

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

MIBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA



ISSN 0133-5464

LXXIX. ÉVFOLYAM



4/2026

Prucalopride SUPREMEX

KRÓNIKUS SZÉKREKEDÉS

Hogy spontán
történjenek
a dolgok



Anyag kódja: SX_Pruc_2026_3 - Lezárás dátuma: 2026.04.08.

AGA – ACG:

Krónikus idiopátiás székrekedés

prucalopride

erős ajánlás¹

ESNM:

Funkcionális székrekedés

prucalopride

erős ajánlás²

2022 Seoul Consensus:

Funkcionális székrekedés

prucalopride

erős ajánlás³



Felhasználói irodalom:

¹ American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation -2023. • ² European Society of Neurogastroenterology and Motility Guidelines on functional constipation in adults -2019. • ³ 2022 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Functional Constipation

Prucalopride Supremex 2 mg filmtabletta • (OGYI-T-23964/02), 2 mg prucalopridot tartalmaz filmtablettaként szukcinát formájában • **Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V)** • Érvényben lévő alkalmazási előírás dátuma: 2021. november 10. • Alkalmazás előtt kérjük, bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előíratát, amely az alábbi weboldalról tölthető le: https://ogyei.gov.hu/kiseroirat/ah/ah_0000198298_20211117172318.doc • Forgalomba hozatali engedély jogosultja: Supremex Kft. 2096 Üröm, Kormorán u. 15.



MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

MIBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA



A FOLYÓIRAT MEGJELENÉSÉT A MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA TÁMOGATTA

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNY

DR. DEMETER JUDIT 177 EMLÉKEZÉS KELEMEN ENDRE
PROFESSZORRA A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ
TÁRSASÁG 2024. ÉVI NAGYGYŰLÉSÉN

EREDETI KÖZLEMÉNY

DR. NÉMETH BENCE 181 ENDOSZKÓPOS TERÁPIÁRA REZISZTENS
ÉS MTSÁ FELSŐ GASZTROINTESZTINÁLIS
VASKULÁRIS MALFORMACIÓKBÓL VÉRZŐ
BETEGEK GYÓGYSZERES (THALIDOMID,
LAR OKTREOID) KEZELÉSÉBEN SZERZETT
TAPASZTALATAINK

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

DR. VASAS LÍVIA 186 A TUDOMÁNY MÉRÉSE AZ IDŐ SODRÁBAN

ESETTANULMÁNYOK

DR. BÁNKI RÉKA ÉS MTSÁI 195 IGG4-ASSZOCIÁLT HYPOPHYSITIS ESETE:
KOMPLEX DIAGNOSZTIKAI ÉS TERÁPIÁS
KIHÍVÁS

DR. KURUCZ PETRA ANNA 200 HYPOCOMPLEMENTAEMIÁS URTICARIÁS
ÉS MTSÁI VASCULITIS SZINDRÓMA: A KEZELÉS
KIHÍVÁSAI

MŰVÉSZETI KÖZLEMÉNYEK

DR. SZAUDER JÓZSEF, 207 KÖVEK ÉS KÖNYVEK
DR. SZAUDER IPOLY

DR. TULASSAY ZSOLT 217 DOLCE VITA –
MAGYAR FESTŐK ITÁLIA-ÉLMÉNYE

TÓTH ÁRPÁD 240 ISTEN TÖRÖTT CSELLÓJA, HALLGATOK

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 szakmátörténeti 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 történnek,
- 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 figyelembevétele 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 alkalmazunk, lényeges, hogy **az adott ki-fejezés 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, fonetikusán javasoljuk általában írni:** a tártudományok 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 odatartozó 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 másról 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 kitakarás szükséges.

Összefoglalás

A kézirathoz 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 címrövidítések (*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

Bánki Réka

2024-ben szerzett diplomát a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán summa cum laude minősítéssel. Egyetemi éve alatt a PTE ÁOK Transzlációs Medicina Intézetében dolgozott ösztöndíjas kórélettan demonstrátorként. Jelenleg a PTE Klinikai Központ I. Belgyógyászati Klinikáján dolgozik belgyógyász rezidensként. Fő érdeklődési területe az endokrinológia és az autoimmun betegségek.

Demeter Judit

Hematológus, belgyógyász, professor emerita, az MTA doktora. 1978 óta dolgozik a Semmelweis Egyetem Korányi Sándor utca belgyógyászati klinikáján, ahol 2003-tól húsz éven át volt a hematológiai osztály, ambulancia és a kúraszerű osztály vezetője. Fő érdeklődési területe a malignus hematológiai betegségek, fő kutatási területe a hajas sejtes leukémia (HSL) klinikai és immunológiai vonatkozásai. Humboldt ösztöndíjasként is a HSL kutatásával foglalkozott (Ulm, 1994-1995). 2005 és 2016 között a Semmelweis Egyetem Hematológiai Szakma Grémium elnöki tisztségét töltötte be. 2026-tól az Európai Hematológiai Társaság (EHA) „EHA Guideline on Hairy Cell Leukemia” irányelvbizottságának tagja. Munkahelye, a Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, ma az ohioi székhelyű HSL-alapítvány (HCL Foundation) kiválósági centruma.

Kurucz Petra Anna

Általános orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán szerezte 2021-ben, majd a Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinikáján kezdett dolgozni belgyógyász rezidensként. Fő érdeklődési területe a nefrológia, melynek több területén is aktív kutatómunkát folytat.

Németh Bence

2019-ben szerzett általános orvosi diplomát a Semmelweis Egyetemen. Gasztroenterológiai szakvizsgáját 2024 októberében kiválóan megfelelt eredménnyel teljesítette. Jelenleg a betegellátás mellett PhD-képzésben vesz részt, kutatási területe a vastagbél-kapszulaendoszkópia, valamint a mesterséges intelligencia gasztroenterológiai és endoszkópos alkalmazási lehetőségei.

Vasas Lívía

Az ELTE Természettudományi Karán, majd a Bölcsészettudományi Karán szerzett diplomát. PhD értekezését is az ELTE Doktori Iskolájában védte meg. A Semmelweis Egyetem Központi Könyvtárának volt a főigazgatója, jelenleg oktatással és szaktanácsadással foglalkozik. Kutatási területe az online irodalomkutatás, tudásmetria, tudományos kommunikáció, valamint a felnőttoktatás kérdései.

MBA

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

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

Főszerkesztő / Editor in Chief:

Dr. Szathmári Miklós

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. Lehoczky Dezső (1983–1998)

A szerkesztőbizottság elnöke /

Chief of the Editorial Board:

Dr. Tulassay Zsolt

Szerkesztőbizottság / Editorial Board:

Dr. Altorjay István (Debrecen)

Dr. Czákó László (Szeged)

Dr. Eggenhofer Judit (Budapest)

Dr. Gasztorny Beáta (Zalaegerszeg)

Dr. Herszényi László (Budapest)

Dr. Hunyady Béla (Pécs)

Dr. Járai Zoltán (Budapest)

Dr. Karádi István (Budapest)

Dr. Kempler Péter (Budapest)

Dr. Kiss Emese (Budapest)

Dr. Masszi Tamás (Budapest)

Dr. Nagy Viktor (Budapest)

Dr. Szalay Ferenc (Budapest)

Dr. Szauder Ipoly (Budapest)

Dr. Szekanez Zoltán (Debrecen)

Dr. Takács István (Budapest)

Dr. Taller András (Budapest)

Dr. Vasas Lívía (Budapest)

Dr. Wittmann István (Pécs)

International Editorial Board

Fabio Farinati (Padua)

Gergely István (Marosvásárhely)

Günther Krejs (Graz)

Peter Mallertheiner (Magdeburg)

Harthmuth Neumann (Freiburg)

Jaroslav Regula (Varsó)

Szabó Gyöngyi (Boston)

Kézirat, levél a következő címre érkezzen:

Szerkesztőség / Editorial Office:

Magyar Belorvosi Archivum

1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a

Telefon: 210-0278

szathmari.miklos@semmelweis.hu

titkarsag@belgyogyaszartarsasag.hu

Kiadja a

MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT.

1072 Budapest, Rákóczi út 16.

Telefon: 312-2650

A kiadásért felel:

a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Borítótér: 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 Archivum © 2026

Minden jog fenntartva.

A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti

írásos és képi anyag közlési joga

a Magyar Belgyógyász Társaságot illeti.

A megjelent anyagnak – vagy egy részének – bármely

formában való másolásához,

felhasználáshoz, ismételt megjelentetéséhez

az MBT írásbeli hozzájárulása szükséges.

Index: 25 532

ISSN 0133-5464 (Nyomtatott)

ISSN 3094-435X (Online)

INTERNET: medkiad@medicinazrt.hu

OJS felület URL címe:

<https://ojs.mtak.hu/index.php/mba/index>

ELŐZETES

A Magyar Belorvosi Archívum következő számának tervezett tartalomjegyzéke:

Falcsik Rebeka és mtsai: Gyulladásos bélbetegségekhez társuló spondylarthritis

Dr. Szauder Ipoly: Betegségek, amelyek szerepe kevésbé ismert a kardiovaszkuláris kórképekben, azok rosszabb klinikai prognózisában. 2. rész

A Magyar Belgyógyász Társaság 52. Nagygyűlésének programja és az előadások, posztterek összefoglalói

EMLÉKEZÉS KELEMEN ENDRE PROFESSZORRA (1921–2000) A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 2024 ÉVI NAGYGYŰLÉSÉN

Dr. Demeter Judit

Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

DOI: 10.59063/mba.2026.79.4.1

Kelemen Endre professzor különleges személyiségének, tehetségének és életútjának számos előadás, közlemény és a Magyar Belorvosi Archivum 2018. évi 6. száma (a korabeli hazai és nemzetközi közlemények közreadásával és kiemelkedő kortársak és tanítványok visszaemlékezéseivel), valamint 2023-ban Gömör Béla professzor kitűnő monográfiája állítanak maradandó és méltó emléket.¹ Legutóbb a Kelemen emlékdíj 2023., ill. 2025. évi kitüntetettjeinek (Fekete Sándor, ill. Bucsky Péter Pál) visszaemlékező írásai, méltatásai jelentek meg a Magyar Belorvosi Archivum hasábjain.^{2, 3}

A Magyar Belgyógyász Társaság 2024 évi Kelemen Endre emlékdíjának kitüntetettjeként megkísérlem, hogy a visszaemlékezésben azokat a pontokat emeljem ki, amelyekkel kapcsolatban személyes élményem lehet, ez pedig az 1978 és az 1992-es évek közti időszak. Magam 1978-ban kerültem pályakezdő orvosként a Korányi Sándor utcai belklinikára, ahol Kelemen professzor már 1966 óta dolgozott. 1992-ben professzor úr tevékenységének színtere (és így az első hazai őssejttranszplantációs munkacsoport is) átkerült a Daróczi útra, az Országos Hematológiai és Immunológiai Intézetbe.

A leghíresebb magyar hematológus vérbeli klinikus és kutató is volt egyben. Ez a szemléletmód nagyban hozzájárult, hogy életművének hatása maradandó legyen. Professzor úr pályafutását és sorsát a magyar történelem is formálta. Visszatekintve azt látom, hogy Kelemen professzor négy hazai munkahelye (sorrendben 1.: Szegedi Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, 2.: a budapesti Orvostovábbképző Intézet (OTKI), 3.: a Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, majd végül az Országos Hematológiai és Immunológiai Intézet (OHII) közül kettő, az OTKI és az OHII már nem is léteznek, az ottani őssejttranszplantációs osztályokat bezárták.

A Semmelweis Egyetem Korányi Sándor utcai klinikájának csodálatos tantermében, a díszteremben látható a Kelemen Endre professzort ábrázoló festmény (1. ábra), emléket állítva annak, hogy ezen a klinikán történt 1974-ben az első hazai allogén csontvelőátültetés, majd alakult meg a nemzetközileg jegyzett 30. csontvelőtranszplantációs munkacsoport.

Felvetődik bennem a kérdés, hogy hogy mi az az életben, ami maradandó? Mi az, ami segített Kelemen Endre professzornak, a XX. század legnagyobb ma-



**1. ábra. Kelemen Endre professzorról készült festmény
(Walter Gábor festőművész alkotása)**

gyar hematológusának életművét megőrizni és maradandóvá tenni?

A publikációkon túlmenően ezen a ponton különösen értékesnek látom a kortársak visszaemlékezéseit, mint amilyenek például Gömör professzor monográfiájában olvashatóak, az ún. oral history-t, a mikrotörténelmet.¹

A következőkben röviden áttekintem az életműnek három kiemelkedő pontját. Az első mindenképpen a trombopoetin felfedezése, ez az átütő jelentőségű kutatás, amelyet 1958-ban Kelemen professzor elsőszerzőségével az Acta Hematologicában, majd azonos évben szegedi kutatótársaival együtt az Orvosi Hetilapban is közölt.^{4, 5} Ezek a kutatások 1958 után a budapesti Orvostovábbképző intézetben is folytatódtak az 1963-as Orvosi Hetilap közlemény tanúsága szerint.⁶ Több mint három évtizeddel később érett be ennek az alapvető

jelentőségű felfedezésnek a gyümölcse. 1994-ben valósult meg a rekombináns trombopoetin szintézise. Végül ez oda vezetett, hogy ma már háromféle trombopoetin-receptor agonista (TPO-RA) készítmény érhető el és a klinikumban nélkülözhetetlen gyógyszer. Kelemen professzor személyes sikere, hogy őt az Amerikai Hematológus Társaság, az ASH 50. jubileumi kongresszusára meghívták és felállva, tapssal köszöntötték, a The Lancet pedig 1999-ben Lifeline rovatában méltatta Kelemen professzor életművét.⁷

Az első TPO-RA standard indikációja (refrakter ITP) mellett a 90-es években klinikánkon módunk volt a romiplostim nevű peptid készítmény sikeres, indikáción túli alkalmazására pl. kemoterápia indukálta thrombocytopeniában,⁸ majd kongenitális thrombocytopeniában szenvedő betegben is. Egy másik TPO-RA, az eltrombopag nevű kis molekula nemcsak az ITP, hanem egy ritka és rettegett kórkép, az aplasztikus anaemia kezelésében is fontos szerepet játszik.

Magam 1978-ban kerültem a Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikájára, Lehoczky Dezső professzor munkacsoportjába. A gyakornoki képzés fontos része volt a „forgás”, így módom volt a későbbiekben Kelemen Endre professzor osztályán is dolgozni, a krónikus myeloid leukaemia (CML) miatt allogén őssejtátültetésben részesült betegek ellátásában részt venni. Meghatározó volt számomra az a tapasztalat is, aminek eredményeként egyetlen, Kelemen professzor úrral közös cikkünk megszületett.⁹ A kutatás azzal a kérdéssel indult, hogy mi okozhatja a lépiertott betegekben a ritkán bekövetkező, de fulminánsan zajló *Pneumococcus*-fertőzést. Azokban az években sokkal gyakrabban történt splenectomia hematológiai indikációval, és nem létezett még *Pneumococcus* elleni védőoltás. A munka során „kontrollcsoportként” baleset miatt splenectomizált, egyébként egészséges egyéneket vizsgáltunk és hasonlítottuk össze hematológiai betegségek pl. hajas sejt leukaemia miatt elektíven splenectomizált betegekkel számos tekintetben, ideértve az immunrendszer számos aspektusát (vérkép, immunoglobulinszintek, immunogram). Látva, hogy a splenectomizált betegek vérképében (perifériás kenetében) az ún. nagy granuláris lymphocyták (large granular lymphocyte, LGL) aránya és abszolút száma növekedett volt, Kelemen professzor azonnal annak a lehetőségét kereste, hogy ezekben a betegekben megtörténjen a perifériás vér mononukleáris sejteinek natural killer (NK) sejt citotoxicitás vizsgálata. Mivel azonban úgy tűnt, hogy a splenectomizált betegeken az LGL lymphocytosis ellenére az *in vitro* NK sejt citotoxicitás nem növekedett, professzor úr azonnal megragadta a lényegét. A megszülető közlemény jól tükrözi ezt az „ellentmondást”, amit felismervén a jelenséget, így fogalmazott meg: „így még érdekesebb”. Ezt követően, még 1986-ban sürgősen publikálta az eredményeket a Clin Exp Immunol hasábjain, helyesen megítélve, hogy ez a lap, bár nem az immunológia csúcs-újsága,

alkalmas arra, hogy minél gyorsabban dokumentálni lehessen az új, érdekes megfigyelést.⁹

De vissza az életmű egy másik, egészen kivételesen érdekes, eredeti és gyógyító lépéséhez! 1972-ben a Semmelweis Egyetem I. számú Belklinikáján egy 29 éves, aplasztikus anaemiában szenvedő és a SOTE II-es Nőgyógyászati Klinikájával közösen kezelt nőbeteg gyógyulása annak az úttörő beavatkozásnak volt köszönhető, hogy a fiatal anyának saját 22 milliméteres embriója szikzacsko- és májsejtjeit intravénásan fecskendezte be a Kelemen professzor által vezetett munkacsoport. Az azt dokumentáló előzetes közlemény már azonos évben megjelent mind az Orvosi Hetilapban, mind a skandináv hematológiai újságban,^{10, 11} jelezve, hogy Kelemen professzor tudta, hogy ezen óriási jelentőségű és szenzációs kezelési eredményt minél hamarabb kell publikálni. Hasonlóan érdekesnek tartom ilyen szempontból is azt az allogén őssejt átültetést, amely a Semmelweis Egyetem I. sz. Belklinikája egyik úgynevezett nagy kórterme, széli ún. „terasz” részében történt, és amely 1975-ban megmentette a polycythemia vera miatt évek óta Myelobromollal (dibrómmannitolal) kezelt beteg életét. Ennek a férfibetegnek a DBM (a klinikán kívüli) túlادagolása csontvelő-elégtelenséget, pancytopeniát és szepszist okozott. A beteg HLA és MHC azonos nőtestvérétől kapott 1973 nyarán csontvelői őssejteket. A donor őssejtek megtapadását az XX kromoszómák bizonyították. A beteg másfél év múlva is még teljes remisszióban volt, tünet és panaszmentesen. Ezt a különleges indikációjú allogén őssejtátültetést a Magyar Belorvosi Archívum hasábjain publikálta.¹² Ezt követően számos sikeres allogén őssejtátültetés történt az I. számú Belklinikán, egésztest-irradiáció nélkül. E csontvelőátültetések során a pre-kondicionálás minden esetben per os Myelobromol (DBM) előkészítéssel történt. Az összefoglaló jellegű közleményt Kelemen professzor és munkatársai, köztük a vele az allogén csontvelő transzplantációs munkacsoportban szorosan együtt dolgozó Szalay professzor tették közzé 1985-ben a Leukemia Research hasábjain, majd 1993-ban a Leukemiában.^{13, 14} Sajnos a teljes összefoglaló munka megjelenését (2001, Acta Hematologica) Kelemen professzor már nem érthette meg.

Utolsó munkahelyén az Országos Hematológiai és Immunológiai intézetben Barta Anikó doktornő foglalta össze a CML miatt allogén őssejt átültetésben részesült 36 beteg kezelésének eredményeit.¹⁵ E munka, ill. közlemény egyik fő üzenete, hogy a Myelobromol-kezeléssel történő ún. nem myeloablatív allogén csontvelőátültetést szembetűnően kevés transzplantációs szövődmény követi. Bár a hazai gyártású Myelobromol már nem alkalmazzák, és gyártása is évtizedek óta megszűnt, ez a fajta allogén őssejtátültetés volt az előfutára a későbbi, más kemoterápiás szerekekkel előkészített nonmyeloablatív, ill. kevésbé myeloablatív őssejtátültetéseknek, amelyet számos nemzetközi centrum-

ban végeznek. Jelentősége tehát korszakalkotónak bizonyult.

Végül szeretném kiemelni Kelemen professzor életművének két fontos morfológiai vonatkozását. 1979-ben jelent meg a Kelemen-Calvo-Fliedner monográfia, melynek címe „Atlas of Hemopoietic Development”.¹⁶ Ez egyedülálló mű, aminek alapja Szalay professzor ötlete nyomán Kelemen professzor víziója volt, hogy a legkülönbözőbb fejlődési korú abortumok különböző szerveinek (máj, szikzacskó, csontvelő stb.) morfológiáját egy atlasz segítségével örökítsék meg. A Semmelweis Egyetem II. Női Klinikáján történt abortusokból kapott mintákat dolgozták fel nemzetközi együttműködésben, Kelemen professzor irányításával.

A morfológia szeretetét és jelentőségét tükrözi Kelemen professzornak az a végrendelete is, amellyel a Kelemen Endre-díjat létrehozta „A díj elsősorban egyszerű, morfológiai módszerek alkalmazásán alapuló haematológiai munkát jutalmaz”. 2003-ban saját közleményünk, amelyben éppen a veleszületett thrombocytopeniával kapcsolatban írtunk le morfológiai újdonságot, felelt még ennek a feltételnek. A későbbiekben a csodálatos és biztosan utolsó magyar „kézbevehető” hematológiai atlasz (Matolcsy-Udvardi-Kopper, Medicina, 2006) részesült ebben az elismerésben.¹⁷ A hematológiai betegségek diagnosztikájában ma már a genetika hangsúlya ugyan rendkívül megnőtt, de a morfológia továbbra is nélkülözhetetlen. A Kelemen Endre-díj nemcsak Kelemen professzor emlékének megőrzésében segít, hanem méltó módon hangsúlyozza a klinikus hematológus (és nem csak a patológus!) feladatát betegei vizsgálata során.

