

Vaszary kivételes festői virtuozitással és kifinomult ízléssel képes visszafogni a motívumorgia túlradását, a megjeleníteni a látvány üdeségét minden ízével és zamatával



26. kép. Veranda két nővel (Parkban), 1930 körül

A művész hagyatéka. Szépművészeti Múzeum – Magyar Nemzeti Galéria

A 30-as évek kései nagyvárosi témájú műveit a tatai idill ellenpontjaiként láthatjuk. A „Krisztus a nagyvárosban” (31. kép), a „Budapest Kálváriája III.” (32.



27. kép. Kilátás a verandára, 1930 körül

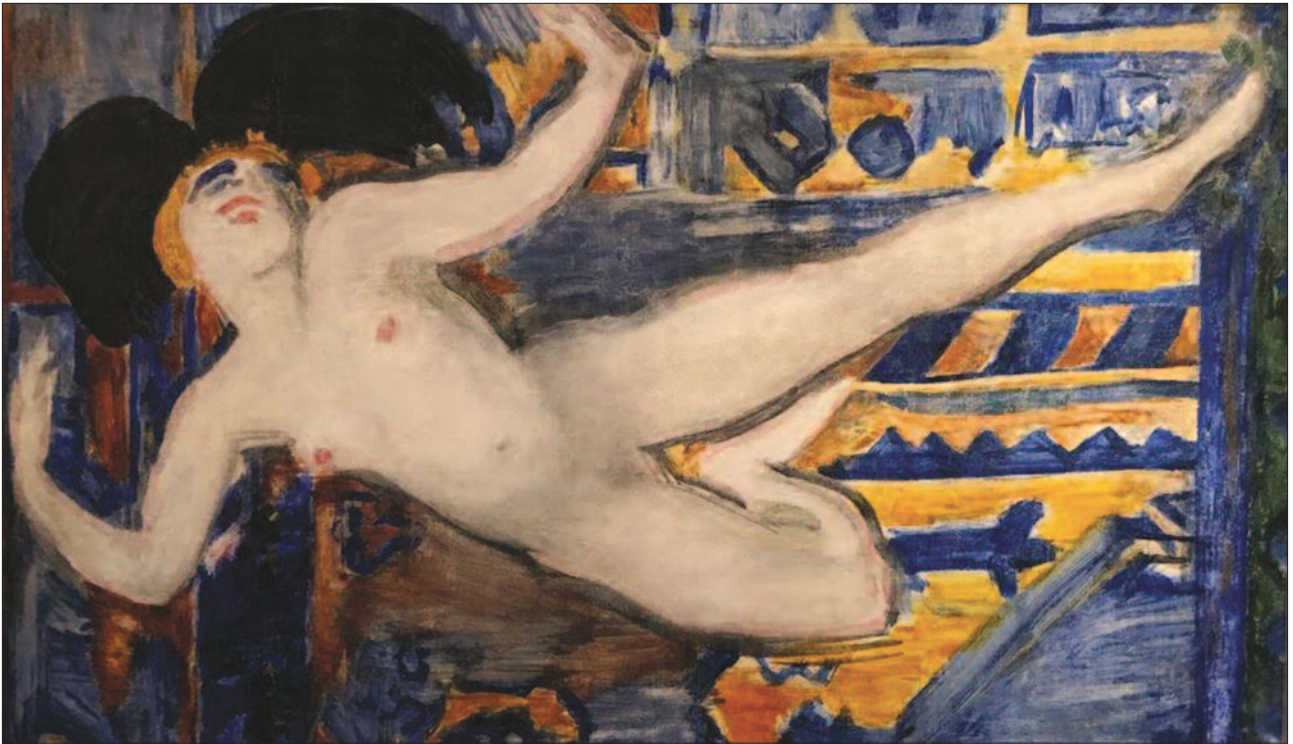
A művész hagyatéka. Új felfedezés



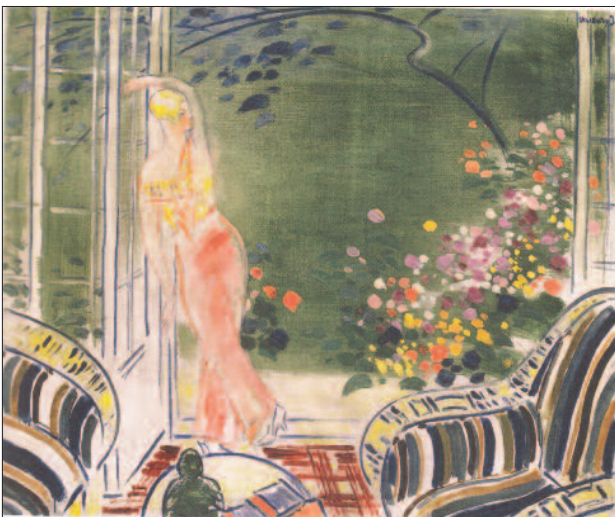
28. kép. Akt virágok között (Napfürdőzés), 1930-as évek

A művész hagyatéka. Szépművészeti Múzeum – Magyar Nemzeti Galéria

kép) a modern élet gyorsaságával és a nagyváros árnyoldalaival foglalkozik. Budapest emberkavalkádját ábrázolja, ahol a nagy tolokodásban a kép szereplői egymást sem veszik észre, nem hogy azt, ahogy átsétál közöttük a kereszt alatt görnyedő Krisztus. A fantáziadús, nyüzsgő jelenetek, az emberek sokasága, a fények sokfélesége mellett a Vaszaryra jellemző kék szín, a háttér



29. kép. Fekvő női akt kék-sárga mintás takarón, 1930-as évek
A művész hagyatéka. Új felfedezés



30. kép. Verandán álló piros pizsamás nő (Verandán álló nő),
1930 körül
Szépművészeti Múzeum – Magyar Nemzeti Galéria

épületeinek körvonalas ábrázolásmódja is megfigyelhető.

Vaszary János utolsó nagy korszakára, az 1925 és 1939 közötti évekre kimagasló virtuozitással vászonra vetett festmények a jellemzők. Az itáliai nyaralóhelyek lüktető kavalkádja, a társasági élet jellegzetes figurái,

színházak és mulatók enteriőrjei, kerti partik szereplői töltötték be vásznait. A művészt lenyűgözte a mediterrán vidékek szépsége, a párizsi divat extrém formagazdagsága és a nagyvárosi élet mozgalmas vibrálása (7).

Inspirációját párizsi utazásaiból merítette, a modern világáros nyüzsgő hangulatát, a felszabadultságot és a szórakozást örökölte meg. Képei egyre derűsebbé, színesebbé váltak, technikája változott: a vastagon rétegezett festék helyett híg, vékony ecsetvonásokkal felvitt olajfestéket alkalmazott (33., 34., 35. képek).

Feketéről fehér alapháttérre váltott, sűrű olajfesték helyett pedig már-már akvarell finomságúra hígított olajfestékkel dolgozott.

Késői festészetében az életigenlés ragaszkodó szeretetével öleli magához a kiválasztott motívumokat. Herman Lipót szavaival: „egy bizonyos lágyság, bársonyosság veszi át az uralmat [...] egy alig észrevehető édesség az eddigi – szinte erőteljes – vonalakat és színfoltokat oly jótékony módon enyhíti, hogy szinte líra csendül ki belőlük. Színkezelése oldottabbá válik, a korábbi időszak harsogó színhangulatával szemben legújabb képein a napszitta árnyalatok beleolvadnak a vászon anyagába. Késői virágcsendéletei lágyabbak, hajlékonyabbak lettek, a korábbi pattogós ecsetkezelést az egymásba áradó érett színek jóleső melegsége váltja fel. Az ablakba tett virágcserep már nem olyan erőteljes, mint korábban, a jobbra-balra hajlado-



31. kép. Krisztus a nagyvárosban (Budapest kálváriája II.), 1936 körül
A CIB Bank gyűjteménye



32. kép. Budapest kálváriája III., 1937

A művész hagyatéka. Új felfedezés. Budapestnek ugyanazt jelenti a Duna-parti panoráma, mint Párizsnak az Eiffel-torony vagy a Concorde tér. Anzikszkártyára kívánczó látvány, amely felidéri a város hangulatát.

Vaszaryt éppen ez a képeslap jelleg inspirálta, hogy Budapesthez fűződő gondolatait megfogalmazza. Képein a Duna-korzó divatos közönsége békésen sétálgat, szemlélődik, kellemesen mútatja az időt. Az emberek arcát alig látni, többnyire háttal ülnek vagy elfordulnak, egymásra sem nagyon figyelnek. Akárcsak egy színes üdvözlőlap staffázsfigurái, élénkitik a városképet. Semmi nem zökkenetheti ki őket a hétköznapi semmittevés nyugalmaiból. Abszurd módon még azt sem veszik észre, hogy megjelenik közöttük a kereszt alatt görnyedő, fájdalmas Krisztus

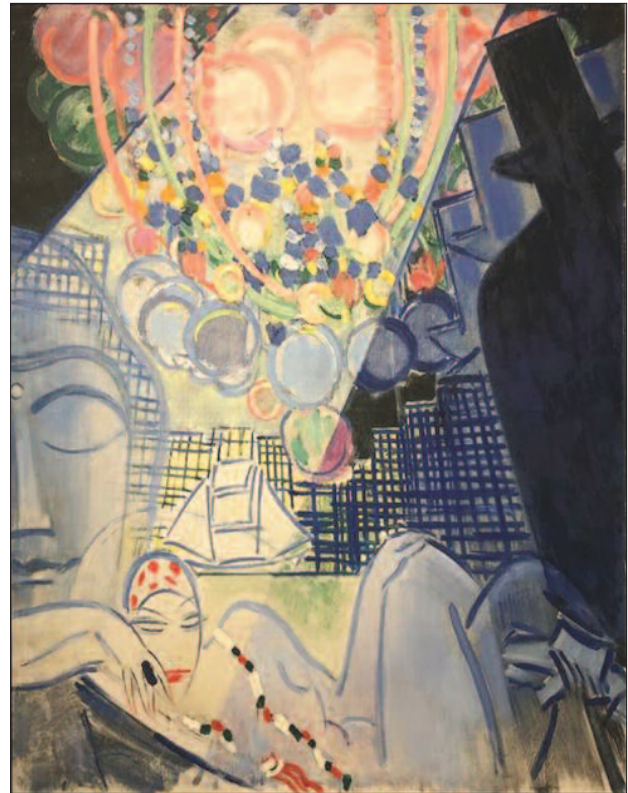


33. kép. Éjszakai fények a párizsi világkiállításon, 1937
A művész hagyatéka. Új felfedezés



34. kép. Városi világitás, 1930

A Szépművészeti Múzeum vásárlása a művésztől. A közel hatvanéves festő – hosszú kihagyás után – a húszas évek végén ismét Párizsba utazhatott. Nyitottan fogadta a modern világváros újdonságait, a divatot, a közlekedést, a filmet vagy a szórakozást. Ez a sokszínű világ létrehozta a maga art decoként közismert stílusát, amely a környezet egészét átformálta. Könnyed hangvétele a képzőművészetre is hatással volt. Vaszary is rátalált a saját hangjára: fehér alapon akvarellszerű, hígított olajfestékkel dolgozott. A képen a reklámok fénycsóvái a díványon alvó meztelen nőre világítanak, fiús alakját piros körömcipője még izgatóbbá teszi. Az éjszakai metropolisz mámorító zsongása a nyitott ablakon keresztül megtölti a szobát. A budoárhangulat már a múlté, Vaszary a kamera objektivitásával látatja az intim hálószoba részleteit



35. kép. Morfinista, 1930

E képen a nagyvárosi életérzésé a főszerep. A jobb oldalon cilinderes fekete árnyalak magasodik az unottan heverő akt fölé, erotikus képzettségével utalva a luxussal kísért mondén életre. Az elidegenedés élményére a háttérben kaptárszerűen sorakozó óriási tömbházak képe erősít rá. A színes gömbök geometrikus folyamata és a bal oldalon felvillanó hatalmas Buddha-fej a kábítószer hatása alatt magába sűppedő nőalak morfiom keltette látomása. A világos háttér és a színes vonalak ellentétében grafikai hatás érvényesül, hasonlóan az art deco plakátok és divatlapok látványelemeihez

zó szálas virágok bágyadt érzékiséggel nyújtóznak a fény felé. Még teljes pompájukban illatoznak, de az elmúlás lehelete már megérintette őket. A kerti jelenetek hamvassága is elmúlt. A tarka virágok között heverésző aktoknak nincs erotikus kisugárzásuk, dekoratív vonalaikkal a kép ritmusát alakítják. Az őszi kert lombkoronái a délutáni napsütésben vöröslenek, a háttér sötétkék foltja a közelgő alkonyatot jelzi. A műteremben befejezetlenül maradt tengerparti jelenet hajó motívuma a festő hirtelen halálával a végtelen kékségbe tartó nagy utazás szimbólumává nemesedett”.

Kegyes volt hozzá a sors, művészi aktivitása teljében, töretlen alkotókedvében érte a halál. Elsősorban saját élményeiből merített, az adott valóság színességére reagált tiszta szándékkal, festői őszinteséggel, gazdag életművet hagyva az utókorra.

Kárpáti Aurél így búcsúzott tőle: „Lánglelkű művészt veszítettünk vele. Igazi mestert, meg nem alkuvó



36. kép. Alassiói tengerpart

Virág Judit Galéria

harcost, példájával tanító nevelő és tiszta embert. Csupa olyan ritka erkölcsi értéket, aminek híjával zavaros jelenünk mindinkább szűkölködik”.

Vaszary látnoki érzékkel sejtett előre valami katalizmát, amit végül nem is élt meg. A háború utáni kommunista kultúrpolitika is száműzte Vaszary munkásságát (4). Naplójában ezt írta: „Nem volt soha egyéb szándékom, vágyam: festeni akartam! Ez az autoszugesztio nekem oly természetes volt, hogy annak ellenkezőjét nem is tudtam volna elgondolni.”

Halála előtt papírra vetett utolsó sorai is élelszere-tetéről tanúskodnak: „Kérem jól megöntözni az új ültetvényemeteket”.

Vaszary János 1939. április 19-én, 72 éves korában halt meg Budapesten. Tatán helyezték örök nyugalomra.