Az MBT 50. nagygyűlésén 2024 november 15-én tartott Kelemen Endre emlékelőadásom további részében saját kutatásaimat, elsősorban a hajás sejtes leukaemia (HSL) kutatással kapcsolatban mutattam be szemelvényeket, ezekre a mostani írásban nem térek ki. Elegendőnek tartom annak megemlítését, hogy a Semmelweis Egyetem Korányi Sándor utcai belklinikáját jelenleg is a HSL kiválósági centrumaként tartják nyilván az ohioi székhelyű HSL alapítvány (hairycell leukemia.org) és ajánlja „közeli” ellátóhelyként közép- és kelet európai betegek számára is.¹⁸ Az MHTT kezelési javaslatai, ajánlásai utójára 2011-ben jelentek meg, de a Magyar Hematológiai és Transzfúziológiai Társaság (MHTT) folyóirata ma is alkalmas fórum azok számára, akik erőt éreznek a nemzetközi irányelvek hazai viszonyokra való adaptációjára és saját tapasztalatukkal való ötvöztetésére. Magam is a hajás sejtes leukaemia (HSL) kezelési irányelveket legutóbb 2023-ban e lap hasábjain tettem közzé.¹⁹ Nemrég jelent meg a HSL nemzetközi kezelési irányelve²⁰, de már most látom, hogy amit ebben a konszenzus irányelvben megfogalmaztunk, azt a hazai viszonyokra ismét adaptálni kell. Biztatom a fiatalokat, hogy mind a két hazai újság a Magyar Belorvosi Archivum és a Hematológiai és Transzfúziológia is szívesen várja a közleményeket. Gondoljunk arra, hogy Kelemen Endre professzor több

közleménye is a Magyar Belorvosi Archivumban jelent meg. Példamutatónak tartom és köszönöm, hogy Kelemen Endre emlékelőadásom írásos változata és a méltatás a díjat átvett társprofesszorokkal közös sorozat részeként a Magyar Belorvosi Archivumban jelenhet meg.

Irodalom

1. **Gömör B:** „Zseni érkezik”. Dr Kelemen Endre hematológus élettörténete. 1921–2000 GMR Reklámügynökség, Budapest 2023.
2. **Fekete S:** Dr. Kelemen Endre. emlékezés a tudósra, az orvosra és a tanárra a Magyar Belgyógyász Társaság 2023-as Nagygyűlésén. Magyar Belorvosi Archivum 2024; **77**: 284-288. doi: 10.59063/mba.2024.77.5-6.3
3. **Bucsky P:** Kelemen Endre emlékére. Az MBT 51. Nagygyűlésén tartott előadás. Magyar Belorvosi Archivum 2026; **79**: 5-8. doi: 10.59063/mba.2026.79.1.14.
4. **Kelemen E, Cserhádi I, Tanos B:** Demonstration and some properties of human thrombopoietin in thrombocythaemic sera. Acta Haematol 1958; **20**: 350-355. doi: 10.1159/000205503.
5. **Cserhádi I, Tanos B, Kelemen E:** Thrombocythaemiás betegek savójának akut elhúzódo thrombocytosist keltő hatása egéren; feltételezett emberi thrombopoetin [Acute prolonged thrombocytosis in mice induced by the serum of patients having thrombocythemia; postulated human thrombopoietin]. Orv Hetil 1958; **99**: 540-541.
6. **Lehoczky D, Rák K, Cserhádi I, Krizsa F, Kelemen E:** Thrombocytosist keltő serumtényező kimutathatósága – különböző eredetű heveny thrombocytaszám-emelkedések előtt – Egéren és emberen. Orv Hetil 1963; **104**: 433-437.
7. **Lifeline:** Endre Kelemen. Lancet 1999; **354**: 1220.
8. **Demeter J, Istenes I, Fodor A és mtsai:** Efficacy of romiplostim in the treatment of chemotherapy induced thrombocytopenia (CIT) in a patient with mantle cell lymphoma. Pathol Oncol Res 2011; **17**: 141-143. doi: 10.1007/s12253-010-9276-4.
9. **Kelemen E, Gergely P, Lehoczky D és mtsai:** Permanent large granular lymphocytosis in the blood of splenectomized individuals without concomitant increase of in vitro natural killer cell cytotoxicity. Clin Exp Immunol 1986; **63**: 696-702.
10. **Puskás E, Laub M, Köves P, Kelemen E és mtsai:** Idült csontvelő-aplasia gyógyulása fiatal anyán, saját 22 mm-es embriója szikzacskó- és májeredetű sejteinek vénás befecskendezése után. Előzetes közlemény. Orv Hetil 1973; **114**: 260-263.
11. **Kelemen E:** Recovery from chronic idiopathic bone marrow aplasia of a young mother after intravenous injection of unprocessed cells from the liver (and yolk sac) of her 22 mm CR-length embryo. A preliminary report. Scand J Haematol 1973; **10**: 305-308. doi: 10.1111/j.1600-0609.1973.tb00076.x.
12. **Bach I, Tulassay Zs, Horváth T és mtsai:** Csontvelőátültetés Myelobromol-panmyelophthisisben valódi polycythaemiás betegen. Magyar Belorvosi Archivum 1976; **29**: 195-204.
13. **Kelemen E, Jánossa M, Triska E és mtsai:** Bone marrow transplantation in accelerated chronic granulocytic leukaemia

- using dibromomannitol-preconditioning instead of total-body irradiation. *Leuk Res* 1985; **9**: 1009-1015. doi: 10.1016/0145-2126(85)90071-2.
14. **Kelemen E, Jakab K, Váradi G és mtsai:** Non-supralethal mitobronitol/cytarabine/cyclophosphamide conditioning without irradiation before bone marrow transplantation for accelerated chronic granulocytic leukemia: apparent absence of acute graft-versus-host disease. *Leukemia* 1993; **7**: 939-945.
 15. **Barta A, Dénes R, Masszi T és mtsai:** Remarkably reduced transplant-related complications by dibromomannitol non-myeloablative conditioning before allogeneic bone marrow transplantation in chronic myeloid leukemia. *Acta Haematol* 2001; **105**: 64-70. doi: 10.1159/000046536.
 16. **Kelemen E, Calvo W, Fliedner TM:** Atlas of Human Hemopoietic Development Springer Verlag Berlin Heidelberg GmbH, 1979.
 17. **Matolcsy A, Udvardi M, Kopper L:** Hematológiai betegségek atlasza. Medicina, Budapest, 2006. ISBN: 978-963-226-26-6
 18. <https://www.hairycellleukemia.org/centers-of-excellence> assessed 2026.04.24
 19. **Demeter J:** A hajas sejtes leukémia és kezelése. *Hematológia–Transzfúziológia* 2023; **56**: 81-92. doi: 10.1556/2068.2023.00171
 20. **Zent CS, Tiaacci R, Kreitman RJ és mtsai:** Updated consensus guidelines for the diagnosis and management of patients with HCL and HCL variant *Blood* 2026; **148**: 31-42. doi: 10.1182/blood.2025032757.

ENDOSZKÓPOS TERÁPIÁRA REZISZTENS FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS VASZKULÁRIS MALFORMÁCIÓKBÓL VÉRZŐ BETEGEK GYÓGYSZERES (THALIDOMID, LAR OKTREOTID) KEZELÉSÉBEN SZERZETT TAPASZTALATAINK

Dr. Németh Bence, Dr. Pécsi Gyula

*Győr–Moson–Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház,
I. Belgyógyászati–Gastroenterológia Osztály, Győr*

ÖSSZEFOGLALÁS: *A gasztrointesztinális (GI) vaszkuláris malformációkból eredő vérzések kezelésében az endoszkópos vérzéscsillapító módszerek, elsősorban az argon plazma koaguláció (APC) elsődlegessége megkérdőjelezhetetlen. Hatékony gyógyszeres terápia, mint alternatív vagy kiegészítő módszer eddig nem állt rendelkezésre. Az elmúlt évtizedben több biztató eredményű klinikai vizsgálat zajlott mind a thalidomid, mind a long-acting-release (LAR) oktreotid alkalmazásával kapcsolatban a vaszkuláris malformációk okozta vérzések csökkentése céljából. A szerzők kis létszámú, endoszkópos terápiára rezisztens felső GI vaszkuláris malformációkból vérző betegek gyógyszeres (thalidomid, LAR oktreotid) kezelésében szerzett tapasztalataikról számolnak be.*

Kulcsszavak: *vaszkuláris malformációk; argonplazma-koaguláció; oktreotid; thalidomid; refrakter gasztrointesztinális vérzés*

Németh B, Pécsi G: EXPERIENCE IN THE MEDICAL TREATMENT (THALIDOMIDE, LAR OCTREOTIDE) OF PATIENTS WITH BLEEDING FROM UPPER GASTROINTESTINAL VASCULAR MALFORMATIONS RESISTANT TO ENDOSCOPIC THERAPY

SUMMARY: *In the treatment of bleeding from gastrointestinal vascular malformations, the priority of endoscopic hemostatic methods, primarily argon plasma coagulation (APC), is unquestionable. Until recently, no effective pharmacological therapy has been available as an alternative or adjunctive approach. Over the past decade, several clinical trials with promising results have investigated the use of both thalidomide and long-acting-release (LAR) octreotide in reducing bleeding due to vascular malformations. In this article, we report our experience with pharmacological treatment (thalidomide, LAR octreotide) in a small cohort of patients with upper gastrointestinal vascular malformation-related bleeding refractory to endoscopic therapy.*

Keywords: *Vascular malformations; Argon Plasma Coagulation; Octreotide; Thalidomide; Refractory Gastrointestinal Bleeding*

Magy Belorv Arch 2026; 79: 181–185.

Levelező szerző: dr. Németh Bence
Győr–Moson–Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház
9023 Győr, Vasvári P. u. 2–4.
E-mail: nemethbence92@gmail.com

DOI: 10.59063/mba.2026.79.4.2

Bevezetés

A gasztrointesztinális vaszkuláris malformációk (GIVM) az emésztőrendszer leggyakoribb szerzett vagy öröklött éreredetű rendellenességei, amelyek klinikai jelentőségét elsősorban a recidiváló vérzés adja. Ide soroljuk a sporadikus angiodyplasiát, a gastric

antral vascular ectasiát (GAVE, „görögdinnye-gyomor”), valamint a hereditær hemorrhagiás teleangiectasiát [Osler–Weber–Rendu-szindróma, más néven Hereditær Haemorrhagiás Teleangiectasia (HHT)].^{1–4} A vaszkuláris léziók fogalom használata sokszínű: a szakirodalomban a kísér eredetű léziókat gyakran angioectasia, vascular ectasia, telangiectasia vagy angiodys-

1. táblázat. A gasztrointesztinális vaszkuláris léziók főbb csoportjai

Megnevezés	Leírás
angioectasia / vascularis ectasia	kis arteriolák és venulák dilatációja, leggyakrabban a colon ascendensben és coecumban, főként idős betegekben
telangiectasia	a terminális kapillárisok tágulata, jellemző a hereditær haemorrhagiás teleangiectasia esetén
angiodysplasia	gyűjtőfogalom kis vaszkuláris elváltozásokra, ha patogenezisük nem tisztázott
arteriovenosus malformáció (avm)	kongenitális, közvetlen artériás–vénás összeköttetés kapilláris ágy nélkül

plasia kifejezésekkel is illetik. Az egyes megnevezés csoportokat az 1. táblázat foglalja össze.⁵

Az angiodysplasiák a leggyakoribb GIVM-típusok, a gasztrointesztinális vérzések 5–10%-áért felelősek.⁶ Leggyakrabban a 60 év feletti népességben fordulnak elő, és hajlamosak multiplex manifestációra.⁸ A lokalizáció leggyakrabban a colon ascendens és a coecum, de a vékonybél is érintett lehet, amely az obskúrus GI vérzések leggyakoribb forrása.^{8,9} A GAVE a nem varicealis felső gasztrointesztinális vérzések mintegy 4%-áért felel.³ A HHT ritkább, rendszerint fiatalabb korban manifestálódik, és szisztémás érintettséggel jár.²

A sporadikus angiodysplasiák kialakulásának vezető elmélete szerint a submucosalis vénák krónikus, intermittáló elzáródása és hypoxiája váltja ki az angiogenezist, amelyben a vaszkuláris endothelialis növekedési faktor (VEGF) fokozott kifejeződése játszik szerepet.^{2, 6, 7} A patogenezis multifaktoriális, kockázati tényezőiként szerepelhet az aortastenosis (Heyde-szindróma), krónikus vesebetegség, májcirrhosis és a von Willebrand-betegség.^{7,8} A GAVE etiológiájában portalis hypertensio, valamint autoimmun és hormonális tényezők feltételezhetők.³ Az Osler–Weber–Rendu-szindrómában az ismert genetikai mutációk (pl. endoglin, ALK1) kóros neoangiogenezist okoznak.²

Terápiás lehetőségek

Jelenleg a GIVM első vonalbeli kezelése az endoszkópos beavatkozás. Az argon plazma koaguláció (APC) a gold standard eljárás, amellyel a legtöbb vérzés csillapítható.^{7, 10} Ugyanakkor az ismételt vérzés aránya jelentős, 2 éven belül mintegy 34–60%.^{6,9}

Az argon plazma koaguláció (APC) egy nem kontakt endoszkópos vérzéscsillapító eljárás, amelynek során ionizált argongáz vezet az elektromos áramot a katódtérrel a nyálkahártya felszínére, és így felszínes (2–3 mm mélységű) koagulációt hoz létre.¹⁰ GIVM esetén az APC a kóros, ectasiás ereket koagulálja, ezáltal megszünteti a vérzést, miközben minimális a transmuralis sérülés és perforáció kockázatát.^{7,8}

A gyógyszeres kezelések közül a kezdetben vizsgált hormonális terápiák (ösztrogén/progeszteron) hatástalannak bizonyultak.² A szomatosztatin-analógok

(oktreotid, lanreotid) csökkentik a splanchnicus áramlást és az angiogenezist; a multicentrikus OCEAN vizsgálat igazolta, hogy a havonta adott LAR-oktreotid szignifikánsan mérsékli a transzfúziós igényt és az endoszkópiás beavatkozások számát.¹¹ A thalidomid angiogenezis-gátló hatása révén hatékony, a Ge és mtsai által végzett randomizált vizsgálatban 71%-os válaszarányt mutatott¹², amelyet további esetsorozatok és metaanalízisek is megerősítettek.^{6,9} Ugyanakkor mellékhatásai – perifériás neuropathia, thrombosis, obstipáció – miatt szoros monitorozást igényelnek.^{2,9}

A Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászati-Gasztroenterológia Osztály vaszkuláris malformációkból vérző, az endoszkópos kezelésre nem reagáló betegeiben a következő célokat tűzte ki:

1. A thalidomid hatékonyságának és mellékhatásainak vizsgálata.
2. A thalidomidkezelésre is rezisztens betegekben a LAR oktreotid hatékonyságának és mellékhatásainak vizsgálata.

A 1950-es években történt Contergan okozta fejlődési rendellenességekre tekintettel a vizsgálatból a fogamzóképes korú nőbetegeket kizárták.

Betegek és módszerek

2021. július és 2024. február között 25 beteget kezeltünk gasztrointesztinális vaszkuláris malformáció (GIVM) okozta vérzés és anaemia miatt. A betegek közül 20 esetben 1–2 alkalommal végzett APC-kezelés elegendő volt a vérzés megszüntetésére.

Öt polimorbid beteg (1 férfi és 4 nő), átlagéletkor 64,6 év) azonban a megelőző átlagosan 7 APC-kezelés ellenére is transzfúziót igényelt, ezért gyógyszeres kezelés indult.

A betegeknek a vashiányos, microcytaer anaemia, székletvértessz pozitivitás és az eltérésekre típusos endoszkópos képanyag igazolta a gasztrointesztinális vérzésforrásokat.

E betegek 3 hónapon keresztül napi 100 mg thalidomid per os terápiában részesültek.

2. táblázat. Módszerek, betegek		
	Thalidomid	LAR oktreotid
Hatás	VEGF csökkentésén keresztül angiogenezist gátol	elnyújtott hatású szomatosztatin analóg
Adagolás	este 100 mg thalidomid per os	4 hetente 1x30 mg LAR oktreotid im. inj.
Betegek	1. ♀(66) Osler-kór	–
	2. ♂(75) GAVE (CHF)	–
	3. ♀(69) GAVE (AIH)	
	4. ♀(48) GIAD (Banti-kór)	
	5. ♀(65) GAVE (AIHA)	
Követés	Havonta vizit, vérkép, laborkép, 3 hó elteltével kontroll felső endoszkópia	
Rövidítések: VEGF – vascular endothelial growth factor: vaszkuláris endothelialis növekedési faktor, LAR – long-acting release: elnyújtott hatóanyag-leadású gyógyszerforma, CHF – congestive heart failure: pangásos szívelégtelenség, GAVE – gastric antral vascular ectasia, más néven „görögdinnye-gyomor”, AIHA – autoimmune hepatitis, GIAD – gastointesztinális angiodysplasia, AIHA –autoimmun haemolyticus anaemia		

Azoknál, akiknél a thalidomid hatástalan volt vagy mellékhatás jelentkezett, LAR-oktreotid intramuscularis injekciót kezdtünk havi 1 alkalommal, 30 mg dózisban.

A betegeket havi rendszerességgel kontrolláltuk, a vizit mellett laborvizsgálat és vérképpenőrzés történt.

A betegek adatait, az alkalmazott kezelést és a követés módszereit a 2. táblázat mutatja be.

Eredmények

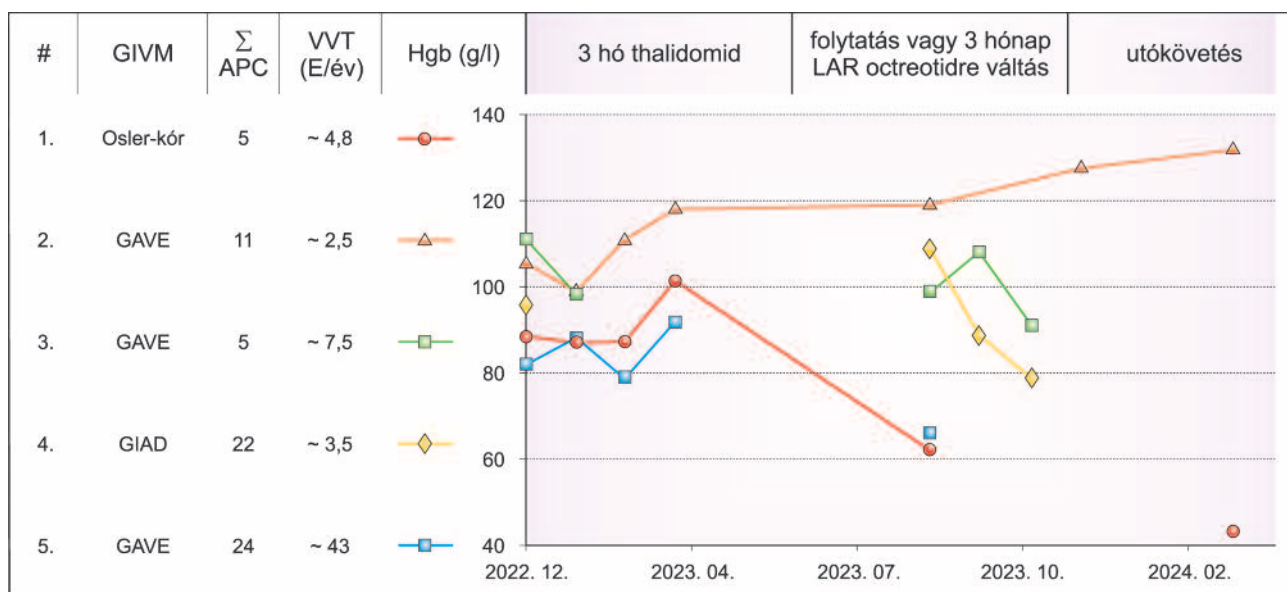
Az öt betegből kettőben észleltünk a thalidomidkezelés mellett Hgb-emelkedést transzfúzió nélkül (1. ábra). A másik három betegben a hatástalanság egyértelmű volt, valamint a mellékhatások miatt történt terápiaváltás (3. táblázat).

75 éves férfi betegünknek 106 g/l értékről 118 g/l értékre változott a hemoglobinszintje a 3 hónap alatt. A

beteg thalidomid szedése mellett azóta sem szorult transzfúzióra, korábban évi ~2,5 E vvt került transzfundálásra. Összesen korábban 11 APC kezelést igényelt. Az angiodysplasiák eredete GAVE volt, feltehetően krónikus betegségei talaján (krónikus szív- és vesebetegség). Az ectasiák kontroll gasztroszkópia során már nem mutatkoztak (2. ábra). A gyógyszer érdemi mellékhatást nem okozott. A beteg pitvarfibrilláció miatt antikoagulált, amelyet a kezelés mellett meghagytunk.

A 66 éves nőbeteg Osler-kór mellett kialakuló ectasiák miatt részesült kezelésben. A betegnek 88 g/l-ről 101 g/l-re emelkedett a hemoglobinja. Korábban évi 4,8 E vvt transzfúzióra volt szükség. Mellékhatás nem jelentkezett. A beteg compliance probléma miatt 3 hónap után kontrollvizsgálatokra nem jelentkezett, majd fél év elteltével tüneteket okozó gravis anaemia miatt sürgős felvétel történt. A thalidomidot visszavezettük,

3. táblázat. A kórokok és a thalidomidkezelések jellemzői							
#	Kor, nem	Anamnézis	ΣAPC	VVT igény (E/év)	Eredmény a thalidomid mellett	Mellékhatás	További terápia
1.	66 ♀	Osler-kór	5	4,8	növekvő Hgb	–	relapszus folytatás
2.	75 ♂	GAVE + CHF	11	2,5	növekvő Hgb	–	folytatás
3.	69 ♀	GAVE + AIH	5	7,5	hatástalan	emesis, exanthema	terápia váltás
4.	48 ♀	GIAD + Banti-kór	22	3,5	súlyos mellékhatás	thrombosis	terápia váltás
5.	65 ♀	GAVE + AIHA	24	43	érdemi változás nélkül		terápia váltás



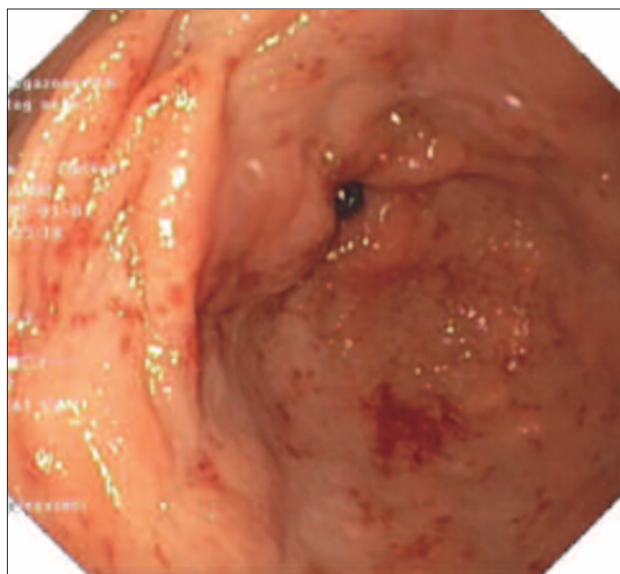
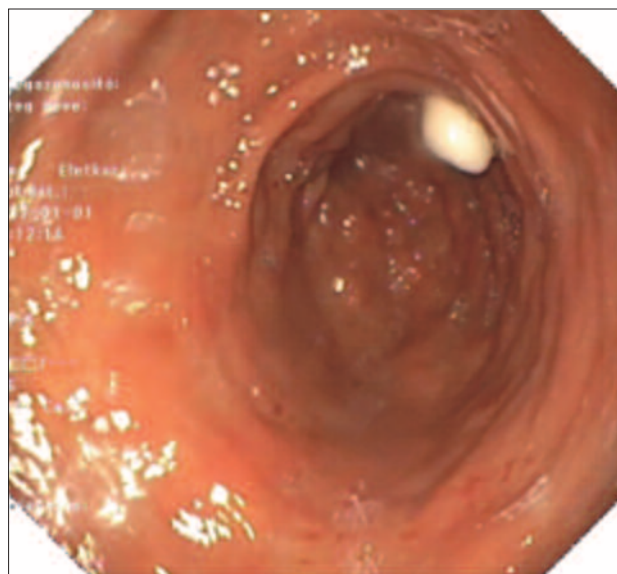
1. ábra. Hemoglobinszint követése adott hónapokban

azóta ismételt transzfúziómentessé vált. A kontroll gasztroszkópiát szintén compliance nehézségek miatt nem tudtuk elvégezni.

48 éves nőbeteg Banti-szindróma talaján kialakult multiplex angiodyplasiák miatt részesült rendszeres APC kezelésben és transzfúzióban. Thalidomidkezelés megkezdését követően 2 hét után alsó végtagi femoralis thrombosis jelentkezett, a kezelést felfüggesztettük. Anamnézisében szerepelt korábban mélyvénás thrombosis. LAR szandosztatinkezelés eredménytelen volt, a beteg a subcutan injekció mellett enyhe hasi diszkomfortról számolt be.

69 éves nőbetegünknek, akinek gyógyszer indukálta hepatopathia talaján ismertek felső traktusi angiodyplasiái thalidomid bevezetését követően hányingerről és epizodikus hányásról számolt be. Oktreotidre váltást követően exanthemáról, metrorrhagiáról, flatulenciáról számolt be. A gyógyszereket mellélhatások miatt elhagytuk.

65 éves autoimmun hemolyticus anaemia, GAVE kapcsán észlelt nőbetegünknek thalidomidkezelés érdemi változást nem eredményezett. LAR szandosztatin mellett enyhe, tolerálható gasztrointesztinális panaszok jelentkeztek, de kezelés mellett érdemi transzfú-



2. ábra. Endoszkópos felvételek thalidomid kezelés előtt és után [♂(75) GAVE (CHF) betegünk felvétele]

ziócsökkenést nem sikerült kimutatni. A beteg anaemiáját feltehetően hematológiai alapbetegsége okozta.

Megbeszélés

A kis beteglétszámú vizsgálatunkban az endoszkópos kezelésre rezisztens GIVM-es betegeknél a thalidomidterápia öt betegből kettőben bizonyult hatékonynak, ami összhangban állhat a korábbi nemzetközi adatokkal. A Ge és mtsai által közölt randomizált, kontrollált vizsgálatban a thalidomid 71%-os válaszarányt mutatott, szemben a kontrollcsoport 3,7%-ával, amely kizárólagos vaspótlásban részesült.^{9, 12} Összehasonlítva saját vizsgálatunk észleléseivel és eredményével, szoros betegkövetés mellett a thalidomid alkalmazásának véleményünk szerint is lehet helye a klinikumban.

Mellékhatásprofil tekintetében tapasztalataink megerősítették a korábbi közleményekben leírtakat. Két beteg esetében súlyos szövődmény (mélyvénás thrombosis, hányás) miatt a kezelést fel kellett függeszteni. A gyógyszeres alternatívák közül a szomatostatín-analógoknak kiemelt szerepük lehet, azonban saját betegeinkben az oktreotid nem hozott érdemi javulást, ellentétben a nagy multicentrikus OCEAN vizsgálat kedvező eredményeivel.¹¹ A vizsgálatunkban mindhárom LAR oktreotid kezelésben részesülő betegnél enyhe mellékhatásokat (meteorismus, nausea, exanthemák) is tapasztaltunk.

Következtetések

A gasztrointesztinális vaszkuláris malformációk jelentős vérzésforrásként különösen idős és komorbid betegeknél jelentenek terápiás kihívást. Az argon plazma koaguláció továbbra is az első vonalbeli kezelés, azonban a nagy újrávérzési arány miatt szükség van hatékony gyógyszeres alternatívákra. Tapasztalataink alapján a thalidomid hatékony lehet az endoszkópos terápiára rezisztens esetekben, ugyanakkor mellékhatásai szoros monitorozást igényelnek. A szomatostatín-analógok hatásosságát a vizsgálatunk alapján nem lehet megítélni. További vizsgálatok szükségesek a betegkiválasztás és az optimális adagolás pontos meghatározására.

A szerzők nem rendelkeznek érdekeltségekkel. Anyagi támogatásban nem részesültek.

Irodalom

1. **Sami SS, Al-Araji SA, Ragunath K:** Review article: gastrointestinal angiodysplasia – pathogenesis, diagnosis and management. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; **39**: 15-34. doi: 10.1111/apt.12527
2. **Bauditz J:** Effective treatment of gastrointestinal bleeding with thalidomide – chances and limitations. *World J Gastroenterol* 2016; **22**: 3158-3164. doi: 10.3748/wjg.v22.i11.3158.
3. **Selinger CP, Ang YS:** Gastric antral vascular ectasia (GAVE): an update on clinical presentation, pathophysiology and treatment. *Digestion* 2008; **77**: 131-137. doi: 10.1159/000124339.
4. **Patel H, Mehershahi S, Shaikh DH és mtsai:** Thalidomide for the treatment of angiodysplasia-related recurrent gastrointestinal hemorrhage: is low dose a safe and viable option? *Clin Case Rep* 2019; **7**: 2363-2367. doi: 10.1002/ccr3.2501
5. **Visrodia K, Zakko L, Nolte T és mtsai:** Response. *Gastrointest Endosc* 2018; **87**: 1595. doi: 10.1016/j.gie.2018.02.017
6. **Gkolfakis P, Fostier R, Tziatzios G és mtsai:** Efficacy of pharmacologic treatment for treating gastrointestinal angiodysplasia-related bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2022; **34**: 1021-1030. doi: 10.1097/MEG.0000000000002414
7. **Jackson CS, Strong R:** Gastrointestinal angiodysplasia: diagnosis and management. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2017; **27**: 51-62. doi: 10.1016/j.giec.2016.08.012.
8. **Becq A, Rahmi G, Perrod G és mtsai:** Hemorrhagic angiodysplasia of the digestive tract: pathogenesis, diagnosis, and management. *Gastrointest Endosc* 2017; **86**: 792-806. doi: 10.1016/j.gie.2017.05.018.
9. **Bayudan AM, Chen CH:** Thalidomide for refractory gastrointestinal bleeding from vascular malformations in patients with significant comorbidities. *World J Clin Cases* 2020; **8**: 3218-3229. doi: 10.12998/wjcc.v8.i15.3218.
10. **ASGE Technology Committee:** The argon plasma coagulator. *Gastrointest Endosc* 2002; **55**: 807-810. doi: 10.1016/S0016-5107(02)70408-2
11. **Goltstein LCMJ, Grooteman KV, Bernts LHP és mtsai:** Standard of care versus octreotide in angiodysplasia-related bleeding: the OCEAN study. *Gastroenterology* 2024; **166**: 690-703. doi: 10.1053/j.gastro.2023.12.020.
12. **Ge ZZ, Chen HM, Gao YJ és mtsai:** Efficacy of thalidomide for refractory gastrointestinal bleeding from vascular malformation. *Gastroenterology* 2011; **141**: 1629-1637. DOI: 10.1053/j.gastro.2011.07.018.

A TUDOMÁNY MÉRÉSE AZ IDŐ SODRÁBAN

Dr. Vasas Livia

Semmelweis Egyetem, Központi Könyvtár, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS: A tudományos teljesítmény értékelése az elmúlt évtizedekben a modern akadémiai és klinikai élet meghatározó részévé vált. Az impakt faktor, a h-index, az idézettségi mutatók, a folyóirat-szintű indikátorok, valamint az alternatív metrikák (altmetrics) ma már nemcsak a tudományos kommunikáció eszközei, hanem jelentős szerepet játszanak a kutatási források elosztásában, az akadémiai előmenetelben és az intézményi rangsorok kialakításában is. A közlemény célja áttekinteni a legfontosabb tudományometriai mutatókat, bemutatni azok számítási elveit, alkalmazási területeit és korlátait, különös tekintettel a klinikai kutatásokra és a belgyógyászatra. A szerző ismerteti az impakt faktor, a h-index, a közleményszintű idézettségi mutatók, a „highly cited” és „hot paper” kategóriákat, továbbá a CiteScore, SJR, SNIP és altmetrikus rendszerek alapvető jellemzőit. Külön tárgyalásra kerülnek az egyetemi rangsorok, valamint a tudományometriai indikátorok torzító tényezői. A közlemény hangsúlyozza, hogy a bibliometriai mutatók fontos orientáló eszközök, azonban önmagukban nem alkalmasak a tudományos vagy klinikai érték teljes körű megítélésére. A klinikai orvoslásban különösen fontos a módszertani minőség, a reprodukálhatóság, valamint a betegellátásra gyakorolt tényleges hatás figyelembevétele. A tudományometriai indikátorok ezért elsősorban a tudományos láthatóság és kommunikáció mérőszámai, amelyek értelmezése mindig kritikus szakmai megközelítést igényel.

Kulcsszavak: tudománymetria; bibliometriai mutatók; kutatásértékelés; tudományos kommunikáció; belgyógyászat

Vasas L: MEASURING SCIENCE THROUGH THE PASSAGE OF TIME

SUMMARY: The evaluation of scientific performance has become a central component of modern academic and clinical life over recent decades. Impact factor, h-index, citation-based indicators, journal-level metrics, and alternative metrics (altmetrics) are now used not only in scientific communication, but also in the allocation of research funding, academic promotion, and institutional rankings. The aim of this review is to provide an overview of the most important scientometric indicators, including their principles, applications, and limitations, with special emphasis on clinical research and internal medicine. The article discusses the impact factor, h-index, article-level citation metrics, the “highly cited” and “hot paper” categories, as well as CiteScore, SJR, SNIP, and altmetric systems. Institutional and university rankings are also reviewed, together with major sources of distortion in scientometric evaluation. The review emphasizes that bibliometric indicators are useful orientation tools; however, they are not sufficient on their own to determine scientific or clinical value. In clinical medicine, methodological quality, reproducibility, and actual impact on patient care remain essential considerations. Scientometric indicators should therefore be regarded primarily as measures of scientific visibility and communication, the interpretation of which always requires critical professional judgment.

Keywords: bibliometrics, bibliometric indicators; research evaluation; scientific communication; internal medicine

Magy Belorv Arch 2026; 79: 186–194.

Levelező szerző: Dr. Vasas Livia
Semmelweis Egyetem Központi Könyvtár
1088 Budapest, Mikszáth Kálmán tér 5.
E-mail: vasas.livia@semmelweis.hu

DOI: 10.59063/mba.2026.79.4.3

Az impakt faktortól az altmetrikákig

A tudományos teljesítmény mérése az elmúlt 50 évben egyre fontosabbá vált minden szakterületen. Ez nagy-

részt a folyóiratokban történt publikációs aktivitás, az idézettség és a különböző tudományometriai mutatók alapján történik. Ma már nem csupán a tudományos közösségen belüli visszajelzés eszközei, hanem alapvető-

en befolyásolják a kutatási források elosztását, az akadémiai előmenetelt és az intézményi versenyképességet is. A „publish or perish/publikálj vagy lemaradsz” szemlélet térnyerése következtében a kutatók és klinikusok egyaránt olyan környezetben dolgoznak, ahol a tudományos tevékenység értékelése egyre inkább kvantitatív mutatók mentén történik.

Az 1975-ben megjelenő impakt faktor mérőszámok tekintetében ebben a folyamatban, mivel egyszerű és széles körben alkalmazható mérőszámot kínált a folyóiratok hatásának a bemutatására. Azóta azonban a tudománymetria eszköztára jelentősen bővült: megjelentek az egyéni kutatói teljesítményt jellemző mutatók (például a h-index), a közlemények szintjén értelmezhető idézettségi indikátorok, valamint az alternatív, online jelenlétet mérő úgynevezett altmetrikák. Ezzel párhuzamosan egyre nagyobb hangsúlyt kaptak az olyan kategóriák is, mint a „highly cited paper” vagy a „hot paper”, amelyek a tudományos közlemények kiemelkedő vagy gyorsan növekvő hatását hivatottak jelezni.

A tudománymetriai mutatók szerepe túlmutat az egyéni kutatók értékelésén: meghatározó elemei az egyetemi és kutatóintézeti rangsoroknak is. Az olyan nemzetközi rangsorok, mint a Shanghai Ranking vagy a Times Higher Education lista, jelentős mértékben támaszkodnak idézettségi és publikációs adatokra, ezáltal közvetve befolyásolják az intézmények stratégiáját és tudományos prioritásait. E folyamat részeként speciális, kevésbé ismert indikátorok is megjelentek, amelyek tovább árnyalják a tudományos teljesítmény mérésének kérdéskörét.

Mindezen fejlemények ellenére egyre több kritika fogalmazódik meg a kvantitatív mutatók alkalmazásával szemben. Felmerül a kérdés, hogy ezek az indikátorok valóban a tudományos minőséget tükrözik-e, vagy inkább bizonyos publikációs és idézési mintázatokat jutalmaznak. Különösen fontos ez a klinikai tudományok, így a belgyógyászat területén, ahol a kutatási eredmények értéke nem kizárólag idézettségükben, hanem leginkább a betegellátásra gyakorolt hatásukban mérhető.

A közlemény célja áttekinteni a legfontosabb tudománymetriai mutatókat az impakt faktortól a korszerűbb indikátorokig, bemutatni azok szerepét a tudományos kommunikációban és az egyetemi rangsorokban, valamint kritikai szempontból elemezni alkalmazhatóságukat a klinikai kutatás kontextusában.

A közlemény elkészítése során elsősorban a tudománymetriai értékelés alapelveit meghatározó nemzetközi dokumentumokra támaszkodtam, így többek között a *San Francisco Declaration on Research Assessment (DORA)*¹, a *Leiden Manifesto for Research Metrics*², valamint az *UNESCO Recommendation on Open Science*³ ajánlásaira. Ezek mellett a témakörhöz kapcsolódó további releváns nemzetközi és hazai szakirodalmat is felhasználtam, irányadó forrásként a *Magyar Tudományos Művek Tárát (MTMT)*.⁴

A klasszikus mutató: impakt faktor

Eugen Garfield a múlt század hatvanas éveiben kezdte el a tudományos közlemények hivatkozásainak elemzését kezdetben a genetika, majd később a természet-tudományok területén. Munkássága nyomán jött létre a Journal Citation Reports (JCR), amely több egyéb mutató mellett tartalmazza az impakt faktorokat (Impact Factor, IF) is. Ezek mára a tudományos folyóiratok értékelésének legismertebb és leggyakrabban használt mutatóivá váltak.

Az impakt faktor definíció szerint azt fejezi ki, hogy egy adott folyóiratban megjelent közleményeket milyen gyakorisággal idézik. Számítása egy viszonylag egyszerű képleten alapul: egy adott év impakt faktora megmutatja, hogy az adott évet megelőző két évben publikált közleményeket átlagosan hányszor idézték az adott év során az adatbázisban vizsgált folyóiratokban.

Az IF egy hányadosként számított mutató. A nevezőben az úgynevezett „citable items” szerepelnek, vagyis elsősorban az eredeti közlemények és összefoglaló cikkek (review-k), azonban az egyéb közleménytípusokat, például szerkesztőségi közleményeket, hozzá-

Rövidítések:

Altmetrics – alternatív online tudományos hatásmutatók
CNCI – Category Normalized Citation Impact
CiteScore – Scopus-alapú folyóiratmutató
EBM – Evidence-Based Medicine (bizonyítékalapú orvoslás)
FNCI – Field-Normalized Citation Impact
HCP – Highly Cited Paper
IF – Impact Factor (impakt faktor)
JCR – Journal Citation Reports
Q1–Q4 – Quartilis besorolás
QS – Quacquarelli Symonds World University Rankings
SJR – SCImago Journal Rank
SNIP – Source Normalized Impact per Paper
THE – Times Higher Education World University Rankings
WoS – Web of Science

szólásokat vagy leveleket gyakran nem számítják be – bár ezek a publikációk is generálhatnak idézeteket. A számlálóban az adott év során a megelőző két évben megjelent közleményekre érkezett hivatkozások száma szerepel.

Az IF ugyanakkor csupán átlagérték, mivel a közlemények idézettsége rendkívül egyenlőtlen eloszlású. Néhány nagy hatású közlemény több száz vagy akár több ezer idézetet is kaphat, míg mások jóval kevesebbet.

A mutató előnye elsősorban egyszerűségében és széles körű elfogadottságában rejlik. Az impakt faktor könnyen értelmezhető, egyetlen számban összegzi egy folyóirat idézettségi teljesítményét, és nemzetközi szinten is jól összehasonlíthatóvá teszi a különböző lapokat. Emiatt gyorsan a tudományos értékelés egyik alapvető eszközévé vált, amelyet pályázatok, előléptetések és intézményi értékelések során egyaránt alkalmaznak.

Ugyanakkor az impakt faktor alkalmazásával kapcsolatban számos kritika fogalmazódott meg.^{1, 2, 5} Az egyik legfontosabb, hogy a folyóirat szintjén mért mutató nem alkalmas az egyes közlemények vagy szerzők minőségének megítélésére. Egy magas impakt faktorú folyóiratban megjelent publikáció nem szükségszerűen jelent magas tudományos értéket, és fordítva: alacsonyabb impakt faktorú lapokban is jelenhetnek meg kiemelkedő jelentőségű közlemények.

További problémát jelent a szakterületek közötti jelentős különbség. Az idézési szokások erősen eltérnek az egyes tudományágak között: míg egyes, gyorsan fejlődő területeken (például molekuláris biológia) nagy idézettségi számok jellemzők, addig más területeken – beleértve számos klinikai diszciplínát – az idézettség természetesen kevesebb. Ez az impakt faktor közvetlen összehasonlítását különböző szakterületek között torzíthatja.

Végül, de nem utolsósorban, az impakt faktor manipulálhatósága is gyakran felmerülő kritika.⁶ Bizonyos szerkesztőségi gyakorlatok – például a review közlemények arányának növelése, az önidézesek ösztönzése vagy a „citable items” körének stratégiai meghatározása – mesterségesen növelhetik a mutató értékét. Ezek a jelenségek rámutatnak arra, hogy az impakt faktor nem csupán a tudományos hatást, hanem részben publikációs stratégiákat is tükröz.