Források

1. Vaszary János (1867–1939) gyűjteményes kiállítása. Kiállítási katalógus. Rend. Gergely Mariann, Plesznivy Edit. Szerk. Veszprémi Nóra. Magyar Nemzeti Galéria, Budapest, 2007.
2. Virág Judit Galéria 2022 tavaszi aukció katalógusa.
3. Vaszary: az ismeretlen ismerős. Magyar Nemzeti Galéria, Budapest, 2022 kiállítás katalógusa.
4. Mészáros Dávid: A pesti Duna-korzó pezsgésének festője – Vaszary János eddig nem ismert műveit először állították ki. Forrás: Google, 2022. szeptember.
5. Gergely Mariann: Az ismeretlen ismerős Vaszary (In: Vaszary: az ismeretlen ismerős. Magyar Nemzeti Galéria, Budapest, 2022 kiállítás katalógusa).
6. Plesznivy Edit: Vaszary János. Kossuth Kiadó, Magyar Nemzeti Galéria, 2007.
7. A Magyar Nemzeti Galéria „Vaszary az ismeretlen ismerős” című kiállításának feliratai.

A GONDOLATOK SZÍNE

Matisse a Szépművészeti Múzeumban

Dr. Tulassay Zsolt

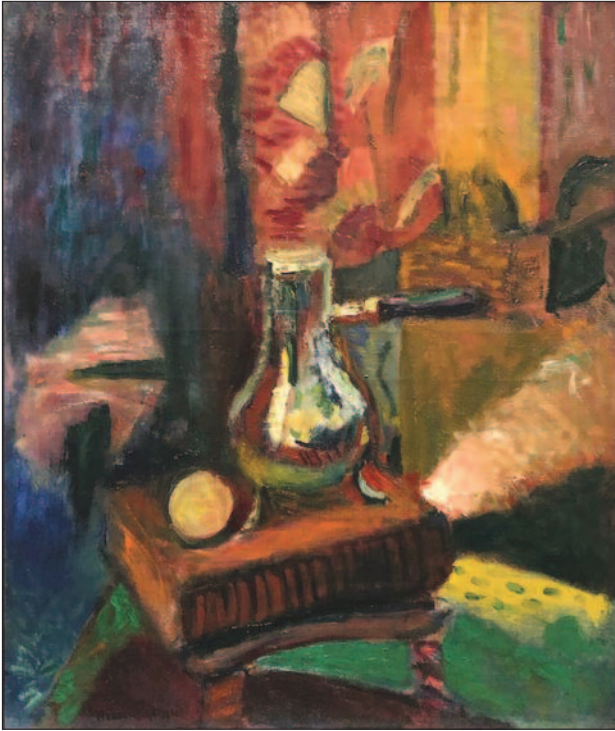
A Szépművészeti Múzeum 2022 nyarán hazánkban első alkalommal mutatott be Henri Matisse festőművész műveiből olyan összeállítást, amely áttekintette a művész életútját a kezdetektől a kiteljesedésig és az életmű összegzését jelentő vence-i Rózsafűzér kápolnáig (1).

Henri Matisse 1869-ben az észak franciaországi Le Cateau-Cabrisben született kereskedőcsaládban. Kezdetben jogot tanult, majd 1890-ben kezdett festeni és 1891-ben végleg a művészi pályát választotta. Párizsban a Julian Akadémián William Adolphe Bougue-

reau tanítványa volt, később a szimbolista festő Gustave Moreau műtermében tanult, illetve az Ecole des Beaux-Arts hallgatójaként képezte magát. Első kiállítására 1896-ban került sor. Korai műveire az egyes színfoltok, élénk, harsány színe a jellemző, amelyek szinte lángba borítják a vásznat. Pont Saint-Michel című képén a rózsaszín és narancssárga tobzódása látható (1. kép). Csendélet csokoládékannával című alkotásán pedig a tárgyak felsejlő tükörképének ragyogásában szinte feloldódnak a tárgyak (2. kép). 1904 nyarat Signac meghívására Saint Tropezben töltötte, de Signac



1. kép. Henri Matisse: Pont Saint-Michel, 1900 körül, Musée national d'Art moderne, Paris



2. kép. Henri Matisse: Csendélet csokoládékannával, 1900–1902, Musée national d'Art moderne, Paris

A csendélet fontos állomást jelentett Matisse fauvizmust megelőző korszakában, 1900 körül. A művész ekkor utazott először Korzikára: a déli vidék látványának hatására festészete egyre színesebb és ragyogóbb lett. A képen látható kannát az 1900-as évek elején több alkalommal is megörökítette képein. A csokoládékanna egy könyv és egy narancs mellett, a kompozíció központi elemeként jelenik meg.

A fiatal Matisse merész színhasználatán túl szembetűnő az ecsetkezelés erőteljes lendületessége, amely emlékezetünkbe idézheti, hogy a művész ezzel párhuzamosan szobrokat is készített

hatása nem befolyásolta tartósan elképzeléseit (3., 4., 5. kép). 1905-ben művészete teljesen új irányba fordult. Párizsban számos művész társaságában az őszi Szalonon bemutatott tárlata a művészvilágban nagy visszhangot keltett.

1905 október 18-án nyílt meg a párizsi Grand Palais-ban a III. Salon d'Automne (Őszi Szalon), amelyen 397 művész – köztük Ingres, Manet, Renoir – 1625 munkáját állították ki. A tárlaton mutatták be a később a fauvisták gerincét alkotó festőművészek – Henri Matisse, André Derain, Maurice de Flaminck, Henri Manguin, Albert Marquet és Charles Camoin – harminckilenc művét.

A csoport elnevezése Louis Vauxcelles francia kritikus nevéhez fűződik, aki a Gil Blas című folyóiratban „vadak”-nak nevezte annak a modern festészeti irányzatnak a képviselőit, akik az Salon d'Automne-on jelentek meg egységes művészi arculattal.

A fauvisták fellázkodtak a múlt kultúrája ellen, van



3. kép. Henri Matisse: Nő kalapban, 1905, San Francisco Museum of Modern Art



4. kép. Henri Matisse: Nyitott ablak, 1905, National Gallery of Art, Washington



5. kép. Henri Matisse: Fényűzés, nyugalom, gyönyör, 1904, Musée national d'Art moderne, Paris

Gogh és Gaugin színnel kapcsolatos tapasztalataira alapozva a szín intenzitását tartották a legfontosabbnak. Céljuk az volt, hogy a képen megteremtsek az egyensúlyt, hogy a színek ne keveredjenek, hogy mind-egyiknek maradjon intenzitása és önállósága, hogy a kép kizárólag a tiszta színek közötti viszonyokból épüljön fel (6., 7. kép). Bár a fauvista festészet figuratív, tárgyakat ábrázol, a tárgyakat a szín eltorzítja, így a keverés nélkül használt tiszta szín lett a művészeti kifejezés célja. Képeiken az intenzív színfoltokat néha vastag, fekete vonal keretezi.

A fauves-ok képeiben az érzékelt világ sűrítőmánya koncentrálódik, s ez a színek felszabadításával, intenzitásával párosulva mediterrán hangulatot eredményez.

A festőcsoport vezéregyénisége, Matisse számára a fauvista tapasztalatok után a festészet a színeknek és vonalaknak a képben való ritmikus elhelyezését, ezzel egyben az egyensúly, a nyugalom művészetét is jelen-

tette. A festészetén kívül grafikával, kerámiával, színpadképpel, szobrásszal is foglalkozott, s mindezekben a festészetre jellemző lineáris és dekoratív tulajdonságokat mutatta (2, 4).

„Az Algíri nő című festmény 1909-ből való, és már egészen más felfogást tükröz (7. kép). Itt felfedezhetjük a Matisse-ra jellemző dekorativitást és a keverés nélküli tiszta színek használatát. Nyoma sincs a naturalizmusnak, még a portrészzerűségnek sem. A kép egy stilizált műalkotás, amely jól láthatóan a színekre épül. A figura, az ember persze felismerhető, de nem portrészzerű az ábrázolás. A fej, az arc sematikus, a szemek csak jelzőszerűek. Ez már nem a klasszikus szépségideál, amely akkoriban még bőven uralta a műtárgypiacot. Cézanne nyomán haladva Matisse valami újat akart alkotni, és ezzel a képpel el is indult valami más felé” – írja Mészáros Ákos (5).

Az első világháború alapjaiban ingatta meg azt a



6. kép. Henri Matisse: Fényűzés I., 1907, Musée national d'Art moderne, Paris

A fakó színek használata azokat a monumentális toscanai freskókat idézi, amelyeket Matisse 1907-ben egy olaszországi utazása során láthatott. A bukolikus idillt újszerűen megjelenítő kép a szépség kultuszát hirdeti, nem közvetít jól körülhatárolható jelentést. Nem tudjuk mit keres az óriási Venus-alak a tengerparton, vagy miért fut felénk a nőalak virágcsokkal a kezében. Matisse a tájat leegyszerűsítette, a ragyogó, homogén foltokban alkalmazott színeket pedig lendületes, vibráló ecsetvonásokkal vitte fel a vászonra

nyugodt légkört, amelyben Matisse korai művészete kibontakozott. A művész háború alatt alkotott művei folyamatos, feszültséggel teli formai és felületi kísérletezésről, az ábrázolási konvenciók és a hagyományos képi keretek újraértelmezésének szándékáról tanúskodnak.

Matisse fénnel áthatott, élénk színvilágú korábbi képeinek helyét sötétebb tónusú, geometrikus karakterű, esetenként az absztrakció határán egyensúlyozó kompozíciók vették át, amelyek olykor a kubizmus hatását is mutatják. Ennek a korszaknak visszatérő motívuma az ablak, amely egyszerre köti össze és választja el az enteriort és a külvilágot, átjárót képezve a tér különböző rétegei között (8. kép), Matisse legrejtélye-



7. kép. Henri Matisse: Algiri nő, 1909, Musée national d'Art moderne, Paris

1909 első hónapjaiban Matisse női portrékból álló sorozatot készített, amelynek kisebb méretű, gazdagon kidolgozott darabjain a modellek egzotikus viseletben láthatók. Ezután született az Algiri nő című, különösen provokatív festménye, amelyen virtuóz módon egyesíti az érzéki vonzerőt és a dekoratív hatást. Ezt példázza az áttetsző zöld blúz, a feltűnő, feketével kontúrozott rózsaszín arc, illetve a nő válla mögött balra megjelenő motívum is, amely összekapcsolja a figurát a háttérrel

sebb ablakábrázolásai közé tartozik az Üvegajtó Collioure-ban című kép, amelyen az ablak egy meghatározatlan, „fénylő fekete” térre nyílik, mintegy a kilátás hiányával sejtetve a háború tapasztalatát (9. kép).

Ez alatt az idő alatt Matisse radikális művek sorozatát hozta létre, ahol az alkotások sötét tónusa és szigorú kompozíciója a háború megpróbáltatásait tükrözte, s egyúttal fordulatot is jelzett az életműben: a művész a festészet határait feszegette.

A Greta Prozor portréján az 1914–1915 körüli időszak komor színe és szigorú kompozíciói köszönnek vissza, amelyet az okkersárga szín használata ellensúlyoz. Az okker úgy modulálja a kép egészét, mint az ikonokat az aranyozott háttér (10. kép). A művész megőrizte a modell szinte spirituális identitását, amelyet a mű egésze tükröz. A vászon visszakapart részei tanúsítják, hogy mindez fáradtságos küzdelem eredménye. A vászon valódi harcmező, amely Auguste Pellerin 1917-ben festett portréján is látható (11. kép).

1917 decemberében Matisse elhagyta Párizst és Niz-



8. kép. Henri Matisse: Enteriőr, akvárium aranyhalakkal, 1914, Musée national d'Art moderne, Paris

1913 decemberében Matisse visszaköltözött Párizsba. Itt festette meg ezt a képet, amelyen a térről kialakított elképzelései a legösszetettebb formában jelennek meg. A művész újra felfedezte a Szajna látványát, az ablak és a műterem motívumait. Az ablakon keresztül a műterem és a külvilág tere összemosódik – az alig árnyalt kék szín egységesíti a látványt –, a mű egésze védett, nyugodt hely benyomását kelti. A középre helyezett akvárium, amely Matisse 1912-1913-as marokkói utazásainak emlékét idézi, szintén leképezi ezt a kettős dimenziót: a környezet része, ugyanakkor önmagában is külön világ

zába költözött. Az 1918 első hónapjaiban festett Hegedűs az ablaknál (12. kép) című alkotás már a következő korszak jegyeit is magán viseli: bár a kedves motívum, a nyitott ablak itt is megjelenik. A korábbi szigorú szerkesztést könnyed ecsetvonások és visszafogott, világosabb paletta váltották fel.

A „nizzai” korszak az életmű lenyűgözően termékeny időszaka. „A napfény, a tenger, a nizzai táj, a zsalugáteres ablakok, a francia Riviéra mindent magával ragadó hangulata szinte átizzik üde, tiszta színekkel megfestett képeim. Matisse az életöröm festője volt” – írja Mészáros Ákos (5).



9. kép. Henri Matisse: Üvegajtó Collioure-ban, 1914, Musée national d'Art moderne, Paris

A képet Matisse Collioure-ban kezdte el festeni, de a mű – feltehetően – befejezetlen maradt, miután a művész 1914 októberében visszatért Párizsba. A festmény közepén található fekete színmező egy nyitott balkon ábrázolását fedi el, de szimbolikus jelentőségű is. Akár nyitottnak, akár zártnak látjuk az ablakot, a motívum számos kérdést felvet: lehet a látás és a leképezés hagyományos metaforája, ugyanakkor vonatkoztatható az 1914-ben kitört háborúra is. A talányos fekete felülete összekapcsolja a kép különböző elemeit. Louis Aragon szerint ez Matisse „legrajtélyesebb képe”. A szélesebb közönség csak az 1960-as években ismerhette meg: ekkor viszont a festmény egy egész művészgeneráció érdeklődését felkeltette. Az absztrakt festészet összefüggésében tekintettek rá, bár a művész valószínűleg sosem gondolt így erre az alkotására

A Nizza melletti Cagnes-sur-Merben ismerkedett meg Auguste Renoirral, akihez az idős mester haláláig jó kapcsolat fűzte. Antibes-ben Pierre Bonnard-ral találkozott, akivel hosszan tartó barátságot ápolt.

A nizzai korszakban készített festményein „a gyógyító szín-, fény- és formaharmóniákban testet öltő könnyedség” mellett Matisse művészetének alapkérdései is kirajzolódtak, amelyek a tér és a sík, az enteriőr és az alak, valamint a szín és a vonal kapcsolatára vonatkoznak. A variációkként ismétlődő, szekvenciákban rendeződő motívumokon – többek között a külső és a belső tér határvonalát kijelölő ablakon, a műterem tárgyain, a portrékon, női alakokon – keresztül a művész-



10. kép. Henri Matisse: Greta Prozor arcképe, 1916, Musée national d'Art moderne, Paris

A festmény Matisse 1915 és 1916 közötti időszakának egyik legfontosabb alkotása. A modell, a színésznő Greta Prozor, akinek ülő alakját sötét – szürke, fekete-kék – színekkel jelenítette meg. A modell egyenes testtartása, vonalas, merev frizurája a komolyságot és egyszerűséget teszi hangsúlyossá a portrén. A fiatal nő alakja szinte megszűnik a kép áttetsző, fény- és árnyékrétegekből felépített terében, jelenléte ennek ellenére különösen intenzív

nek a témák újragondolására, átdolgozására épülő alkotói módszere is megjelenik. Matisse közel hatvan évet felölelő pályáján folyamatosan megújuló színkordokként és vonalritmusokként ölt formát – Louis Aragon Matisse-nak tulajdonított kifejezésével élve – a gondolatok színe (2).