A klinikai folyóiratok esetében – így a belgyógyászatban is – az impakt faktor értelmezése különösen körütekintést igényel. A nagy presztízsű, általános orvosi lapok, mint a *The New England Journal of Medicine* vagy a *JAMA*, rendszerint igen magas impakt faktorral rendelkeznek, mivel széles témakört fednek le, és publikációik globális érdeklődésre tartanak számot. Ezzel szemben egy szűkebb szakterületre fókuszáló, de klinikailag rendkívül fontos folyóirat alacsonyabb impakt faktorral is bírhat, anélkül, hogy tudományos értéke kisebb lenne.

További fontos szempont, hogy az impakt faktor időablaka viszonylag rövid (két év), ami a klinikai kutatások esetében nem mindig tükrözi a valódi hatást.

Számos, a betegellátást alapvetően befolyásoló közlemény idézettsége csak évek alatt épül fel, így ezek jelentősége az impakt faktorban alulreprezentált lehet.

Mindezek alapján az impakt faktor hasznos, de korlátozott érvényességű mutató, amely megfelelő kontextusban értelmezve járulhat hozzá a tudományos teljesítmény megítéléséhez.

Egyéni és cikkszintű tudományometriai mutatók

Az impakt faktort követően az elmúlt évtizedekben számos olyan mutatót vezettek be, amelyek célja a tudományos teljesítmény differenciáltabb és többdimenziós értékelése. Ezek az indikátorok a kutatók, a publikációk és a folyóiratok teljesítményének mérésére szolgálnak.

Szerzői szintű mutatók

A szerzői szintű indikátorok célja az egyéni kutatói teljesítmény kvantitatív bemutatása. Bár ezek a mutatók széles körben elterjedtek, értelmezésük különös körültekintést igényel, mivel egyszerre próbálják tükrözni a publikációs aktivitást és a tudományos hatást.

A legismertebb ilyen mutató a *h-index*, amelyet 2005-ben Jorge E. Hirsch vezetett be.⁷ A *h-index* értéke *h*, ha a kutatónak legalább *h* darab olyan közleménye van, amelyek mindegyike legalább *h* idézetet kapott. Például egy kutató *h-indexe* 20, ha 20 publikációja legalább 20–20 (vagy több) idézettel rendelkezik.

A mutató egyik legnagyobb előnye, hogy egyetlen számban integrálja a produktivitást és az idézettséget, így kiegyensúlyozottabb képet ad, mint pusztán a publikációk vagy idézetek száma önmagában. Emellett nem torzítyják jelentősen az extrém magas idézettségű közlemények. Ugyanakkor ez egyben korlátja is, mivel nem tesz különbséget egy mérsékelt és egy rendkívül nagy hatású publikáció között.

A *h-index* erősen időfüggő: a hosszabb ideje aktív kutatók természetes módon magasabb értékkel rendelkeznek, ami megnehezíti a különböző karrierfázisban lévő kutatók összehasonlítását.

Továbbá, a *h-index* nem veszi figyelembe a szerzői hozzájárulás mértékét (első vagy utolsó szerzőség), sem a szakterületi különbségeket az idézési szokásokban.

Az *i10-index*, amelyet a Google vezetett be a Google Scholar platformon, ennél egyszerűbb mutató.⁸ Ez azt fejezi ki, hogy egy kutatónak hány olyan publikációja van, amely legalább 10 idézetet kapott. Előnye az egyszerűség és az átláthatóság, azonban éppen emiatt kevésbé differenciált: nem különbözteti meg a mérsékelt és a kiemelkedően idézett közleményeket, és nem alkalmas finomabb teljesítményértékelésre. A Google Scholar emellett külön megjeleníti az elmúlt öt évre vonatkozó *i10-indexet* és idézettségi adatokat is.

Fontos hangsúlyozni, hogy a szerzői szintű mutatók jelentős mértékben függenek az alkalmazott adatbázisoktól (pl. Web of Science, Scopus, Google Scholar),

amelyek eltérő forrásanyaggal és idézettségi adatokkal rendelkeznek. Ugyanazon kutató h-indexe ezért a különböző adatforrásokban eltérő lehet, ami tovább nehezíti az összehasonlíthatóságot. Példaként említhető egy kutató, akinek h-indexe az MTMT adatbázisban 26 (mely kizárólag az MTMT-ben található közleményeken alapul), a Web of Science rendszerében 17, a Scopus adatbázisban 20, míg a Google Scholar profilján 23. Hasonló különbség figyelhető meg az i10-index esetében is: ugyanazon szerzőnél az MTMT-ben 45, a Google Scholar rendszerében pedig 43. Az eltérések elsősorban az egyes adatbázisok eltérő folyóirat-lefedettségéből, dokumentumtípusaiból és idézettségi adatállományából adódnak.

Klinikai szempontból külön figyelmet érdemel, hogy ezek a mutatók elsősorban a publikációs és idézési aktivitást tükrözik, és kevésbé képesek megragadni a betegellátásra gyakorolt hatást, az irányelvek kidolgozásában való részvételt vagy az oktatási tevékenységet. Így önmagukban nem alkalmasak a klinikai kutatói tevékenység átfogó értékelésére.

Az elsőszersőség általában a munka döntő részének elvégzését jelzi, míg az utolsó szerzség a kutatás szakmai irányításához és a felelősségvállaláshoz köthet. A levelező szerző szerepe kiemelt, mivel ő tartja a kapcsolatot a folyóirattal és a tudományos közösséggel, és gyakran a kutatás vezetőjével is megegyezik.

A szerzői pozíció különösen fontos multicentrikus vagy nagy esetszámú vizsgálatok esetén, ahol a szerzői hozzájárulás megoszlik, és a publikációs teljesítmény csak a szerzségi szerepek figyelembevételével értelmezhető megfelelően.

A kvantitatív szerzői szintű mutatók mellett a tudományos közösségben egy nehezebben megragadható értékelési dimenzió is jelen van, amelyet gyakran „presztízfaktorként” említenek. Ez nem egy egységesen definiált, standardizált mérőszám, hanem olyan tényezők összessége, amelyek a kutató tudományos reputációját és láthatóságát tükrözik.⁹

A „presztízfaktor” elemei közé sorolható többek között a publikációk megjelenési helye – különösen a magas impakt faktorú folyóiratokban való közlés –, a szerzői pozíció (első vagy utolsó szerzség), a hivatkozó közlemények és szerzők „súlya”, valamint a nemzetközi tudományos közösségben való jelenlét, például meghívott előadások, nemzetközi együttműködések vagy irányelvek kidolgozásában való részvétel. Ezek a tényezők együttesen alakítják ki azt a benyomást, amely alapján egy kutató „láthatóvá” és elismertté válik a szak-területén.¹⁰

A „presztízfaktor” jelenléte ugyanakkor számos torzítást is hordozhat. Erősen hálózathüggő, és hajlamos az úgynevezett kumulatív előny (Máté-effektus*) érvényesülésére, amelynek során a már ismert és elismert kutatók további lehetőségekhez és láthatósághoz jutnak. Ez kedvezőtlenül érintheti a kisebb tudomá-

nyos közösségekben dolgozó kutatókat, illetve azokat a területeket – így gyakran a klinikai diszciplínákat is –, amelyek kevésbé generálnak magas idézettséget, de gyakorlati jelentőségük fontos.¹¹

Összességében a szerzői szintű mérőszámok hasznos információt nyújtanak a kutatói teljesítményről, azonban értelmezésük csak kontextusban, más kvalitatív és kvantitatív szempontok együttes figyelembevételével tekinthető megalapozottnak. Értelmezni kell a kapott eredményeket, ugyanakkor figyelembe kell venni az esetleges torzító hatásokat.

Közleményszintű mutatók

A közleményszintű mutatók az egyes tudományos közlemények hatását jellemzik, leggyakrabban az idézettség alapján. Az idézettség azt mutatja meg, hogy egy közlemény milyen mértékben épül be a szakirodalomba. Értelmezése azonban csak a befolyásoló tényezők figyelembevételével lehetséges.

Az idézettséget nem kizárólag a tudományos minőség határozza meg. Jelentős szerepe van a közlemény típusának. A metaanalízisek és összefoglaló közlemények általában magas idézettséget érnek el, mivel releváns kutatások eredményét analizálják, és gyakran szolgálnak hivatkozási alapként.¹² Az eredeti közlemények idézettsége rendszerint alacsonyabb, az esettanulmányok és kisebb esetszámú vizsgálatok többnyire kevés hivatkozást kapnak, függetlenül klinikai jelentőségüktől. Ugyanakkor a metaanalízisek idézettségi előnye nem mindig áll arányban az újdonságtartalommal.

Jelentős hatással van az idézettségre a közlés helye, azaz a folyóirat jellege és olvashatósága. A magas impakt faktorú, széles olvasóközönséggel rendelkező nemzetközi folyóiratokban megjelent publikációk nagyobb valószínűséggel kerülnek idézésre, mint a szűkebb szakmai vagy regionális folyóiratokban publikált közlemények.

Az idézettség alakulását meghatározza a publikáció időpontja is. A régebben megjelent közleményeknek több idejük van idézeteket gyűjteni, ugyanakkor egyes területeken a tudás gyors avulása miatt az idézettség egy idő után csökkenhet. Ezzel szemben az újabb közlemények esetében megfigyelhető az úgynevezett „citation lag”, vagyis az a késleltetés, amíg a publikáció beépül a szakirodalomba és megjelennek az első hivatkozások. Egyes közlemények – különösen nagy jelentőségű klinikai vizsgálatok – gyors idézettségnövekedést mutathatnak, míg mások hatása csak évek alatt bontakozik ki.¹³

További befolyásoló tényező a kutatási téma jellege. A „forró”, intenzíven kutatott területek – például új terápiás eljárások vagy globális egészségügyi problémák – publikációi általában több idézetet generálnak, mint a szűkebb, kevésbé frekvenciált témák. Ez a jelen-

* A Bibliából: akinek van, annak adatik, akinek nincs, attól elvételik.

ség a tudományos érdeklődés ciklikusságával és a kutatási trendekkel függ össze.

Az idézettséget befolyásolja a nemzetközi együttműködés mértéke és a szerzők hálózati beágyazottsága is. Több intézmény vagy ország részvételével készült közlemények általában szélesebb körben válnak ismertté, és nagyobb eséllyel kerülnek idézésre.

Nem elhanyagolható tényező a hozzáférhetőség sem. A nyílt hozzáférésű (open access) publikációk gyakran nagyobb olvasottságot és ennek következtében magasabb idézettséget érhetnek el, bár ennek mértéke szakterületenként eltérő lehet.

A modern tudományometriában megjelentek a normalizált közleményszintű indikátorok is, például a field-weighted citation impact (FWCI), amelyek a szakterületek eltérő idézettségi szokásainak korrigálására törekednek. Ezek a mutatók realisabb összehasonlítást tesznek lehetővé különböző kutatási területek között.¹⁴

Kiemelt kategóriák: „Highly cited” és „Hot paper” közlemények¹⁵

A közleményszintű mutatók speciális alcsoportját képezik az úgynevezett kiemelt idézettségi kategóriák, amelyek a közlemények kivételesen magas vagy gyorsan növekvő tudományos hatását jelölik. Ezeket az indikátorokat elsősorban a nagy nemzetközi adatbázisok – így a Clarivate Web of Science rendszere – alkalmazzák.¹⁶

A „Highly Cited Paper” (HCP) kategória azokat a közleményeket jelöli, amelyek az adott szakterület és publikációs év alapján a legidézettebb 1%-ba tartoznak. Ez a besorolás tehát relatív mutató, amely nem abszolút idézetszámhoz, hanem a hasonló publikációk eloszlásához viszonyít. Például egy belgyógyászati klinikai vizsgálat 150 idézettel kiemelkedőnek számíthat, ha az adott évben és szakterületen a top 1% küszöbértéke körülbelül 100 idézet.

A „Hot Paper” kategória ezzel szemben a gyorsan növekvő idézettségű közleményeket azonosítja. Ide azok a publikációk tartoznak, amelyek rövid időn belül rendkívül intenzív idézettséget érnek el, és saját tudományterületükön a legfrissebb időablak alapján a legidézettebb 0,1%-ba kerülnek. Ez a mutató tehát nem elsősorban a kumulatív idézettséget, hanem az idézettségi dinamika gyorsaságát tükrözi.

Egy klinikai példa segíthet az értelmezésben. Egy új antikoaguláns terápiát vizsgáló randomizált vizsgálat már a megjelenést követő első évben jelentős számú idézetet kaphat, ha eredményei gyorsan beépülnek a klinikai gyakorlatba és irányelvekbe. Ilyen esetben a közlemény „Hot paper” besorolást nyerhet, még akkor is, ha összesített idézettsége később egy másik, lassabban terjedő, de hosszabb távon hatásos közlemény mögött marad.

Egy „Highly Cited Paper” státusz nem feltétlenül jelent klinikai áttörést, míg egy ilyen besorolást el nem érő közlemény is képviselhet jelentős gyakorlati értéket.

Összességében ezek a kategóriák a tudományos láthatóság és az idézettségi dinamika speciális aspektusait ragadják meg, és elsősorban a kutatási trendek azonosítására, valamint intézményi és tudománypolitikai elemzésekre szolgálnak.

Folyóirat szintű mutatók

Az impakt faktor mellett több folyóiratszintű mutató is elterjedt, amelyek célja a tudományos lapok hatásának eltérő szemléletű értékelése. Ezek közül a legfontosabbak a CiteScore és a SCImago Journal Rank (SJR), amelyek az Elsevier kiadó Scopus adatbázisára épülnek, és több szempontból eltérnek a hagyományos impakt faktortól.¹⁷

A CiteScore, mely az adott műben (folyóiratban) megjelent dokumentumok idézettségét vizsgálja négyéves időablakban. A Scopus adatbázis különböző dokumentum típusokat (a folyóiratok mellett könyv, könyvrészlet, konferencia anyag stb.) szemlél, és a CiteScore számításnál az összes dokumentumtípust figyelembe veszi. Ennek következtében stabil, de általában „lassabban reagáló” mutatónak tekinthető.

Egy másik elterjedt indikátor a SCImago Journal Rank (SJR), amely szintén a Scopus adatbázison alapul. A SJR nemcsak az idézetek számát veszi figyelembe, hanem azok „súlyát” is, vagyis azt, hogy az idéző folyóiratok milyen presztízzsel rendelkeznek. Ez a megközelítés hálózati elméleti alapokon nyugszik, és a tudományos kommunikáció struktúráját is figyelembe próbálja venni.¹⁸

A Source Normalized Impact per Paper (SNIP) mutató szintén gyakran használt indikátor, amely ugyancsak a Scopusban érhető el. A SNIP célja, hogy a különböző tudományterületek eltérő idézési szokásait korrigálja, így a szakterületek közötti összehasonlítást pontosabbá tegye.¹³

A mutató számítása azon alapul, hogy egy folyóirat átlagos idézettségét viszonyítják az adott tudományterület „idézési potenciáljához”. Ez utóbbi azt fejezi ki, hogy az adott szakterületen publikáló közlemények átlagosan mennyi irodalmi hivatkozást tartalmaznak, illetve milyen intenzív az idézési aktivitás. A gyorsan fejlődő alap kutatási területeken – például molekuláris biológiában vagy onkológiában – természetesen jóval több idézet keletkezik, mint számos klinikai diszciplínában. A SNIP ezt a különbséget próbálja korrigálni.

Például a *Journal of Internal Medicine* idézettsége abszolút értékben elmaradhat egy vezető molekuláris onkológiai folyóirattól, mivel az alap kutatási területeken általában jóval intenzívebb az idézési aktivitás. Ugyanakkor a folyóirat SNIP értéke a belgyógyászati területen mégis kiemelkedő lehet, mert a saját szakterületén az átlagnál nagyobb tudományos hatást képvisel.

Klinikai szempontból külön hangsúlyozandó, hogy a magas idézettség nem minden esetben azonos a gyakorlati jelentőséggel. Egy metaanalízis vagy irányelv természeténél fogva széles körben hivatkozott lehet, míg egy ritka betegség diagnosztikáját vagy kezelését

alapvetően befolyásoló esettanulmány idézettsége alacsony maradhat.

Ezen mutatók közös jellemzője, hogy az impakt faktorhoz képest eltérő időablakot, súlyozást vagy normalizálást alkalmaznak. Míg az impakt faktor inkább rövid távú és egyszerű mutató, addig ezek az indikátorok komplexebb képet adnak a folyóiratok tudományos hatásáról.

A folyóiratok értékelésében fontos szerepet kapnak a quartilisek (Q1–Q4) is, amelyek a folyóiratokat az adott szakterületen belül rangsorolják. A Q1 kategória a legfelső 25%-ot jelöli, vagyis a legmagasabb presztízsű folyóiratokat, míg a Q4 az alsó negyedbe tartozó lapokat jelenti. A quartilisek mind a JCR-ban, mind a CiteScoreban, s a SJR adatbázisban megtalálhatók, gyakran használják intézményi értékelésekben és pályázati rendszerekben is a decimális (D1) jelzésével a folyóirat kiemelt minőségét mutatva.

Fontos hangsúlyozni, hogy a különböző mutatók nem egymás kiváltására szolgálnak. Az impakt faktor egyszerű és széles körben ismert, a CiteScore átfogóbb lefedettséget ad, míg az SJR a folyóiratok közötti „idézési minőséget” is figyelembe veszi. (Ez utóbbit használja az MTMT is) A quartilisek pedig ezek eredményét egy könnyen értelmezhető, rangsor jellegű formába sűrítik.

Alternatív metrikák (altmetrics)

Az alternatív metrikák (altmetrics) a tudományos közlemények online jelenlétét és társadalmi visszhangját mérik, kiegészítve a hagyományos idézettségi alapú mutatókat. Míg a klasszikus bibliometriai indikátorok a szakirodalmi hivatkozásokon alapulnak, az altmetrikák a digitális térben megjelenő figyelmet („online attention”) próbálják megragadni.

Az online figyelem több forrásból tevődik össze. Ide tartozik a közösségi médiában (például Facebook, LinkedIn) történő megosztás, a híroldalakon való megjelenés, a szakmai blogokban és fórumokon való említés, valamint egyes esetekben a szakpolitikai (policy) dokumentumokban vagy irányelvekben való hivatkozás. Ezek a jelzések általában már a publikációt követő napokban megjelennek, így az altmetrikák a tudományos hatás egy korai indikátorának tekinthetők.¹⁹

Az altmetrikus adatok összegyűjtésére és rendszerzésére több platform is létrejött. Az egyik legelterjedtebb az Altmetric Explorer, amely egy összesített pontszámban jeleníti meg a különböző online forrásokból származó figyelmet.²⁰ Egy másik fontos rendszer a PlumX (Plum Analytics), amely részletesebb bontást alkalmaz.²¹ A PlumX öt fő kategóriába sorolja a hatást: használat (pl. letöltések), megosztás (közösségi média), említések (hírek, blogok), idézetek (klasszikus hivatkozások)***, valamint mentések (pl. referencia-kezelő rendszerekben történő tárolás). Ez a megkö-

zelítés árnyaltabban mutatja meg, hogy egy közlemény milyen csatornákon keresztül válik láthatóvá.

Ugyancsak vizuális megjelenésű az Altmetric Attention Score, amelyet gyakran egy színes kördiagram („altmetric donut”) formájában jelenítenek meg.

Az altmetrikák értelmezésében új irányt képvisel a scite rendszer.²² A scite nem pusztán az idézetek számát vizsgálja, hanem azok szövegkörnyezetét is elemzi mesterséges intelligencia segítségével. Ennek révén megkülönbözteti, hogy egy adott közleményt támogató, ellentmondó vagy csupán említő jelleggel idéznek-e. Ez a megközelítés közelebb visz az idézettség tartalmi értelmezéséhez, és részben hivatkozást képez a klasszikus bibliometria és az altmetrikák között.

Fontos hangsúlyozni, hogy az altmetrikák elsősorban nem a tudományos minőséget mérik, hanem a láthatóságot és a kommunikációs hatást. Ez különösen igaz a klinikai kutatások esetében, ahol egy új, potenciálisan nagy hatású eredmény gyorsan széles körben elterjedhet.²³

Klinikai szempontból az altmetrikák kettős jelentőséggel bírnak. Egyrészt elősegíthetik a fontos eredmények gyors megismertetését, ami hozzájárulhat a tudás gyorsabb beépüléséhez a gyakorlatba. Másrészt azonban fennáll annak a veszélye, hogy a széles körű figyelem megelőzi a kritikus értékelést, különösen korai fázisú vagy még nem kellően megerősített eredmények esetében.

Az utóbbi években a tudománymetria geopolitikai dimenziója is egyre hangsúlyosabbá vált. Kína például saját bibliometriai kezdeményezésekkel igyekszik csökkenteni a nyugati adatbázisoktól és az impakt faktor dominanciájától való függőséget. Ennek egyik példája az úgynevezett „Dongbi Index”, amelyet alternatív értékelési rendszerként mutattak be a nemzetközi tudományos kommunikációban.²⁴ Bár a kezdeményezés jól tükrözi a tudományos teljesítményértékelés globalizálódását és politikai jelentőségét, metodikája és nemzetközi elfogadottsága jelenleg még korlátozott.