Az állandóan kísérletező művész nizzai évei visszavonult, elmélyült munkával teltek, amelyek során újragondolta az enteriőrbe helyezett alak ábrázolásának kérdését (13. kép).

„Matisse a műtermét egyfajta miniatűr színházzá alakította, tele kiegészítőkkal, szőnyegekkel, paravánokkal és dekoratív mintájú textíliákkal, amelyeket 1906-ban Algériában, 1912–1913 között Marokkóban,



11. kép. Henri Matisse: Auguste Pellerin II, 1917, Musée national d'Art moderne, Paris

A gazdag gyáros, Auguste Pellerin Paul Cezanne és Edouard Manet műveinek gyűjtője volt. 1916-ban megrendelte Matisse-tól a portróját, majd az elkészült mű mindkét változatát megvásárolta tőle. Az első, 1916-ban befejezett, inkább naturalista próbálkozás után, a gyűjtő arra kérte Matisse-t, hogy fessen egy második képet is. Ez az 1917 májusában készült változat radikálisan újszerű. A modell szinte monumentálissá válik, az alak arányai és a kompozíció Pellerin komolyságát és határozott tekintetét emelik ki. A fekete szín dominál mind az alak, mind a finom árnyalatokkal kialakított háttér megfestésekor. Az arc szinte maszkszerű. A figura szemből látható, minden elem leegyszerűsödik, a formák keményebbé, az elemek szinte absztrakt karakterűvé mérséklődnek

később pedig párizsi régiségboltokban vásárolt. Matisse-t a modell ebben a környezetben elfoglalt helye érdekelte a Vörös nadrágos odaliszk című kép megfestésekor is (14. kép). Ez az első mű az odaliszkok hosszú sorában. A kép népszerűsége garantált volt, hiszen témaválasztásával Matisse nem csupán Renoir orientalista hagyományát folytatta, hanem Jean Auguste Dominique Ingres és Eugène Delacroix tradícióját is követte. Az odaliszk alakja ugyanakkor Matisse műve-



12. kép. Henri Matisse: Hegedűs az ablaknál, 1918, Musée national d'Art moderne, Paris

1917 decemberében Matisse Nizzába költözött. 1918 első hónapjaiban megfestette a *Hegedűs az ablaknál* című képét, amely már a következő alkotói korszakának jegyeit is magán viseli. Matisse ezen a festményén is számára fontos motívumot: a nyitott ablak előtt háttal álló alakot, alighanem saját magát jelenítette meg. Előző munkáinak szigorú kompozícióit itt könnyed ecsetvonások és visszafogott, világosabb paletta váltották fel. A fekete szín és a párhuzamos sávokra épülő kompozíció az 1916-ban készített művekre emlékeztet, a lazúrosan felvitt színek – az ezüstösszürke, a halványkék, a lilás rózsaszín – ugyanakkor már az 1917-ben szerzett tapasztalatokról árulkodnak.

in nem egyszerű motívum, vagy ikonográfiai típus, hanem új felületi egységnek a része, amely Matisse szavaival élve „az erős, a képi feszültségből” ered, „kifejezetten festői természetű és az elemek játékból és egymáshoz való viszonyából születik” – írja Anne Théry (6).

A belső tér és az ábrázolt alak viszonyát nagyszerűen példázza a *Gourgand bárónő arcképe* című portréja (15. kép). „A művészt elsősorban az érdekelte, hogy modelljét gondosan kialakított optikai környezet része-



13. kép. Henri Matisse: Nizzai enteriőr, a szieszta, 1922, Musée national d'Art moderne, Paris

A kép a művész nizzai, a Földközi-tengerre néző első emeleti lakásában készült, ahol Matisse 1921 és 1926 között élt. A művészt itt újra az enteriőr és az ablak témája foglalkoztatta. A fotelben bágyadtan heverő nőalak beolvad a könnyedén felvitt, akvarellszerű, áttetsző színekkel megfestett díszletek közé. A redőnyökön átszűrődő fényben a szoba pihenésre invitál, annak ellenére, hogy az enteriőrt szinte teljesen betöltik a vászon felületén egységes síkká összeálló díszítőelemek. A kinti világosság és a benti félhomály között kontraszt is érzékelhető.

A festő „fénydobozában” minden ugyanazon a síkon jelenik meg: a pálmafák az ablak előtt, a váza a virágokkal, a tapéta a szőnyeg és a modell „virágarca”

ként ábrázolja. A bárónő háta a mögötte elhelyezett tükörben ismétlődik, és bár a tükör megsokszorozza a bárónő alakját, de a körülötte elhelyezett és vele azonos síkban megjelenített dekoratív tárgyak egyúttal gyengítik is azt: az ablak enyhén lekerekített körvonala, vagy a nyitott paraván az alak merev sziluettjét, az abrosz mintája és a magas kis asztalra állított virágcsokor pedig ruhájának motívumait idézi. Ebben az együttesben a nőalak csupán egy az összkép többi eleme között (6).

Matisse az őt körülvevő személyes tárgyai – vázák, virágok, textíliák, bútorok – „lényegének” megragadására törekedett, gondosan elrendezte azokat, ahogyan festményei előkészítésekor is tette (16. kép). 1941 szeptemberében egyetlen ülésben festette meg a *Csendélet zöld márvány asztalon* című képét, amelyet akkori



14. kép. Henri Matisse: Vörös nadrágos odaliszk, 1921, Musée national d'Art moderne, Paris

A kép a dekoratív díszletek között ábrázolt nővel a művész odaliszksorozatának első darabja. Matisse műterme a nizzai Charles-Félix téren olyan volt, mint egy miniatűr színpad: tele kellékekkel, szőnyegekkel, paravánokkal és színes mintájú anyagokkal, amelyeket utazásai során és régiségboltokban vásárolt. Ilyen díszletek közé helyezte a festő Henriette Darricarrére alakját, aki az 1920-as években kedvenc modellje volt



munkássága – szemet érzékenyítő – „hangvillájának” tekintett (17. kép). A következő hónapban több ülésben festette a Csendélet magnóliával című képet (18. kép).

Matisse egész életművét végigkísérik az emberi alakot középpontba állító szobrászati alkotások. Saját megfogalmazása szerint a szobrászat „tanulmányainak kiegészítője”, és a festészettel „párhuzamos” kifejezési mód: „A szobor nem azt mondja, amit a festmény mond. Párhuzamos utak, de nem összetéveszthetők”. Elmondása szerint „műtermében mindig volt egy éppen készülő szobor”. (7). A festészete és szobrászata közötti intenzív párbeszéd már az 1900-as években készített szobrain is markánsan megmutatkozott (19. kép).

15. kép. Henri Matisse: Gourgaud bárónő arcképe, 1924, Musée national d'Art moderne, Paris

A portré megfestése előtt a művész feltételeket szabott a megrendelőnek, például, hogy állandó modellje, Henriette is (a festményen a nézőnek háttal jelenik meg) szerepelhessen a képen. Az elegáns asszony szinte élettelennek tűnik. Arcát szemből látjuk, és mintha a két másik alak közé szorult volna. Az ablak, a tükrök és a tükröződések – a hasonló formai elemek visszhangszerű játékán keresztül – a néző tekintetét a háttérben látható tengeri látkép felé vezetik, amelyből kiderül, hogy a portré Nizzában készült



16. kép. Henri Matisse: Csendélet zöld tálalón, 1928, Musée national d'Art moderne, Paris

A kulcsfontosságú festmény az életmű alapvető átalakulásáról tanúskodik. A témaválasztással és a képszerkesztéssel Matisse érezhetően Paul Cézanne-hoz tér vissza, ahhoz a konstruktivista fegyelmezettséghez igyekszik visszanyúlni, amelyet 1913 és 1917 közötti „radikális” korszakában már megtapasztalt, ám teljes mértékben megvalósítania soha nem sikerült. A kék-zöld harmónia a művész korábbi időszakait idézi, a narancshoz hasonlóan, amely szintén gyakran visszatérő motívum a képein. Az egymástól világosan elkülönülő hétköznapi tárgyak egyensúlya felerősíti a kompozíció szokatlan szabályosságának érzetét. A festmény mértékletessége különbözik az odaliszkokat ábrázoló festmények dekoratív gazdagságától

Matisse a második világháború éveit Franciaországban töltötte. Az 1941-ben végrehajtott életmentő műtéte utáni hosszú lábadozásának idején sok rajzot és illusztrációt készített. „1943-ban adta ki Rajzok, témák és variációk című albumát, amely különösen jól szemlélteti alkotói módszerét: a motívum pontos megfigyelését, majd sorozatos újraalkotását, egyre koncentráltabb megjelenését. Rajzai egyúttal korabeli festményeit is előkészítették: a művész hasonlóan zárt motívumrendszerrel dolgozott, elsősorban női alakok és csendéletrezletek változatai foglalkoztatták” (2).

1943-ban a Nizzát fenyegető bombázások elől Venecia-be költözött. 1946 és 1948 között itt készítette utolsó festménysorozatát, a „vence-i enteriőröket”. Érdeklődésének középpontjában ismét a szín került. Egyik korabeli levelében írta: „...még soha nem jutottam ennyire egyértelműen előre a színek kifejezésében”. A síkban tartott, tiszta színfelületek és az azokat határoló hangsúlyos, dekoratív kontúrok harmóniájára épülő képek Matisse festészeti munkásságának összegzései (2). (20. és 21. kép).

„Minden új képnek egyedi dolognak kell lennie, születésnek, amely egy új alakot hoz a világra az emberi lelken keresztül. A művésznek minden energiájá-



17. kép. Henri Matisse: Csendélet zöld márványasztalon, 1941, Musée national d'Art moderne, Paris

Ez az egyetlen ülés alkalmával megfestett csendélet azoknak a képeknek a sorába tartozik, amelyek az ösztönösen, szinte egy pillanat alatt létrehozott „tökéletességet” képviselik, és alapvetően különböznek a hónapok alatt készülő, félretett, majd újra elővett művektől. Matisse olykor párhuzamosan több művön is dolgozott, különböző módszerekkel, mintha kétféleképpen érzékelné az időt festés közben. Ezt a festményét kiakasztotta a műterme falára, miközben azonos témájú képein – például a Csendélet magnóliával címűn – dolgozott, amelyeken eltérő beállításban ugyanaz az asztal látható, sőt, az ábrázolt tárgyak nagy része is megegyezik. Itt az eltorzított tér, a sematikus elrendezés és a lebegő hatást keltő tárgyak új megközelítést előlegeztek, amely az 1941-től készített papírkivágásokban teljességedt ki.

ra, őszinteségére és a lehető legnagyobb szerénységre van szüksége ahhoz, hogy munkája során meg tudjon szabadulni azoktól a régi kliséktől, amelyek oly könnyen a kezére állnak” – olvashatók Henri Matisse Jazz című, 1947-es könyvében (7).

„Az egyensúly, a tisztaság, a nyugalom művészetéről álmodom” – fogalmazott Henri Matisse az Egy festő feljegyzései című programadó írásában (8).

Matisse az 1940-es évek végétől szinte kizárólag gouache papírkivágásokat alkotott. Az előre befestett papírlapokból ollóval vágta ki a ragyogó színű organikus vagy geometrikus formákat, amelyeket szabadon helyezhetett el a készülő mű felületén. A papírkivágások hamar meghaladták a táblakép dimenzióit: a mű-



18. kép. Henri Matisse: Csendélet magnóliával, 1941, Musée national d'Art moderne, Paris

A kép a Matisse által „tapasztalati festménynek” nevezett művek sorába tartozik. A művész több vázlatot készített hozzá. A legtisztább kifejezőeszközöket keresve jelekké egyszerűsítette a formákat. A magnólia körül elhelyezett tárgyak így szinte lebegnek a mélység nélküli vörös térben. A vonalak nyilvánvaló egyszerűségén túl a művész létrehozásuk összetettségét is láthatóvá akarta tenni



19. kép. Henri Matisse: Jeannette I., Model, 1910, öntés, Musée national d'Art moderne, Paris

Matisse öt változatban készített el a Jeannette című szobrot 1910 és 1913 között. A szobrok mindegyike autonóm alkotás, az egymást követő változatok ugyanakkor felfoghatók egy alkotói folyamat különböző állomásaiként is. A művész a szomszédjában lakó fiatal lány, Jeannette Vanderin portróját először klasszikus módon, realista eszközökkel jelenítette meg. Az első változatban a modell minden vonását: a hajkoronát, a markáns orrot és a szemöldök vonalát pontosságra törekedve örökítette meg



20. kép. Henri Matisse: Fiatallány fehérben, vörös háttér előtt, 1946, Musée national d'Art moderne, Paris

A vence-i Villa Le Reve-ban alkotott új enteriorképeinek sorába tartozik a festmény is. A művész homogén színmezőkkel tagolta a kép terét. Az 1920-as évek odaliszkjainak tematikáját folytató kompozíción a kongói származású fiatal belga nő, Elvire van Hiët látható, aki Matisse több festményéhez és rajzához is modellt állt. A nő világos szőrmén fekszik, a teste átlósan keresztetzi a kék sávok által keretezett vörös felületet

vész monumentális léptékben, közvetlenül műterme falán dolgozta ki kompozícióit. Az önálló alkotásokon túl textilek, kerámiaképek, színes üveglablakok, művészkönyvek, illetve folyóirat- és könyvborítók megtervezéséhez is használta a papírkivágásokat” (1). A művész „ollóval való rajzolásként” írta le a technikát, amely „egyetlen mozdulatban kapcsolja össze a vonalat a színnel, a kontúrt a színfelülettel”. A papírkivágásokkal a művész megteremtette a szín és a vonal harmóniáját, választ találva az életművének egészen végigvonuló kétségre. „A színes papírkivágásokkal boldogan megyek elébe annak, ami előttünk áll (...) tudom, hogy majd csak jóval később ébred rá a világ, hogy amit ma csinálok, az a jövőről szól” (2), (22., 23. kép).

1948-ban Jacques-Marie nővér (korábban Monique Bourgeois néven Matisse modellje és ápolója) felkéri Matisse-t, hogy vegyen részt a vence-i dominikánus nővérek Rózsafüzér-kápolnájának megtervezésében.



21. kép. Henri Matisse: Sárga és kék enteriőr, 1946, Musée national d'Art moderne, Paris

Ez a kápolna vált Matisse késői korszakának, sőt életművének meghatározó alkotásává.