Összességében az altmetrikák a tudományos kommunikáció új dimenzióját jelenítik meg. Hasznos kiegészítő információt nyújtanak a közlemények láthatóságáról és társadalmi hatásáról, azonban jelentős mértékben torzíthatók a médiavisszhang, a téma szenzációs jellege vagy a célzott kommunikáció által, így önmagukban nem tekinthetők a tudományos minőség megbízható mérőszámának.

Tudománymetriai mutatók az intézményi és egyetemi rangsorokban

A tudománymetriai mutatók jelentősége ma már messze túlmutat az egyes közlemények, folyóiratok vagy kutatók értékelésén. Az impakt faktor, az idézettségi mutatók, a „highly cited paper” kategóriák, valamint a

** Elsevier folyóiratok közleményeinél.

különböző szerzői indikátorok napjainkra az intézményi teljesítményértékelés alapvető elemeivé váltak. Az egyetemek és kutatóintézetek nemzetközi megítélését egyre nagyobb mértékben befolyásolják azok a rangsorok, amelyek ezen mutatók aggregált formáira épülnek.²⁵

A legismertebb nemzetközi egyetemi rangsorok – mint a Shanghai Ranking, a Times Higher Education (THE) vagy a QS World University Rankings – részben eltérő módszertant alkalmaznak, közös jellemzőjük azonban, hogy a tudományos teljesítményt döntően publikációs és idézettségi adatok alapján próbálják számszerűsíteni.

A rangsorokban alkalmazott mutatók közé tartozik az összesített publikációs volumen, az idézettségi hatás, a nemzetközi együttműködések aránya, valamint a magas presztízsű folyóiratokban megjelent közlemények száma. Számos rendszer külön értékeli a Q1-es folyóiratokban megjelent publikációkat és a „highly cited paper” kategóriába sorolt közleményeket is. Mivel az idézettségi mutatók a publikációk által kapott hivatkozások számán alapulnak, a nem idézett közlemények csökkentik az intézményi átlagértékeket. Ez közvetve kedvezőtlenül befolyásolhatja az egyetemek és kutatóintézetek helyezését a nemzetközi rangsorokban is.

Lényeges hangsúlyozni, hogy az intézményi rangsorok szükségszerűen ugyanazokat a torzításokat hordozzák, amelyek az egyéni és folyóiratszintű mutatók esetében is megfigyelhetők. Az alapkutatási területek idézettségi előnye, az angol nyelv dominanciája, a nagy nemzetközi hálózatok előnye vagy a magas idézettségű publikációtípusok túlsúlya intézményi szinten még erőteljesebben érvényesülhet.

Az egyetemi rangsorok elsősorban a tudományos láthatóságot és nemzetközi beágyazottságot tükrözik, és csak részben alkalmasak az oktatási vagy klinikai teljesítmény megítélésére.²⁶

Klinikai nézőpont – Mit jelent ez a belgyógyász számára?

A tudományometriai mutatók ismerete a klinikai orvos számára ma már gyakorlatilag elkerülhetetlen. A publikációs teljesítmény szerepet játszik az akadémiai előmenetelben, a pályázati lehetőségekben, a habilitációs és egyetemi kinevezésekben, valamint az intézményi értékelésekben is. Ennek következtében a klinikuskutatók egyre inkább olyan környezetben dolgoznak, ahol a tudományos teljesítményt számszerűsíthető indikátorok alapján próbálják megítélni.

A klinikai gyakorlat szempontjából ugyanakkor fontos felismerni, hogy a tudományos láthatóság és a valódi klinikai érték nem mindig esik egybe.¹ A magas idézettség, a nagy impakt faktorú folyóiratban történő megjelenés vagy a „highly cited paper” kategória önmagában nem garantálja, hogy egy közlemény hosszú távon valóban javítja a betegellátást.

A bizonyítékalapú orvoslás (evidence-based medicine, EBM) fejlődése és az idézettségi rendszerek között természetesen szoros kapcsolat áll fenn. A nagy idézettségű klinikai vizsgálatok, metaanalízisek és irányelvek gyakran meghatározó szerepet játszanak a diagnosztikus és terápiás ajánlások kialakításában. Az idézettség tehát bizonyos mértékig valóban tükrözheti a tudományos és klinikai hatást.²⁷

Az EBM hierarchiája és a bibliometriai siker azonban nem teljesen azonos fogalmak.²⁸ Egy közlemény magas idézettsége mögött állhat valódi tudományos áttörés, de szerepet játszhat benne a téma aktualitása, a széles kutatói érdeklődés vagy a publikáció kommunikációs ereje is. Ezzel szemben számos, a mindennapi betegellátás szempontjából fontos klinikai megfigyelés, diagnosztikus módszer vagy ritka betegséggel kapcsolatos tapasztalat alacsony idézettség mellett is jelentős gyakorlati értékkel bírhat.²⁹

Klasszikus példaként említhető a *Helicobacter pylori* szerepének felismerése a peptikus fekélybetegség kialakulásában. Barry Marshall és Robin Warren 1983-ban közölt megfigyeléseit kezdetben jelentős szkepticizmus fogadta³⁰ és azok klinikai jelentősége sem vált azonnal nyilvánvalóvá. A klinikai szemléletváltás fokozatosan alakult ki, és széles körű elfogadottsága mintegy 10 év után történt meg.³¹

A publikációk értékelésében ezért továbbra is elsődleges szempont kell legyen a módszertani minőség, a reprodukálhatóság, a klinikai relevancia és az eredmények gyakorlati alkalmazhatósága. A bibliometriai mutatók hasznos orientáló eszközök lehetnek, de nem helyettesíthetik a szakmai kritikai gondolkodást.²

A publikációs stratégia kialakításakor szintén árnyalt megközelítés szükséges. A magas impakt faktorú, nemzetközi folyóiratok kétségtelenül nagyobb láthatóságot biztosítanak, ugyanakkor nem minden közlemény számára ezek jelentik az optimális publikációs fórumot. Egy speciális klinikai kérdéssel foglalkozó közlemény gyakran nagyobb szakmai hatást érhet el egy célzott szakterületi folyóiratban, mint egy általános profilú, magas impakt faktorú lapban.

Ez különösen igaz a belgyógyászatra, amelyből az elmúlt évtizedek során számos önálló szubspecialitás fejlődött ki, így többek között a kardiológia, gasztroenterológia, hematológia, endokrinológia, immunológia vagy nefrológia. Ezek a területek ma már eltérő kutatási kultúrával, publikációs aktivitással és idézettségi sajátosságokkal rendelkeznek.

Míg egyes, molekuláris vagy immunológiai orientációjú területeken rendkívül magas idézettségi számok jellemzők, addig más, elsősorban klinikai fókuszú belgyógyászati diszciplínákban természetesen alacsonyabb bibliometriai mutatók figyelhetők meg. Ez azonban nem jelent kisebb klinikai jelentőséget vagy tudományos értéket. A belgyógyászat sajátossága éppen abban rejlik, hogy a betegellátás komplexitása, a multimorbiditás és a klinikai döntéshozatal sokszor olyan kérdéseket helyez előtérbe, amelyek bibliomet-

riai szempontból kevésbé „látványosak”, ugyanakkor a mindennapi orvosi gyakorlatban meghatározó jelentőségűek.³²

Összességében a tudományometriai mutatók hasznos tájékozódási pontok a modern tudományos életben, azonban a klinikai orvoslásban nem válhatnak öncélúvá. A belgyógyász számára végső soron nem az idézettségi szám, hanem a betegellátásra gyakorolt hatás marad a legfontosabb értékmérő.

Jövőbeli irányok – Merre halad a tudományos értékelés?

A tudományos kommunikáció és a tudományometriai értékelés rendszere az elmúlt években jelentős átalakuláson ment keresztül, és várhatóan a következő évtizedben is alapvető változások előtt áll. Egyre gyakrabban merül fel a kérdés, hogy a hagyományos folyóirat-központú modell hosszú távon megőrzi-e domináns szerepét, vagy fokozatosan nagyobb teret kapnak az alternatív publikációs és értékelési formák.

Az egyik legfontosabb változás a nyílt tudomány (open science) térnyerése.³ Ennek alapelve, hogy a kutatási eredmények, az adatok, a módszertanok és sok esetben maga a szakmai bírálati folyamat is széles körben hozzáférhető legyen. A nyílt hozzáférésű (open access) publikációk számának gyors növekedése jól mutatja ezt a tendenciát.

Az open science részeként egyre nagyobb jelentőséget kapnak a preprint szerverek is, mint például a medRxiv vagy a bioRxiv, amelyek lehetővé teszik a kutatási eredmények gyors közzétételét még a hagyományos peer review folyamat lezárása előtt. Ez különösen a COVID-19-pandémia idején vált hangsúlyossá, amikor a gyors tudományos információáramlás kiemelt jelentőségű volt.³³

A tudománymetria területén szintén új irányok figyelhetők meg.¹⁹ Az egyszerű idézettségi mutatók mellett egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az összetettebb indikátorok, amelyek figyelembe próbálják venni a tudományos együttműködések, az adatok újrafelhasználását, a nyílt adatmegosztást vagy akár a társadalmi és klinikai hatást is. Az altmetrikák, a mesterséges intelligencián alapuló idézettségelemzés és a szövegtörzsetet vizsgáló rendszerek – mint például a scite – ebbe az irányba mutatnak.

Ezzel párhuzamosan egyre erősebben jelenik meg az igény a kvalitatív értékelés iránt. Számos nemzetközi kezdeményezés – például a DORA (San Francisco Declaration on Research Assessment) – hangsúlyozza, hogy a kutatói teljesítmény megítélése nem alapulhat kizárólag bibliometriai mutatókon.¹ Egyre inkább előtérbe kerül a kutatás valódi tudományos és társadalmi hatása, a módszertani minőség, az oktatási tevékenység, valamint a klinikai alkalmazhatóság értékelése.

Különösen fontos ez a klinikai tudományokban és a belgyógyászatban, ahol a betegellátásra gyakorolt hatás gyakran nem tükröződik közvetlenül az idézettségi

számokban. A jövő egyik legnagyobb kihívása éppen az lehet, hogy miként alakítható ki olyan értékelési rendszer, amely egyszerre képes figyelembe venni a tudományos láthatóságot, a módszertani minőséget és a relevanciát.²⁸

Összességében valószínű, hogy a tudományos értékelés rendszere a jövőben egyre összetettebbé válik. A hagyományos bibliometriai mutatók várhatóan továbbra is meghatározó szerepet játszanak, azonban egyre inkább kiegészülnek olyan kvalitatív és alternatív megközelítésekkel, amelyek árnyaltabban próbálják megragadni a tudományos teljesítmény valódi értékét.

Összefoglalás

A tudományometriai mutatók az elmúlt évtizedekben a tudományos élet meghatározó elemeivé váltak. Az impact faktor, a h-index, az idézettségi mutatók, az altmetrikák vagy az egyetemi rangsorok ma már nem csupán a tudományos kommunikáció részei, hanem jelentős hatással vannak a kutatási stratégiákra, az akadémiai előmenetelre és az intézményi döntésekre is.

Kétségtelen, hogy ezek a mutatók fontos információt hordoznak. Segíthetnek a tudományos láthatóság, a publikációs aktivitás és részben a tudományos hatás megítélésében. Ugyanakkor egyik indikátor sem képes önmagában megragadni a tudományos érték teljes komplexitását.

A klinikai orvoslás története számos példát ismer arra, hogy kezdetben kevésbé idézett megfigyelések vagy közlemények később alapvetően változtatták meg a betegellátást. Több klasszikus klinikai felismerés – ritka betegségek első leírása, gyógyszer mellékhatások felismerése vagy új diagnosztikus szemlélet kialakulása – éveken át viszonylag csekély tudományos visszhang mellett létezett, mielőtt valódi jelentőségük nyilvánvalóvá vált volna.

Ezzel szemben a tudományos életben időről időre megjelennek olyan „hot topic” területek is, amelyek rövid idő alatt rendkívüli idézettséget és figyelmet generálnak, később azonban jelentőségük csökken vagy részben eltűnik. A gyors tudományos láthatóság tehát nem minden esetben azonos a tartós tudományos vagy klinikai értékkel.

Különösen igaz ez a belgyógyászatra, amely komplex, sokszínű klinikai diszciplína, és amelyből az évtizedek során számos önálló szubspecialitás fejlődött ki. A betegellátás szempontjából meghatározó kérdések gyakran nem a leglátványosabb bibliometriai mutatókban jelennek meg, hanem a diagnosztikus gondolkodás, a terápiás döntések és a klinikai tapasztalat fejlődésében.

A tudományometriai indikátorok ezért elsősorban eszközöknek tekinthetők, nem pedig önálló céloknak. Hasznos tájékozódási pontot jelentenek a modern tudományos életben, azonban értelmezésük mindig kontextust, szakmai tapasztalatot és kritikus gondolkodást igényel.

Végső soron a klinikai kutatás valódi értékét nem kizárólag az idézettségi számok vagy rangsorok határozzák meg, hanem az, hogy eredményei mennyiben járulnak hozzá a betegségek jobb megértéséhez és a betegek gyógyításához.

Irodalom

1. **DORA (The Declaration on Research Assessment):** San Francisco. [Internet] 2013. [cited 2026 jun 10]; Available from: <https://sfpora.org/about-dora/>
2. **Hicks D, Wouters P, Waltman L és mtsai:** Bibliometrics: The Leiden Manifesto for research metrics. *Nature* 2015; **520**: 429-431.
3. **UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization):** Recommendation on Open Science. The General Conference of UNESCO meeting in Paris, from 9 to 24 November 2021, at its 41st session. DOI: 10.54677/MNMH8546. [Internet] 2021. [cited 2026 jun 10]; Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379949>
4. **MTMT (Magyar Tudományos Művek Tára):** nemzeti tudományos bibliográfia. MTA Könyvtár és Inf. Közp. [Internet]. 2009. [cited 2026 jun 10]; Available from: <https://www.mtmt.hu/>
5. **Schubert A:** Az impaktfaktor és akiknek nem kell. *Orv Hetil.* 2015; **156**: 1065-1069. DOI: 10.1556/650.2015.30212.
6. **Falagas ME, Alexiou VG:** The top-ten in journal impact factor manipulation. *Arch Immunol Ther Exp.* 2008; **56**: 223-226. DOI: 10.1007/s00005-008-0024-5.
7. **Hirsch J:** An index to quantify an individual's scientific research output. *P Natl Acad Sci USA.* 2005; **102**: 16569-16572. DOI: 10.1073/pnas.0507655102.
8. **I10-index.** 2025 May. [Internet]. [cited 2026 jun 10]; Available from: <https://simple.wikipedia.org/wiki/I10-index>
9. **Ioannidis JPA, Klavans R, Boyack KW:** Thousands of scientists publish a paper every five days. *Nature.* 2018; **561**: 167-169. DOI: 10.1038/d41586-018-06185-8.
10. **Wang J:** Unpacking the Matthew effect in citations. *J Informetrics.* 2014; **8**: 329-339. DOI: 10.1016/j.joi.2014.01.006.
11. **Bol T, De Vaan M, Van De Rijdt A:** The Matthew effect in science funding. *P Natl Acad Sci USA.* 2018; **115**: 4887-4890. DOI: 10.1073/pnas.1719557115.
12. **Cheung MWL, Vijayakumar R:** A Guide to Conducting a Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev.* 2016; **26**: 121-128. DOI: 10.1007/s11065-016-9319-z.
13. **Moed HF:** Measuring contextual citation impact of scientific journals. *J Informetrics.* 2010; **4**: 265-277. DOI: 10.1016/j.joi.2010.01.002.
14. **Elsevier. SciVal LibGuide:** Home 2026 April 23 [Internet]. [cited 2026 jun 10]; Available from: https://elsevier.libguides.com/SciVal?utm_source=chatgpt.com
15. **Essential Science Indicators: Learn the Basics:** 2026 April 21 [Internet]. [cited 2026 jun 10]; Available from: <https://clarivate.libguides.com/esi>
16. **Web of Science Core Collection:** 2026. [Internet]. [cited 2026 jun 10]; Available from: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/smart-search>
17. **Elsevier Scopus Databases:** Sources. 2026. [Internet]. [cited 2026 jun 11]; Available from: <https://www.scopus.com/sources.uri?zone=TopNavBar&origin=>
18. **SCImago Journal & Country Rank 2026.** [Internet]. [cited 2026 jun 11]; Available from: <https://www.scimagojr.com/>
19. **Priem J, Groth P, Taraborelli D:** The altmetrics collection. *PloS one.* 2012; **7**: e48753. DOI: 10.1371/journal.pone.0048753.
20. **Priem J, Taraborelli D, Groth P és mtsai:** Altmetrics: a manifesto. 26 October 2010. [Internet]. [cited 2026 jun 11]; Available from: <https://digitalcommons.unl.edu/scholcom/185/>
21. **PlumX Metrics. Elsevier:** 2026. [Internet]. [cited 2026 jun 11]; Available from: <https://www.elsevier.com/insights/metrics/plumx>
22. **Nicholson JM, Mordaunt M, Lopez P és mtsai:** scite: A smart citation index that displays the context of citations and classifies their intent using deep learning. *Quant Sci Stud.* 2021; **2**: 882-898. DOI: 10.1162/qss_a_00146.
23. **Bornmann L:** Alternative metrics in scientometrics: A meta-analysis of research into three altmetrics. *Scientometrics.* 2015; **103**: 1123-1144. DOI: 10.48550/arXiv.1407.8010
24. **China launches Dongbi Index to challenge impact factor dominance.** *Research Information.* 30. March 2026. [Internet]. [cited 2026 jun 11]; Available from: <https://www.researchinformation.info/news/china-launches-dongbi-index-to-challenge-impact-factor-dominance/>
25. **Kosztján ZT, Banász Z, Csányi VV és mtsai:** Egyetemi rangsorok tudományometriai és statisztikai megalapozással. *Statisztikai Szemle.* 2020; **98**: 930-957. DOI: 10.20311/stat2020.8.hu0930.
26. **Csomós G:** A nemzetközi egyetemi rangsorok és a magyar egyetemek publikációs teljesítményének összefüggései: kritikus tényezők és lehetséges megoldások. *Társadalomkutatás.* 2014; **32**: 355-372. DOI: 10.1556/Tarskut.32.2014.4.5.
27. **Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ és mtsai:** Users' guides to the medical literature: XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the users' guides to patient care. *Jama.* 2000; **284**: 1290-1296. DOI: 10.1001/jama.284.10.1290.
28. **Ioannidis JPA:** Why most published research findings are false. *PLoS Med.* 2005; **2**: e124. DOI: 10.1371/journal.pmed.0020124.
29. **Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM és mtsai:** Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996; **312**: 71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
30. **Marshall B, Warren JR:** Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *The Lancet.* 1984; **323**: 1311-1315. DOI: 10.1016/S0140-6736(84)91816-6.
31. **Yamada T, Searle JG, Ahnen D és mtsai:** Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. *JAMA.* 1994; **272**: 65-69. DOI: 10.1001/jama.1994.03520010077036.
32. **Greenhalgh TM, Dijkstra P (szerk.):** How to read a paper: the basics of evidence-based healthcare, John Wiley & Sons, United Kingdom, 2024. DOI: 10.1002/9781394206933.
33. **Fraser N, Brierley L, Dey G és mtsai:** The evolving role of preprints in the dissemination of COVID-19 research and their impact on the science communication landscape. *PLoS Biol.* 2021; **19**: e3000959. DOI: 10.1371/journal.pbio.3000959.

IGG4-ASSZOCIÁLT HYPOPHYSITIS ESETE: KOMPLEX DIAGNOSZTIKAI ÉS TERÁPIÁS KIHÍVÁS

*Dr. Bánki Réka¹, Dr. Tóth Péter², Dr. Molnár Krisztián³, Dr. Mangel László⁴, Dr. Kajtár Béla⁵,
Dr. Mezősi Emese¹*

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ,

¹ I. számú Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia,

² Idegsebészeti Klinika,

³ Orvosi Képzőképző Klinika,

⁴ Onkoterápiás Intézet,

⁵ Patológiai Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS: Az IgG4-asszociált betegség egy krónikus, szisztémás autoimmun kórkép, amely számos szervet érinthet, ritkán a hypophysis érintettsége is előfordul. A szerzők egy 42 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinél fejfájás, jelentős testsúlycsökkenés és hypopituitarismus tünetei miatt indult kivizsgálás. A laboratóriumi vizsgálatok centrális hypothyreosist, hypogonadotrop hypogonadismust és centrális hypocortisolismust igazoltak. A koponya-CT és a sella-MR-vizsgálat a hypophysisnyél megvastagodását és a chiasma opticum kompresszióját mutatta. A szövettani vizsgálat lymphoplasmacytás infiltrációt és emelkedett IgG4-pozitív plazmasejtszámot igazolt, amely IgG4-asszociált hypophysitis lehetőségét vetette fel. A transnasalis hypophysisműtét nem vezetett remisszióhoz, a beteg állapota diabetes insipidus és látótérkiesés kialakulásával progresszióba. Nagy dózisú szteroidkezelés átmeneti javulást eredményezett, azonban a betegség progressziója miatt sztereotaxiás sugárkezelésre is szükség volt. A beteg jelenleg hormonpótló kezelés mellett stabil állapotban van. Az IgG4-asszociált hypophysitis ritka kórkép, amely diagnosztikus és terápiás kihívást jelent, multidiszciplináris megközelítést és hosszú távú követést igényel.