Matisse 1951-ben ezt írja a munkájáról (9): „Ez a kápolna számomra egy egész életen át tartó munka betetőzése, hatalmas és komoly erőfeszítés végső gyümölcse. Ezt a munkát nem én választottam, hanem ő választott engem, mert utam sorsszerűen ebbe az irányba vezetett. Úgy érzem, ez a munka nem lesz hiábavaló, és az eredménye egy egész művészeti korszak kifejezéseként maradhat majd fenn, amelyik talán már elmúlt, bár én nem így gondolom. Az emberi érzések ilyen kifejezőmódjának biztosan megvan a maga hibája, amely idővel érvénytelenné válik majd, de megmarad az egészből egy élő rész, amelyik képes lesz összekötni egymással a művészeti hagyomány múltját és jövőjét. Azt remélem, hogy ez a rész, amit a saját megnyilatkozásomnak nevezek, megfelelő erővel fejlődik majd ki benne, hogy termékenyítő hatású legyen és visszatérjen saját tápláló forrásához”.

Marjolaine Beuzard írja (11): „A kápolnát 1951-ben avatták fel. Pályája során először alkotott nyilvános, szakrális téren. A dominikánus nővérek számára épült kápolnában monumentális léptékben dolgozhatt, létrehozhatta a régóta áhított „nagy művet”. A ká-



22. kép. Henri Matisse: Arc sárga háttér előtt, 1952, Gouache, tus, papír Ingres papírra kasírozva, Musée national d'Art moderne, Paris

A sárga alpra készült rajz leegyszerűsített arcot ábrázol szemből, és egy időben készült Matisse több más, ecsettel és tussal festett sorozatával. Matisse-t folyamatosan foglalkoztatta az emberi arc. A fekete körülrajzolt maszkok, vagy az 1951 és 1952 között ecsettel megfestett arcon esetében már nem a modellhez való hasonlóság foglalkoztatta, hanem a végtelenségig redukált arc univerzális jele. Ezeken a kompozíciókon az arcjelk beleolvadnak azokba a dekoratív növényi motívumokba, amelyek 1953-ban, az életmű végén a gouache papírkivágatokban jelennek meg

polna igazi összművészeti alkotás: Matisse részt vett az épület megtervezésében, az ő elképzelései alapján valósult meg a kápolna belső díszítése, a bútorkészítés, a liturgikus tárgyak és a miseruhák. A sok előkészítő munkát igénylő vállalkozás terveihez többféle technikát – rajzokat, szobrokat és gouache kivágásokat – alkalmazott. A művész arra törekedett, hogy a fény, a szín és a rajz egy térben egyesülhessen. Azt szerette volna, hogy „...a kápolna látogatóinak lelke megbékéljen. Hogy még a nem hívők is olyan környezetben találják magukat, ahol felemelkedik a lélek, megtisztul a gondolat és az érzélem is enyhül”. Az alkotófolyamatot végigkísérő Louis Aragon a kápolnát Matisse könyvillusztrációinak folytatásaként értelmezte: „...a kápolna a művész számára egy újabb könyv, de ezúttal hatalmas méretekben” (10).

A domboldalon álló egyszerű fehér épület két falára színes üveglapokat terveztek, amelyeknek vázla-



23. kép. Henri Matisse: Fa, 1951, Musée national d'Art moderne, Paris

1951-ben Matisse visszatér a fa motívumához, amely korábban is rendszeresen megjelent az életművében. Hét műből álló sorozatot alkotott, amely barátja, a kiadótulajdonos Tériade Saint Jean Cap Ferrat-beli villájának kerámiadekorációját készítette elő. Matisse ezúttal is több változatot festett. Az volt a célja, hogy a motívum folyamatosan alakuljon, és hogy ő alkotás közben azonosulhasson vele, átérezhesse az általa keltett hatást, amely – a művész szavaival – „nem csupán a famotívum, hanem az általa keltett összes többi érzést is jelenti”. A fa lombja felfelé törekszik, az ágak védelmező karként borítják be a teljes képmézőt. A motívumok energiáját a ragyogó fehér papíron áramló fekete ecsetvonások is érzékeltetik

taid Matisse gouache papírkivágások segítségével készítette el. Nizzai műterme falait hamarosan a kápolna belső dekorációjának különböző elemeihez készített életnagyságú vázlatai borították be.

Az életfát ábrázoló üvegablakok a rognés-i bánya köveiből készült főoltár mögötti oromfalra kerültek. Matisse csupán három színt – sárgát, kéket és zöldet – használt. A tér a napsugarak hatására színes fényben fürdött (24., 25. kép). Matisse az üvegablakokkal szemközti falakra fehér kerámialapokra festett monumentális fekete ecsetrajzokat készített, amelyek Szent Domonkost, a rend alapítóját, Szűz Máriát a gyermekkel (26. kép) és a Keresztút tizennégy állomását ábrázolják (27. kép). Utóbbiak szélsőséges egyszerűsége, nyers vázlatossága – ahogy azt Matisse előre tudta – zavarba ejtő hatást keltett a kápolna terében. A Keresztút a „jelek teljességét” („total de signes”) fejezi ki.

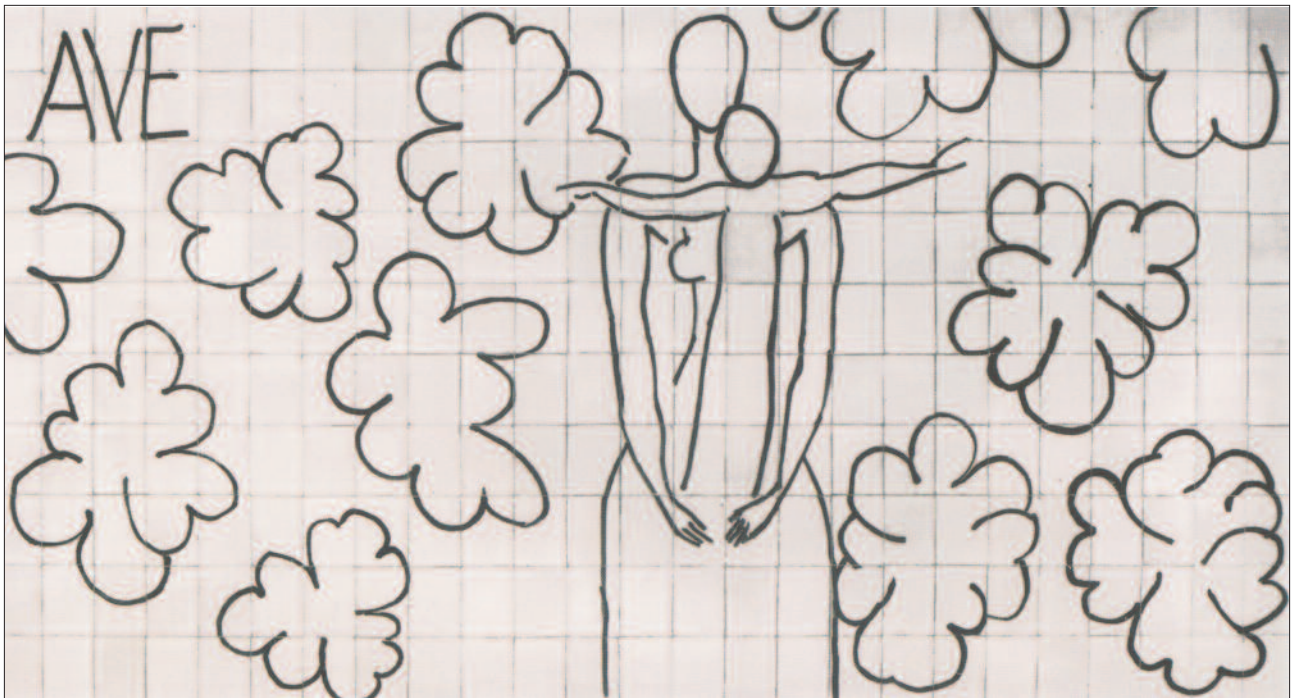


24. kép. Henri Matisse: A kápolna szentélyének üvegablakai, 1949, Chapelle du Rosaire – Vence

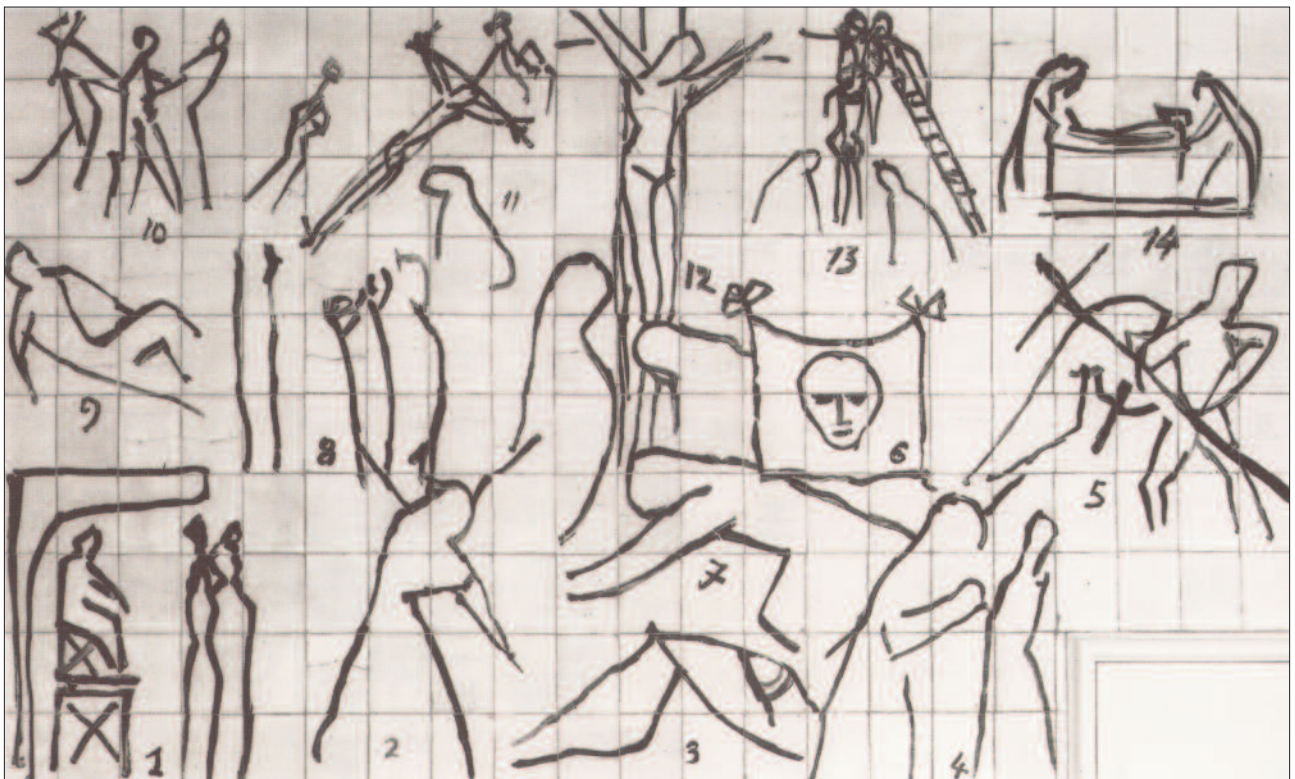


25. kép. Henri Matisse: A kápolna déli üvegablakai, 1949, Chapelle du Rosaire – Vence

Miután az épület elkészült, liturgikus tárgyakat és miseruhát tervezett (28. kép). 1952-ben így írt a kápolna befejezését követő teljesség érzéséről: „Úgy érzem, ezzel a kápolnával a legmélyebben fejezhettem ki magam. Lehetővé vált számomra, hogy létrehozzam a



26. kép. Henri Matisse: La vierge et l'enfant. Szűz Mária a gyermekkel, 1949, Chapelle du Rosaire - Vence



27. kép. Henri Matisse: Le chemin de croix. Keresztút, 1949, Chapelle du Rosaire - Vence

forma és a szín teljességét. Az volt az alapvető célom, hogy egyensúlyt találjak a szín- és a fényfelület, illetve a fal között, amelyre fehér alapon fekete rajzot ké-

szítettem. Sokat tanultam a munka során” (9.). A hosszán dédelgetett monumentális mű, a vencei-i Rózsafüzér-kápolna, Matisse pályájának csúcsa.



28. kép. Henri Matisse: Miseruha, 1949, Chapelle du Rosaire – Vence

Matisse 1951-ben a dominikánus nővérek előljárójának ezt írta: „A Keresztút az emberiség legmélyebb tragédiája, amellyel azonban a művész nem lehet csupán szemlélődő. Át kell éreznie, részesévé kell válnia

a drámának. Amíg szívünk mélyén nem éljük át az erőszak szörnyiségét, nem is érthető meg számunkra. A Keresztút megértése és megjelenítése a lélek érzékenységén keresztül valósulhat meg. Nem a szépségét, hanem az igazságát kell keresnünk” (12, 13).

1954. november 3-án nizzai otthonában érte a halál. A Cimiez-dombon fekvő temetőben helyezték örök nyugalomra.

Irodalom

1. **Verdier A, Fehér D:** Henri Matisse – a gondolatok színe. Remekművek a párizsi Centre Pompidouból. Katalógus. Centre Pompidou, Szépművészeti Múzeum, 2022.
2. A Szépművészeti Múzeum kiállításának anyaga.
3. **Russel T Clement, Les Fauves:** A sourcebook, Westport, Greenwood Press, 1944.
4. **Ákos:** A gondolatok színe. Mértékadó, 2022. augusztus.
5. **Théry:** Alakok és enteriőrök. In: Verdier A, Fehér D: Henri Matisse – A gondolatok színe. Remekművek a párizsi Centre Pompidouból. Katalógus, 176.
6. **Matisse H:** Jazz, 1947. Teriade, Paris, 1947, 97.
7. **Baán L:** Előszó. In: Verdier A, Fehér D: Henri Matisse – A gondolatok színe. Remekművek a párizsi Centre Pompidouból. Katalógus, 11.
8. **Matisse H:** Chapelle du Rosaire de dominicaines de Vence par Henri Matisse. Vence Fourcade edit, 1972, 257.
9. **Aragon L:** Henri Matisse. Gallimard, Paris, 1971, 209.
10. **Mariolaine Benzard:** Nizzától Vence-ig (1938–1998). In: Verdier A, Fehér D: Henri Matisse – a gondolatok színe. Remekművek a párizsi Centre Pompidouból. Katalógus, 208.
11. **Matisse-Rouveyre:** Correspondence. Ed: Hanne Finsen, Flammarion, Paris, 2001.
12. Chapelle du Rosaire – Vence Alpes d’Provance feliratai.