Kulcsszavak: IgG4-asszociált betegség, hypophysitis, hypopituitarismus, autoimmun betegség, hypophysisnyél megvastagodása

Bánki R., Tóth P., Molnár K., Mangel L., Kajtár B., Mezősi E.: CASE OF IGG4-RELATED HYPOPHYSITIS: A COMPLEX DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE

SUMMARY: IgG4-related disease is a chronic systemic autoimmune condition that may involve multiple organs; however, pituitary involvement is rare. The authors present the case of a 42-year-old male patient who was evaluated due to headache, significant weight loss and symptoms of hypopituitarism. Laboratory findings confirmed central hypothyroidism, hypogonadotropic hypogonadism and central adrenal insufficiency. Cranial CT and sellar MRI demonstrated thickening of the pituitary stalk and compression of the optic chiasm. Histopathological examination revealed lymphoplasmacytic infiltration with increased numbers of IgG4-positive plasma cells, suggesting IgG4-related hypophysitis. Transnasal pituitary surgery did not result in remission, and the patient's condition progressed with the development of diabetes insipidus and visual field impairment. High-dose corticosteroid therapy led to temporary improvement; however, due to further progression, stereotactic radiotherapy was required. The patient is currently in stable condition under hormone replacement therapy. IgG4-related hypophysitis is a rare condition that poses diagnostic and therapeutic challenges, requiring a multidisciplinary approach and long-term follow-up.

Keywords: Immunoglobulin G4-Related Disease, Hypophysitis, Hypopituitarism, Autoimmune Diseases, Pituitary Gland

Magy Belorv Arch 2026; 79: 195–199.

Levelező szerző: Dr. Bánki Réka

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika

7624 Pécs, Ifjúság útja 13.

E-mail cím: bankireka@gmail.com

DOI: 10.59063/mba.2026.79.4.4

Bevezetés

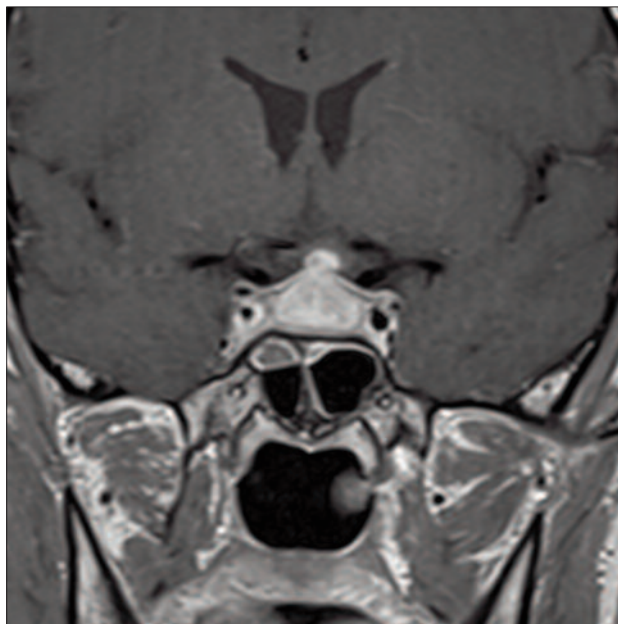
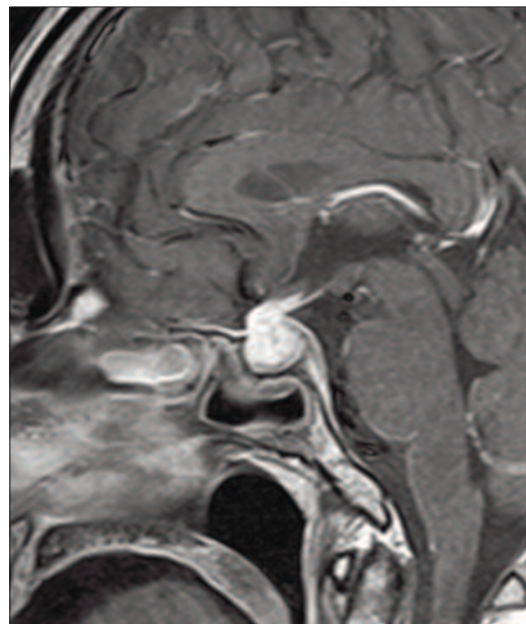
Az IgG4-asszociált betegség (IgG4-related disease, IgG4-RD) egy viszonylag újonnan leírt, krónikus, immunmediált, fibroinflammatorikus kórkép, amelyet szöveti IgG4-pozitív plazmasejt infiltráció, storiform fibrosis és gyakran emelkedett szérums IgG4-szint jellemez.¹ A betegség multiszisztémás jellegű, leggyakrabban a pancreas, a nyálmirigyek, a retroperitoneum, a vese és a tüdő érintett, azonban gyakorlatilag bármely szervben megjelenhet.^{2,3} A központi idegrendszeri manifesztáció ritka, hypophysisérzékenység különösen ritka, ugyanakkor klinikailag jelentős, mivel hypopituitarismushoz, diabetes insipidushoz és látótérkieséshez vezethet.^{4,5} Az IgG4-asszociált hypophysitis diagnózisa kihívást jelent, mivel klinikai és radiológiai megjelenése nem specifikus, és számos egyéb kórképet utánozhat, mint például lymphocytás hypophysitis, granulomatosus betegségek vagy daganatos folyamatok.⁶ A diagnózis felállításában kulcsszerepe van a képalkotó vizsgálatoknak és a szövettani megerősítésnek, míg a kezelés alapját az immunuszuppresszív terápia és a hormonpótlás képezi.^{4,6} A közlemény célja egy IgG4-asszociált hypophysitis esete kapcsán a diagnosztikai és terápiás nehézségek bemutatása.

Betegbemutató

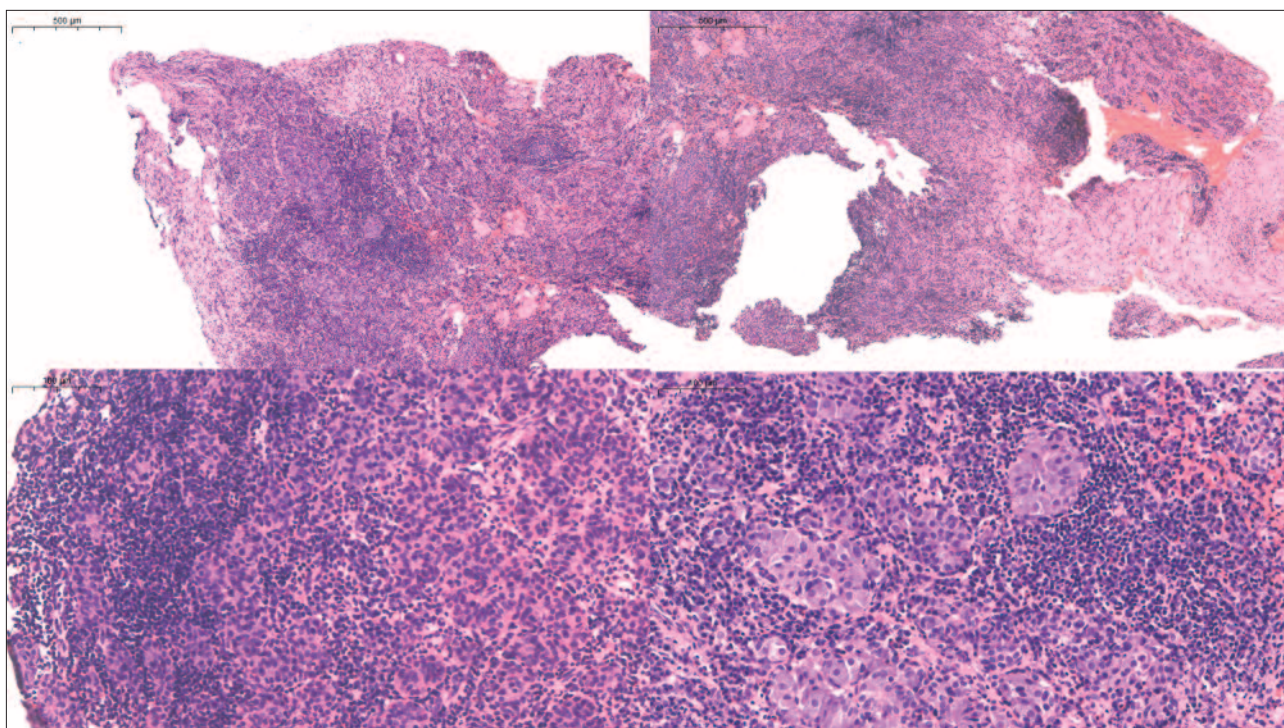
A 42 éves férfibeteg 2019 nyarán jelentkezett kivizsgálásra több hónapja fennálló, fokozatosan romló általános állapot miatt. Panaszai között progresszív fejfájás, jelentős, mintegy 25 kg-os testsúlycsökkenés, kifejezett fáradékonyság, csökkent terhelhetőség és libidócsökkenés szerepelt. Kórelőzményében adenotomia és

orropolyműtét szerepelt, 2018 decemberében pancreatitis miatt kezelték, amelynek okát nem sikerült tisztázni. Rendszeres gyógyszereszedést nem igényelt. Családi anamnézisében releváns endokrin vagy autoimmun betegség nem szerepelt. A kezdeti laboratóriumi vizsgálatok hypopituitarismus irányába mutató eltéréseket jeleztek, ezért részletes endokrinológiai kivizsgálás történt. A kivizsgálás során laboratóriumi, képalkotó (koponya-CT, sella-MR) és szövettani vizsgálatok történtek. A szövettani mintát immunhisztokémiai módszerekkel elemezték, különös tekintettel az IgG4-pozitív plazmasejtek arányára.

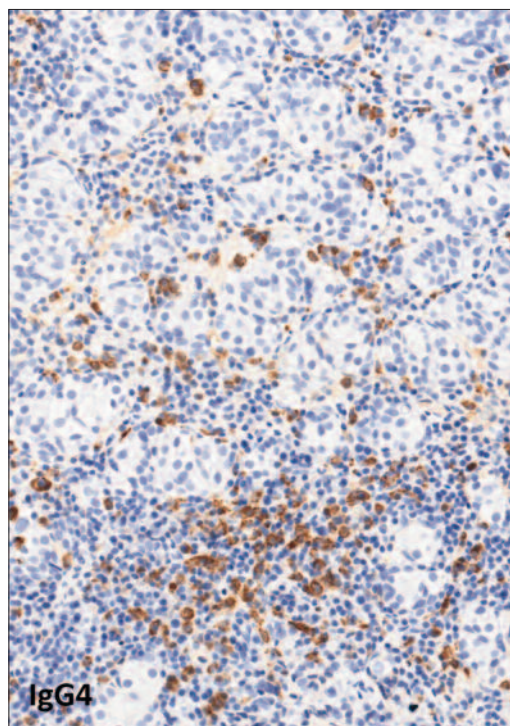
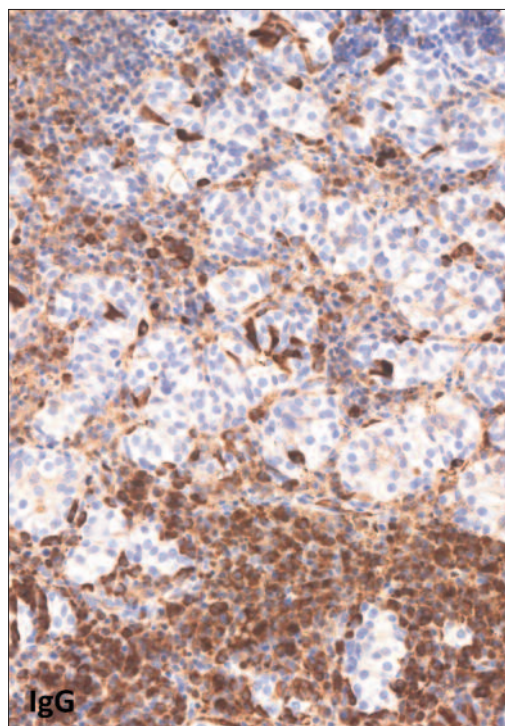
A hormonális státusz vizsgálata centrális hypothyreosist (alacsony szabad T4, alacsony TSH), hypogonadotrop hypogonadismust (csökkent tesztoszteron, alacsony gonadotropinok) és centrális hypocortisolismust (alacsony reggeli kortizol és ACTH) igazolt. A prolaktin szint enyhén emelkedett volt. Képalkotó vizsgálatok során koponya-CT, majd sella-MR készült, amely a hypophysis nyelének megvastagodását és a chiasma opticum kompresszióját mutatta, kiterjedt sellaris térfoglalás nélkül (*1. ábra*). A diagnózis tisztázása érdekében transnasalis endoszkópos hypophysis műtét történt. A szövettani vizsgálat lymphoplasmacytás infiltrációt, fibrosis jeleit és obliteratív phlebitist mutatott (*2. ábra*). Immunhisztokémiai vizsgálattal emelkedett IgG4-pozitív plazmasejtszám (95/HPF) (*3. ábra*), valamint magas IgG4/IgG arány volt kimutatható (a plazmasejtek kb. 35-40%-a IgG4 pozitív, több látótérben is látható 50-60/HPF sejt, egy mezőben 95/HPF sejt figyelhető meg), amely megfelelt az IgG4-asszociált betegség elfogadott diagnosztikai kritériumainak.^{1,7} Szérums IgG4 meghatározásra sajnos nem volt lehetőség. A transnasalis hypophysisműtét nem



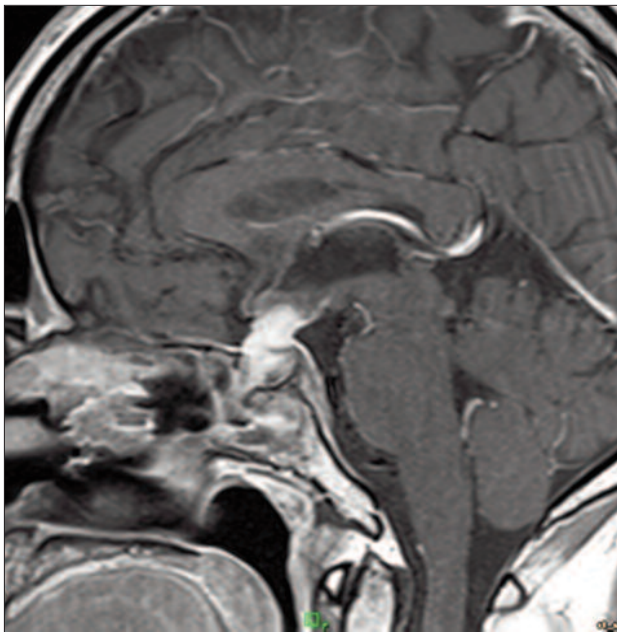
1. ábra. Kontrasztanyagot MR T1 súlyozott mérés, amely a hypophysisnyél megvastagodását és chiasmakompressziót mutat



2. ábra. Szöveti vizsgálat: A minta vegyes sejtszerkezetű hypophysisparenchymának felel meg, melyben gócosan lymphocytás beszűrődés észlelhető, ami néhol disszekálja a parenchymát, néhány nyiroktüsző is azonosítható centrum germinativummal. Necrosis, számottevő akut gyulladás nem jellemző, macrophagok feltűnnek, de epithelioides granuloma, óriássejtek nincsenek jelen



3. ábra. Szöveti vizsgálat: A mintában plazmasejtek is láthatók, néhol mezőket alkotva, a plazmasejtek kb. 35-40%-a IgG4 pozitív, több látótérben is látható 50-0/HPF sejt, egy mezőben 95/HPF sejt figyelhető meg. A plazmasejtek kappa/lambda aránya kb. 3/1, lényegében fiziológiás. A lymphocyták vegyesen CD3 és CD20 pozitívak. A hypophysis sejtek Ki67 indexe jóval 1% alatti, valamennyi hormon mutat jelölődést normális parenchymának megfelelő eloszlásban



4. ábra. Radiológiai javulás hiánya, posztoperatív állapot a sellában, kontrasztanyag-halmozás az operált hypophysis és a jelentősen kiszélesedett hypophysis nyél területén. A kiszélesedett hypophysis nyél chiasma kompressziót okoz, a chiasma, illetve tractus és nervus opticus oedémás, a jobb oldali nervus opticus kezdeti szakasza diszkrétan halmoz is. További oedema a hypothalamus chiasma feletti területén

vezetett javuláshoz (4. ábra). A beteg állapota a követés során romlott, diabetes insipidus, progresszív látótérkiesés és a jobb nervus abducens teljes bénulása következtében kettőslátás alakult ki. Nagy dózisu szisztémás kortikoszteroid kezelés (3 napon keresztül napi 500 mg SoluMedrol iv.) bevezetése átmeneti klinikai és radiológiai javulást eredményezett, azonban a dózis csökkentésével a tünetek részben kiújultak. A betegség progressziója miatt 2021-ben (03. 11–04. 12. között) 3 Gy CT tervezett mezőkből 40/2 Gy összdózisú konformális, sztereotaxiás sugárkezelés történt, ezt követően a betegség stabilizálódott. A beteg jelenleg komplex hormonpótló kezelés (glükokortikoid, pajzsmirigyhormon, tesztoszteron, GH, desmopresszin) mellett stabil állapotban van, rendszeres endokrinológiai és radiológiai kontroll alatt áll.

Megbeszélés

Az IgG4-asszociált hypophysitis ritka, de egyre gyakrabban felismert kórkép, amely a hypophysis gyulladásos betegségeinek speciális alcsoportját képezi.^{7, 8} A klinikai megjelenés heterogén, leggyakrabban hypopituitarismus, diabetes insipidus és fejfájás formájában jelentkezik.^{5, 9} Az IgG4 asszociált betegséget 2001-ben írták le, autoimmun pancreatitis okaként. A betegség érintheti a pancreast, nyálmirigyet, tüdőt, vesét, májat, epeutakat, prosztatát, orbitát, pajzsmirigyet, bőrt, retroperitoneumot, látgyagyhártyát, hypophysist.¹ Szöveti kritérium az érintett szerv lymphocytás, plazmasejtes infiltrációja, az IgG4 pozitív plazmasejtek

aránya az összes IgG pozitív sejten belül meghaladja a 40%-ot, vagy az IgG4 pozitív sejtek abszolút száma >10/nagy nagyítású látótér, fibrosissal kísérvé. A hypophysis az esetek 0–8%-ában érintett. A német hypophysis tumor regiszterben 2001 és 2016 között 29 primer hypophysitisesetet találtak, ezeket értékelték retrospektíven, hogy megfeleltek-e az IgG4-asszociált hypophysitis kritériumainak.⁸ 12 esetben (41,4%) tudták az IgG4 asszociált hypophysitist megállapítani. Az esetek a lymphocytás hypophysitis és a nem specifikált hypophysitis esetekből kerültek ki, nem volt közöttük olyan, akit korábban granulomatosus hypophysitisnek tartottak. Az átlagéletkor 43 év, a nő/férfi arány 2/1 volt. Radiológiai szempontból a hypophysis nyelének megvastagodása és homogén kontrasztfokozás jellemző, azonban ezek a jelek nem specifikusak, így más kórképektől való elkülönítés gyakran nehéz.¹⁰ A definitív diagnózis felállításában a szövettani vizsgálat alapvető jelentőségű, különösen az IgG4-pozitív plazmasejtek kimutatása és az IgG4/IgG arány meghatározása.^{1, 8} A kezelés első vonalát a szisztémás kortikoszteroidok jelentik, amelyek gyakran gyors klinikai javulást eredményeznek, azonban a relapszusok nem ritkák.^{11, 13} Refrakter vagy visszatérő esetekben egyéb immun-suppresszív szerek, például rituximab alkalmazása is szóba jön.¹² Az eset jól példázza, hogy az IgG4-asszociált hypophysitis krónikus, relapszusokra hajlamos lefolyású lehet, és komplex, gyakran többmodalitású kezelést igényel. A korai felismerés és a megfelelő terápia megkezdése kulcsfontosságú a maradandó hypophysiskárosodás megelőzésében. Az eset hangsúlyozza

a multidisziplináris együttműködés jelentőségét, amely magában foglalja az endokrinológus, radiológus, patológus és idegsebész szoros együttműködését. Esetünk különlegességét a progresszív lefolyás, a részleges szteroidválasz és a sugárkezelés szükségessége adja, amely jól tükrözi a betegség heterogén klinikai viselkedését.

Irodalom

1. **Umehara H, Okazaki K, Masaki Y és mtsai:** Research Program for Intractable Disease by Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) Japan G4 team. A novel clinical entity, IgG4-related disease (IgG4RD): general concept and details. *Mod Rheumatol* 2012; **22**: 1-14. doi: 10.1007/s10165-011-0508-6.
2. **Tellez R, Bromfield B, Basinger H és mtsai:** IgG4-related disease presenting with multiorgan involvement. *BMJ Case Rep* 2022; **15**: e250637. doi: 10.1136/bcr-2022-250637.
3. **Joshi D, Jager R, Hurel S és mtsai:** Cerebral involvement in IgG4-related disease. *Clin Med (Lond)* 2015; **15**: 130-134. doi: 10.7861/clinmedicine.15-2-130.
4. **Gubbi S, Hannah-Shmouni F, Verbalis JG és mtsai:** Hypophysitis: An update on the novel forms, diagnosis and management of disorders of pituitary inflammation. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2019; **33**: 101371. doi: 10.1016/j.beem.2019.101371.
5. **Iwamoto Y, Mori S, Tatsumi F és mtsai:** Central Diabetes Insipidus Due to IgG4-related Hypophysitis That Required over One Year to Reach the Final Diagnosis Due to Symptoms Being Masked by Sialadenitis. *Intern Med* 2022; **61**: 3541-3545. doi: 10.2169/internalmedicine.9365-22.
6. **Bellastella G, Maiorino MI, Bizzarro A és mtsai:** Revisitation of autoimmune hypophysitis: knowledge and uncertainties on pathophysiological and clinical aspects. *Pituitary* 2016; **19**: 625-642. doi: 10.1007/s11102-016-0736-z.
7. **Bhargava R, Hussein Z, Dorward NL és mtsai:** IgG4-related hypophysitis: a retrospective cohort study. *Acta Neurochir (Wien)* 2022; **164**: 2095-2103. doi: 10.1007/s00701-022-05231-9.
8. **Bernreuther C, Illies C, Flitsch J és mtsai:** IgG4-related hypophysitis is highly prevalent among cases of histologically confirmed hypophysitis. *Brain Pathol* 2017; **27**: 839-845. doi: 10.1111/bpa.12459.
9. **Tahara S, Osamura RY, Hattori Y és mtsai:** Concurrent IgG4-related hypophysitis and clinically nonfunctioning gonadotroph pituitary neuroendocrine tumor. *BMC Endocr Disord* 2023; **23**: 96. doi: 10.1186/s12902-023-01353-y.
10. **Kurokawa R, Kurokawa M, Baba A és mtsai:** Neuroimaging of hypophysitis: etiologies and imaging mimics. *Jpn J Radiol* 2023; **41**: 911-927. doi: 10.1007/s11604-023-01417-y.
11. **Yu Y, Xu L, Wang Y és mtsai:** Glucocorticoid impact therapy for recurrent IgG4-related disease with diabetes insipidus as the main manifestation: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2023; **102**: e36129. doi: 10.1097/MD.00000000000036129.
12. **Gu WJ, Zhang Q, Zhu J és mtsai:** Rituximab was used to treat recurrent IgG4-related hypophysitis with ophthalmopathy as the initial presentation: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)* 2017; **96**: e6934. doi: 10.1097/MD.0000000000006934.
13. **Ngaosuwan K, Trongwongsa T, Shuangshoti S:** Clinical course of IgG4-related hypophysitis presenting with focal seizure and relapsing lymphocytic hypophysitis. *BMC Endocr Disord* 2015; **15**: 64. doi: 10.1186/s12902-015-0062-x.

HYPOCOMPLEMENTAEMIÁS URTICARIÁS VASCULITIS SZINDRÓMA: A KEZELÉS KIHÍVÁSAI

Dr. Kurucz Petra Anna¹, Dr. Prohászka Zoltán², Dr. Dobi Deján³, Dr. Kardos Magdolna³, Dr. Piróth Zsolt⁴, Dr. Tislér András¹

¹ Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika,

² Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Füst György Komplement Diagnosztikai Laboratórium,

³ Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet,

⁴ Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS: A hypocomplementaemiás urticariás vasculitis a szisztémás vasculitisek ritka típusa, amelyre a jellegzetes bőrtünetek, a csökkent komplementszintek és az emelkedett anti-C1q szint a jellemző. A betegség kimenetelét elsősorban a vese- és tüdőérintettség határozza meg. Ritka előfordulása miatt a kezelésére nincs egységesen elfogadott irányelv. A szakirodalom többek között szteroid, ciklofoszfamid, mikofenolát-mofetil, rituximab, valamint egyes esetekben plazmaferezis alkalmazását említi. Az 57 éves nőbetegéről szóló esetbemutató célja a kórkép ismertetése, a diagnózis felállításának a nehézségei, a lehetséges terápiás opciók áttekintése, valamint a kezelés során felmerülő nehézségek bemutatása – különösen az immunuszuppresszív kezelés során fellépő komplikációkra felhívva a figyelmet.

Kulcsszavak: hypocomplementaemiás urticariás vasculitis szindróma, immunuszuppresszió, glomerulonephritis

Kurucz P, Prohászka Z, Kardos M, Dobi D, Piróth Zs, Tislér A: HYPOCOMPLEMENTEMIC URTICARIAL VASCULITIS SYNDROME – CHALLENGES OF TREATMENT

SUMMARY: Hypocomplementemic urticarial vasculitis (HUV) is a rare form of systemic vasculitis, which is characterized by urticarial skin lesions, low complement levels and elevated anti-C1q level, renal and other organ manifestations. The patient's survival is determined by the extent of renal and pulmonary complications. Due to the limited number of reported cases, there is no consensus on the best treatment options – the literature suggests the use of steroids, cyclophosphamide, mycophenolate mofetil, rituximab and plasmapheresis. With our case study, we are to raise awareness to this rare condition, present the available therapeutic avenues, and discuss the challenges associated with its treatment.

Keywords: Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome, immunosuppression, glomerulonephritis

Magy Belorv Arch 2026; 79: 200–206.

Levelező szerző: Dr. Kurucz Petra Anna
Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika
1083 Budapest, Korányi Sándor utca 2/a.
E-mail: kurucz.petra@semmelweis.hu

DOI: 10.59063/mba.2026.79.4.5

Bevezetés

A hypocomplementaemiás urticariás vasculitis (HUV) a szisztémás vasculitisek egy ritka formája, amelyet jellegzetes bőrtünetek, alacsony komplementszintek és magas anti-C1q szint jellemez.^{1, 2} Szervi érintettségei közül a betegek túlélését leginkább a vese- és a tüdőérintettség befolyásolja.³ Mivel kevés esetszám ismert, a kezelésre nincs egyértelmű konszenzus, az irodalom

szteroid, ciklofoszfamid, mikofenolát-mofetil, rituximab és esetleg plazmaferezis alkalmazását javasolja.⁴⁻⁶

Esetbemutatóunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a kórképre, valamint bemutatni a terápiás lehetőségeket, és a kezelés kapcsán felmerülő kihívásokat.

Esetleírás

57 éves nőbetegünk anamnézisében hypertonia, osteo-

porosis és bizonytalan diagnózisú arthritis psoriatica miatti gondozás szerepel (mely utóbbi nagy eséllyel már a HUV első klinikai jele volt). Már 2021-ben elkezdődött kivizsgálása immunológiai szakrendelésen erythemás bőrtünetek, ízületi fájdalom miatt. Ekkor alacsony komplement szinteket mértek a laborvizsgálat során, melynek kapcsán hypocomplementaemiás urticariás vasculitis lehetősége is felmerült. Metilprednizolonkezelés indult, amely mellett a beteg panaszai szűntek, azonban gondozásba nem tért vissza. 2024-ben haematuria és hasmenés miatt indult kivizsgálása, előbbi miatt hasi CT-vizsgálat és cisztoszkópia, utóbbi miatt pedig gasztroszkópia és kolonoszkópia történt, melyek egyike sem igazolt kóroki eltérést.

Jelen kivizsgálása 2025 márciusában indult vérnyomásméskügrás, alsó végtagi oedema miatt a Gottsegen György Kardiológia Intézetben. Laborvizsgálat novum beszűkült vesefunkciót és emelkedett NT-proBNP értéket igazolt, a vizeletvizsgálatban pedig haematuria és nephrotikus mértékű proteinuria látszott. Mellkasi röntgenvizsgálat során bal oldali hydrothorax ábrázolódott. Hasi ultrahangon kétoldali krónikus veseparenchymakárosodás, bal oldali simplex vesecysta és kevés ascites volt látható. Kardiológiai osztályon szívultrahang is történt, mely megtarott funkciójú hypertrophiás bal kamrát igazolt, közepes mennyiségű pericardialis folyadékkal. Összességében a kardiológusokban a tünetek háttérében, tekintettel a haematuriára és proteinuriára, glomerulonephritis gyanúja merült fel, ezért klinikánk Nefrológiai Osztályára kérték átvételét.

Osztályunkon rapidan progrediáló glomerulonephritis gyanújával indult a beteg kivizsgálása. Fizikális vizsgálat során az alsó végtagokon erythemás maculákat, nyakon urticariform kiütéseket észleltünk (1. és 2. ábra). A vizeletüledék vizsgálata során dysmorf vörös-



1. ábra. A beteg jellegzetes bőreltérései első hospitalizációja során



2. ábra. A beteg jellegzetes bőreltérései első hospitalizációja során

Rövidítések: ANA: antinukleáris antitest

anti- ds-DNS: anti-double-stranded DNA

anti-C1q: C1q elleni antitest

COPD: krónikus obstruktív tüdőbetegség

C1q: komplement C1q

C3: komplement C3

C4: komplement C4

EHEC: enterohaemorrhagiás E. Coli

HIV: Humán Immundeficiencia Vírus

HUV: hypocomplementaemiás urticariás vasculitis

HUVS: hypocomplementaemiás urticariás vasculitis szindróma

IgA: immunoglobulin A

IgG: immunoglobulin G

IgM: immunoglobulin M

ITP: immun thrombocytopeniás purpura

MMF: mikofenolát-mofetil

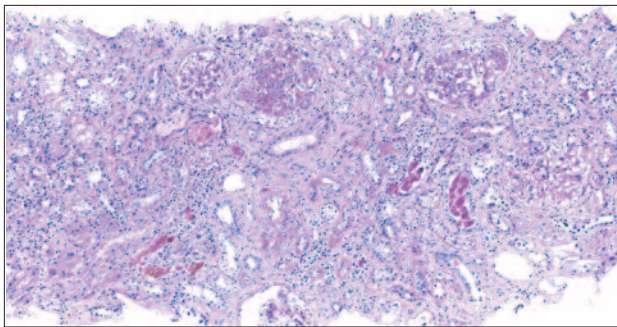
NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ

NEAK EMK: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Egyedi Méltányossági Kérvény

SLE: szisztémás lupus erythematosus

UACR: urine albumin-to-creatinine ratio

UPCR: urine protein-to-creatinine ratio

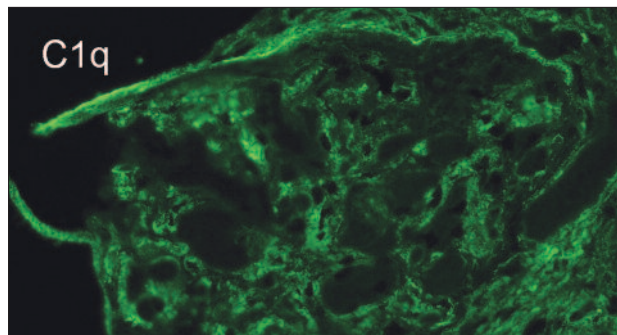
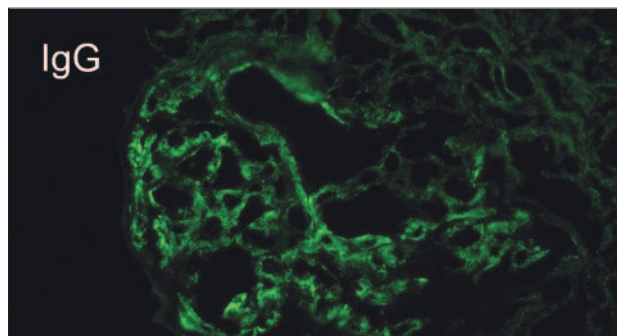
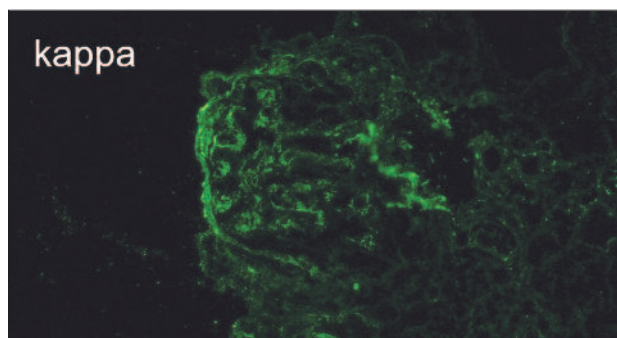
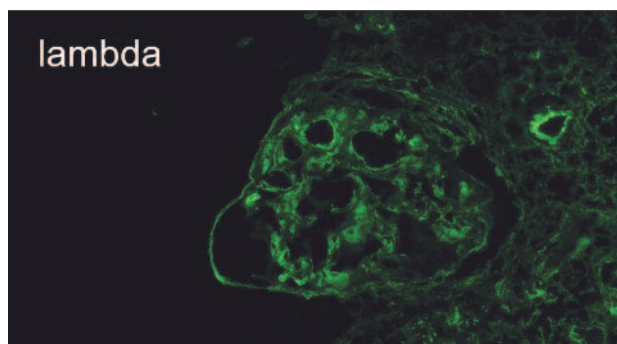


3. ábra. Vesebiopsziás minta szövettani képe
(Dr. Dobi Deján és Dr. Kardos Magdolna anyagából)

vértestek voltak láthatóak, akut tubularis necrosisra utaló cilinderek mellett. Komplement laborvizsgálat alacsony C3-, C4- és C1q-szintet, valamint jelentősen emelkedett anti-C1q-szintet igazolt. Immunszerológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak, a lupus immunszerológiai markerei közül az ANA és az anti-ds-DNS negatív volt. A vírusinfekciót kizártuk, a beteg hepatitis-, HIV-szerológiai és Quantiferon-tesztje is negatív eredményű lett.

Tekintettel a glomerulonephritis szindróma fennállására, az aktív vizeletüledékre és az alacsony komplement szintekre, vesebiopsziát végeztünk. A vesebiopszia szövettani feldolgozása során fokális, félholdképződést is mutató mesangioproliferatív glomerulonephritist állapítottunk meg, kiterjedt krónikus tubulointerstitialis nephritis komponenssel. A biopsziás mintán immunfluoreszcens vizsgálattal „full-house” mintázat látszott, IgM és IgA mellett erős IgG, C1q, valamint közepes kappa-, lambda-lánc festődéssel (3., 4. ábra). A bőrtünetek, a szervi érintettségek, a komplement szintek, a vesebiopszia és immunszerológiai eredmények – amelyek lupus nephritisre nem voltak specifikusak – alapján a hypocomplementaemiás urticariás vasculitis szindróma diagnózisát állítottuk fel. Tekintettel a kifejezett veseérintettségre, immunszuppresszív terápiát kezdtünk. A beteg három napon keresztül iv. 250 mg Solu-medrol-kezelésben részesült, melyet *per os* leépítő kortikoszteroid kezelés követett. Emellett 750 mg ciklofoszfamidkezelésben is részesült, majd tekintettel a jelentős aktivitást mutató alapbetegségre, a betegnél három alkalommal plazmaferézis kezelést is végeztünk. Az első ciklofoszfamid kezelést követően kialakult pancytopenia miatt a második kezelést már csökkentett (500 mg) adagban adtuk.

A ciklofoszfamidkezeléseket követően azonban számos infekció alakult ki. 2025 májusában a beteget intenzív osztályon hospitalizálták enterohaemorrhagiás E. Coli (EHEC) fertőzés okozta véres hasmenés, újabb bőrtünetek, illetve thrombocytopenia miatt. Ezt követően került osztályunkra, ahol a fennálló infekció miatt a következő ciklofoszfamidkezelés halasztására kényszerültünk. Thrombocytopenia, újkeletű bőrtünetek miatt (5. ábra) felmerült EHEC-fertőzéshez társuló



4. ábra. Full-house mintázat a veséből vett biopsziás minta immunfluoreszcens vizsgálata során

(Dr. Dobi Deján és Dr. Kardos Magdolna anyagából)

thrombotikus microangiopathia lehetősége, amelyet végül kizártunk. Hematológusokkal egyeztetve immun thrombocytopeniás purpura (ITP) lehetősége is felmerült, így a beteg kortikoszteroid dózisát megemeltük. Infektológussal egyeztetve arra a véleményre jutottunk, hogy az EHEC infekció önmagában, tehát thrombotikus microangiopathia fennállása nélkül is okozhat



5. ábra. A beteg alsó végtagján látható újkeletű bőreltérések

thrombocytopeniát és petechiákat, amelyek hosszú távú szanálódása várható, specifikus kezelést nem igényel. Összességében a beteg immunosuppresszív kezelését halasztottuk, a metilprednizolon dózisán pedig emeltünk részben az esetleges ITP gyanú, illetve az alapbetegség jelentős aktivitása miatt. Júniusra terveztük a harmadik ciklus ciklofoszfamidterápiát, azonban a beteg osztályunkra való megérkezésekor a bal arcfelének jelentős duzzanatát észleltük. Ultrahangvizsgálat parotitis lehetőségét kizárta, fogászati konzílium periodontitis chronica exacerbációját igazolta. A betegnél antibiotikumterápia indult, majd annak komplettálása után romló vesefunkció, emelkedő proteinuria miatt az immunosuppresszió megadása mellett döntöttünk, csökkentett, 500 mg-os dózisban. Ezt követően júliusban ismét lázas állapot miatt hospitalizáltuk a beteget, melynek okaként szívultrahang-vizsgálat során pericarditis,

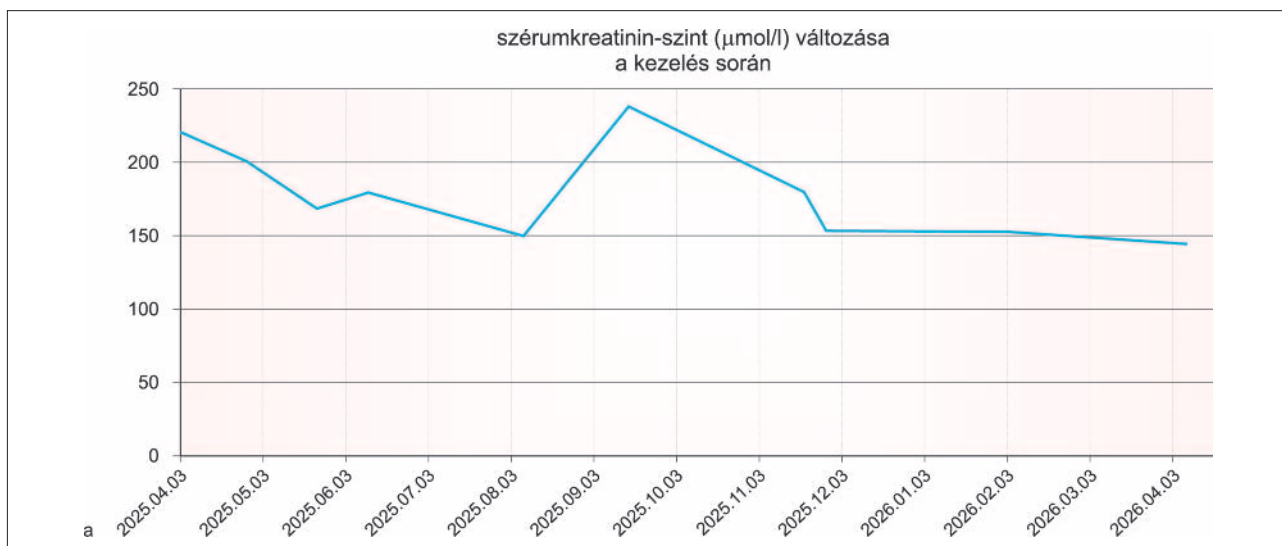
illetve pericardialis folyadék igazolódott. Infektológussal és immunológussal egyeztetve a beteg alapbetegsége már nem magyarázta az újkeletű pericardialis folyadékot, ugyanis az a korábban bevezetett immunosuppresszióra megfelelően reagált. Mindezek alapján leginkább bakteriális eredet merült fel, a beteg intravénás piperacillin/tazobactam-kezelésben, valamint kolhicin terápiában részesült. Alkalmazott terápia mellett a beteg állapota javult, láza szűnt. Tekintettel a halmozódó, hospitalizációt igénylő infekciókra, a beteg ciklofoszfamid kezelését leállítottuk, azonban az aktív alapbetegsége tekintettel mikofenolát-mofetilre (MMF) terveztünk váltani, melyre NNGYK és NEAK EMK kérényt adtunk be.

Augusztusi kontrollvizsgálat során a betegnél stabilizálódó szérumkreatinin-szint mellett emelkedő vizeletfehérje-ürítést észleltünk – vizelet üledékben aktivitás jelei, dysmorph vörösvértestek látszottak. Mindezek alapján a betegnél MMF kezelést indítottunk ACE-gátló terápia bevezetése mellett. Ezt követő kontrollon ősszel a beteg proteinuriája jelentős javulást mutatott, komplement szintjei és anti-C1q szintje normál tartományba került, így az MMF kezelését folytattuk, metilprednizolon terápiájának leépítését pedig megkezdtük (6. ábra).

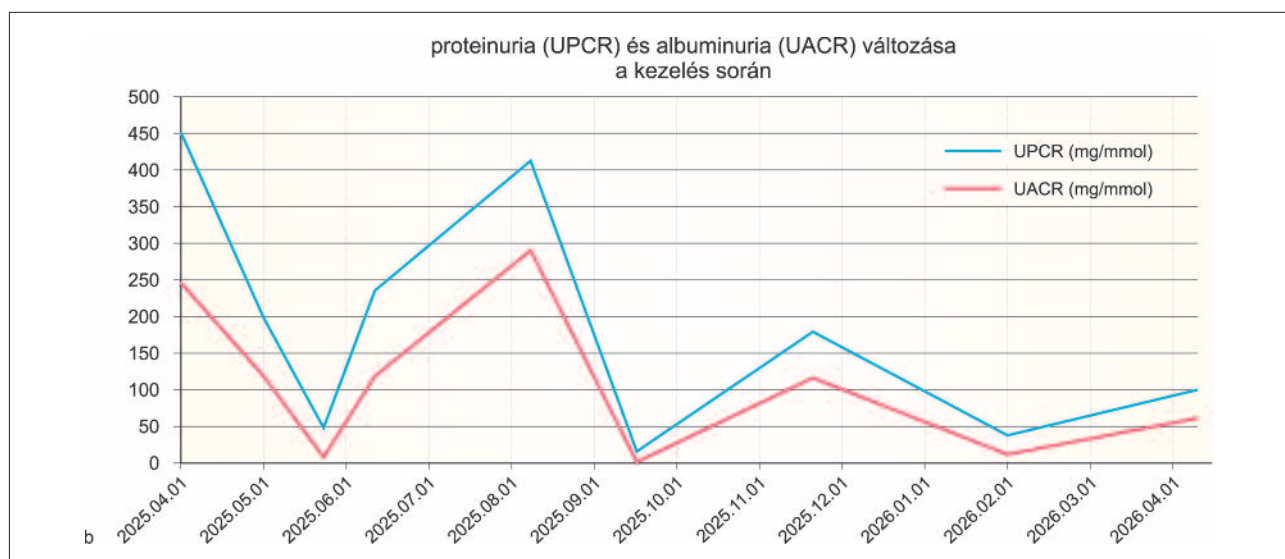
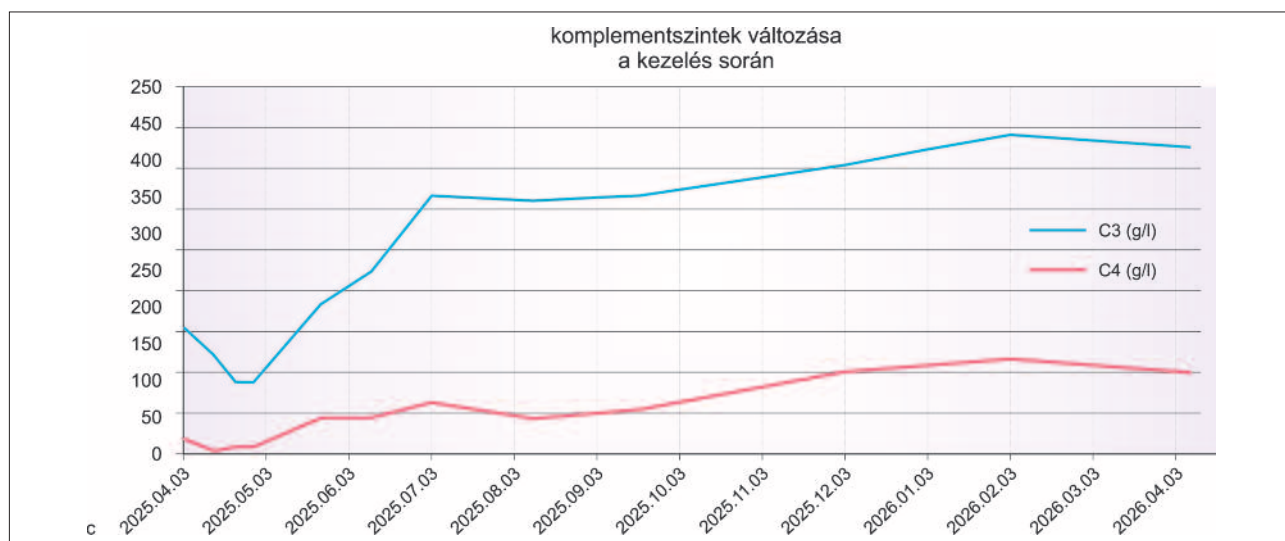
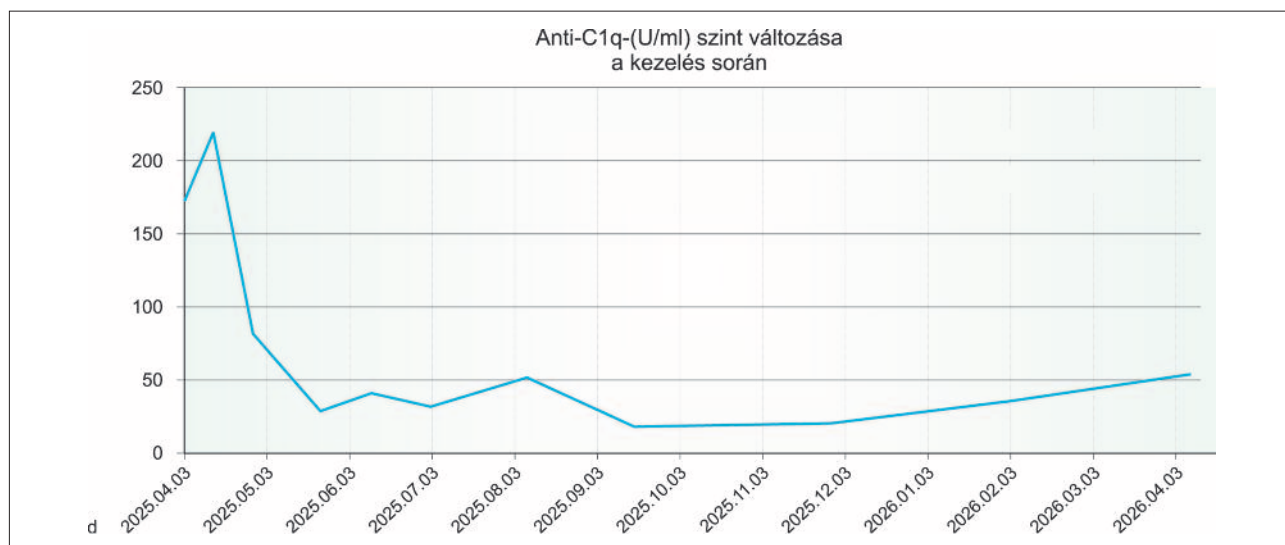
Megbeszélés

A hypocomplementaemiás urticariás vasculitis a szisztémás kisérvasculitisek egy ritka formája, amelyet urticariform bőrkiütések és alacsony komplement szintek jellemeznek.^{1,2} Egy ritka betegségről van szó, incidenciája 0,5:100 000 fő/évre tehető.¹

A kórkép leggyakrabban 40–50 éves korban jelentkezik, női dominanciával. A betegség patogenezisében immunkomplex mediált folyamatok játszanak szere-



6. ábra. Szérumkreatinin-szint, proteinuria (UPCR), albuminuria (UACR), komplement szintek és az anti-C1q-szint változása a kezelés során



6. ábra (folytatás). Szérumkreatinin-szint, proteinuria (UPCR), albuminuria (UACR), komplementszintek és az anti-C1q-szint változása a kezelés során

1. táblázat. Schwartz kritériumok^{7, 8}

major	krónikus urticaria 6 hónapnál hosszabb időtartamban
	hypocomplementaemia
minor	arthralgia/arthritis
	szemészeti érintettség
	glomerulonephritis
	hasi fájdalom
	alacsony C1q szint vagy pozitív anti-C1q antitestek
	leukocytoclasticus vasculitis bőrbíopszia során

pet. A hypocomplementaemiás urticariás vasculitis számos szisztémás tünettel és szervi érintettséggel járhat. Súlyos többszervi érintettség esetén beszélünk hypocomplementaemiás urticariás vasculitis szindrómáról (HUVS). A betegek arthralgiáról, angiooedemáról számolhatnak be, valamint előfordulhat gastrointestinalis érintettség hasmenés, hányás, hasi fájdalom képében, illetve központi idegrendszeri tünetek és szemtünetek (leginkább uveitis) is megjelenhetnek. A betegség kimenetelét, köztük a halálozást, leginkább a kórkép vese- (glomerulonephritis) és tüdőérintettsége (COPD, asthma bronchiale) befolyásolja.³ Laborvizsgálat során alacsony szérum komplement szintek, illetve magas anti-C1q szint látható leggyakrabban, az egyéb lupusra utaló immunszerológia negativitása mellett.³

A bőreltérésekből vett biopszia során leukocytoclasticus vasculitist látunk.¹ A betegség diagnózisa a Schwartz-kritériumok alapján állítható fel (*1. táblázat*), amelyek közül mindkét major és legalább két minor kritériumnak kell teljesülnie.^{7, 8} Betegünk az összes kritériumot teljesítette.

Veseérintettség a betegek 14–50%-ban jelentkezik.² Leginkább haematuria illetve subnephroticus proteinuria jelentkezik a betegek többségénél és általában enyhébb lefolyást mutat. Súlyos esetekben azonban rapidan progresszív glomerulonephritis alakulhat ki.^{2, 9} A vese szövettani vizsgálata szisztémás lupus erythematosussal (SLE) megegyező eltéréseket mutat, leggyakrabban membranoproliferatív és mesangioproliferatív glomerulonephritis látható, immunfluoreszcens vizsgálaton pedig IgG, IgM, IgA, C3 és C4 mesangialis lerakódás („full house” mintázat) figyelhető meg.^{2, 9} Mindezek fényében a hypocomplementaemiás urticariás vasculitisszel diagnosztizált betegeket szűrni kell veseérintettségre, mivel ez jelentősen befolyásolhatja a mortalitásukat.⁹ Súlyos veseérintettség esetén immunszuppresszió bevezetése mindenképpen indokolt, azonban irodalmi adatok alapján még így is közel 17%-os gyakoriságú a végstádiumú veseelégtelenség kialakulása.⁹

A betegség kezelésére nincs konszenzus, az eny-

hébb érintettségű formáknál lokális kezelés szóbajön, azonban súlyos szervi érintettség esetén immunszuppresszió bevezetése javasolt. Az irodalom intravénás szteroidkezelést javasol, azonban az emellett gyakran fellépő relapszusok miatt ennek kombinációja javasolt ciklofoszfamid, azathioprin, MMF, ciklosporin vagy esetleg rituximab egyikével. Kifejezetten súlyos betegség lefolyás esetén plazmaferezis alkalmazása is felmerülhet.^{4–6} Sajnos a betegség halálozása HUVS esetén még immunszuppresszió mellett is magas, irodalmi adatok alapján a betegek 25%-a tüdő- vagy veseérintettség, esetleges kialakuló infekciók miatt elhalálozik.⁹

Külön említést érdemel a HUVS szisztémás lupus erythematosusszal való kapcsolata. A HUVS gyakran lép fel SLE-vel együtt és a HUVS-ben szenvedő betegek közel 54%-ában később felállítható lesz SLE diagnózisa.¹ Emellett a HUVS és SLE klinikai tünetei (ízületi fájdalom, bőr és veseérintettség) és immunszerológiai eredményei (alacsony komplement szintek, anti-C1q, ANA pozitivitás) is jelentős átfedést mutatnak. Mindezek alapján felmerül annak is a lehetősége, hogy a HUVS esetleg az SLE előalakja vagy része lenne, azonban nincs konszenzus arról, hogy ezekről vagy két különálló kórleírásról van-e szó.¹

Következtetés

A hypocomplementaemiás urticariás vasculitis szindróma ritka betegség, azonban a bőreltérések, a szervi tünetek és a komplementszintek vizsgálata segíthet a diagnózis felállításában. A kis esetszám miatt hiányzó irányelvek kihívás elé állítják a betegeket gondozó klinikusokat, különösen az immunszuppresszió okozta infekciók kialakulása miatt. Fontosnak tartanánk összegyűjteni és elemezni a Magyarországon előforduló hypocomplementaemiás urticariás vasculitisszel diagnosztizált betegek adatait, terápiás lehetőségeit, valamint kimenetelét, hogy javíthassuk a betegek kezelését, akár egy irányelv kidolgozásával. Esetünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet erre a ritka betegségre és a terápiás algoritmusok kidolgozásának szükségességére.

re. Emellett figyelemre méltó a kórkép és SLE közti összefüggés is, amely további kutatások tárgyát kell, hogy képezze.

Irodalom

1. **Ouerdani Y, Ben Aochur T, Ben Hmid A és mtsai:** Urticarial hypocomplementemic vasculitis syndrome and systemic lupus erythematosus: a case report and review of the literature. *Front Immunol* 2025; **16**: 1649699. doi.org/10.3389/fimmu.2025.1649699.
2. **Corthier A, Jachiet M, Bertin D és mtsai:** Biopsy-proven kidney involvement in hypocomplementemic urticarial vasculitis. *BMC Nephrol* 2022; **23**: 67. doi: 10.1186/s12882-022-02689-8.
3. **Singh SK, Gupta M, Rani S és mtsai:** Hypocomplementemic Urticarial Vasculitis Syndrome: A Rare Form of Vasculitis. *Cureus* 2025; **17**: e78227. doi:10.7759/cureus.78227.
4. **Rothermel ND, Ayala CV, Goncalo M és mtsai:** Managing Urticarial Vasculitis: A Clinical Decision-Making Algorithm Based on Expert Consensus. *Am J Clin Dermatol* 2025; **26**: 61-75. doi: 10.1007/s40257-024-00902-y.
5. **Groleau AS, Mereniuk A, Makhzoom JP:** Current therapeutic options for adult patients with urticarial vasculitis: A scoping review. *J Am Acad Dermatol* 2025; **93**: 423-428. doi: 10.1016/j.jaad.2025.03.056.
6. **Maisonobe L, Korganow A-S, Berti A és mtsai:** Off-label use of biologics in urticarial vasculitis: a European retrospective cohort study. *Rheumatology (Oxford)* 2025; **64**: 4309-4315. doi: 10.1093/rheumatology/keaf039.
7. **Kesarwani V, Phachu D, Trivedi R:** Hypocomplementemic Urticarial Vasculitis Syndrome or Systemic Lupus Erythematosus in Evolution? *Cureus* 2022; **14**: e23429. doi: 10.7759/cureus.23429.
8. **Schwartz HR, McDuffie FC, Black LF és mtsai:** Hypocomplementemic urticarial vasculitis: association with chronic obstructive pulmonary disease. *Mayo Clin Proc* 1982; **57**: 231-238. doi: 10.1016/S0025-6196(25)16637-8.
9. **Ion O, Obriska B, Ismail G és mtsai:** Kidney Involvement in Hypocomplementemic Urticarial Vasculitis Syndrome – A Case-Based Review. *J Clin Med* 2020; **9**: 2131 doi: 10.3390/jcm9072131.

KÖVEK ÉS KÖNYVEK

Dr. Szauder József, Dr. Szauder Ipoly

DOI: 10.59063/mba.2026.79.4.6

Előszó

„Róma mindannyiunk közös hazája”, így idézik gyakran hazánk és az örök város ezeréves kapcsolatára utalva. Erre utal a pápai himnusz is: „Üdvözlégy Róma, az emlékek örök hazája”.

Fentiek tükrében is ajánlom édesapám, Szauder József irodalomtörténész, akadémikus (a Római Tudományegyetem professzora) posztumusz kötetének: „Itália arcai” (Kossuth Kiadó, 2019, korábbi kiadása: „Kövek és könyvek”, Szépirodalmi Könyvkiadó, 1977) legkülönlegesebb részét a „Kövek és könyvek” című befejezetlenül maradt írását, amelyet saját fotóimmal illusztráltam. Ebben a számos római templomban látható – kevés figyelmet kapó, így még nem közölt –, igen sajátos, egyedi művészi munkákat, a Rómában egyedülálló könyves sírokat mutatja be. A ravatalon fekvők és a könyvek sajátos kapcsolatát elemezve új kontextusba is helyezi: a síremlékek el nem porladó kőbe faragott könyvei szimbolizálják az író-olvasó ember tudásának továbbélését az örökkévalóságban.

Dr. Szauder József: Kövek és könyvek

A síremlékek el nem porladó, kőbe faragott könyvei szimbolizálják az író-olvasó ember tudásának továbbélését az örökkévalóságban.

Az irodalomtörténészek védőszentje alighanem Szent Jeromos: a könyvek, melyeket olvasott, s a kődarab, mellyel verte magát, ott hevernek a keze ügyében – így mutatják képei, sokszor ugyan az általa megszelídített oroszlánnal is, de a filosz jelvénye mégis csak inkább a könyv s az önmegkövezés. Marco Palmezzano – XV–XVI. századi festő – egyik képén például (a Barberini palotában) a szent tudós és remete egy jobb felé felmagasodó sziklás hegység barlangja előtt ül, egy fátörzsön, mellette két nyitott könyvvel s a jobbján a kődarabbal. Bal felé nagy tájra esik a pillantás, jobbra viszont, meglepetésképpen, a sziklák közé polc van befészítve, fektetett s állított hét-nyolc könyvvel (1. kép).

Kő és könyv gyakran találkozik össze festményeken, kutakon, leggyakrabban azonban római síremlékeken: kőbe faragott könyvek alakjában.

Gyakran azt a ravatalul szolgáló heverőt támasztják alá vagy veszik körül, melyen az elhunyt szobra nyugszik, háton fekvé vagy etruszkosan felkönyökölve párnákra. Máskor csak arra szolgálnak, hogy megtámasz-

Az „Itália arcai” című kötet útikönyvként is használható, ajánlható minden Itália iránt érdeklődő kollégának. Róma kiemelt helyet foglal el benne, felfedi olyan rejtett szépségeit, amelyeket még a legfelkészültebb utazók sem vesznek észre. A városrészeket, tereket, palotákat, templomokat, szökőkutakat nemcsak a jelen, hanem múltbeli, már eltűnt állapotukban is megismerhetjük, tárgyyszerűen, de művészettörténeti elemzések formájában is. A római életről mintegy 100 oldalon színes történetekben számol be: a garnizálótól a night clubig, az eladó múmialábtól az ágyúlövésig, fecskékről és macskákról, betlehemekről, furcsa találkozásokról, emberi kapcsolatokról, az ott élő emberek hétköznapi életéről, gondolkodásáról. Ugyanakkor bemutatja Itália egyéb tájait, városait is: Velence, San Gimignano, Gubbio, Urbino, Narni, Mentorella, Anzio, Nettuno, Kirké hegye.

Dr. Szauder Ipoly



1. kép. Marco Palmezzano: Szent Jeromos. Barberini képtár



2. kép. Pinturicchio tanítványai (freskórészlet) a Santa Maria del Popolóban

szak a fejpárnát, kissé felemelve azt. Van olyan sírfedő dombormű is, hogy az elhunyt domborműves képmásának a talpára van kötve egy-egy vékony kódex, mint-ha azon akarna belépni az örökkévalóságba. Tudós püspök síremlékén egy angyalka két nagy könyvvel támasztja meg a hátát, s a harmadikban elmélyedten lapozni készül. Van fali dombormű, hol a koporsós mélyedést könyvek bélelik ki. A Santa Maria del Popolo egyik kápolnájának kifestőit, Pinturicchio tanítványait azzal gyanúsíthatjuk, hogy szántszándékkal festettek könyvtáros-tudós Máriát az angyali üdvözlésbe, könyveket lapozó szibillákat alulra, s körben, egy illuzionisztikusan festett padra pedig egy pár könyvet, mintha valaki épp otthagyt volna őket (2. kép).

A legmulatságosabb talán Lukács evangelistának a szobra az ökörral a lateráni Szent János kerengőjén: nemcsak Lukács tartja nyitva evangéliumát az első fejezetnél, hanem leomló ruhája mellől ökör kukucskál ki, s patáját felülről egy szétnyitott könyvre helyezi (3. kép).

Humanisták vagy tudós jámborok voltak nagy többségben, akik a könyves sír megtiszteltetéséhez jutottak. Néha csak jelvénytörő célzással, úgy lévén odafaragva a sírfelirat tetejére a kódex, mint másol a szárnyas homokóra. De a könyv mindig a tudást jelenti. Ezért a régi egyetem, Borromini Sapienzája oldalán faragott könyvek alkotják a kutat, s a könyvekből su-

gárzik ki az ivóvíz a lenti medencébe. A tudásszomj eloltásának allegóriája (4. kép).

Könyvekkel találkozunk már a padlósíroknál is. Ezek a templomhajóban elhelyezett, bemélyesztett reliefek gyakran mutatnak könyveket a képmás feje körül; mintegy rájuk támasztja fejét az Aracoeli bal hajójában elől fekvő alak (5. kép), egy 1300-as sírfigurának viszont a lába alatt van egy-egy könyv.

Több ilyen, részben letaposott könyves sír található a Santa Maria del Popolóban, itt is a könyvek rendszert a fej alatt vagy mellett s a lábnál állanak. Kivételes épségben maradtak meg a kötött könyveket utánozó reliefek a lateráni Szent János kolostor udvarának egyik, eredetileg a padlóba illesztett, de most már a falba épített emlékművén, az ábrázolt papi személy feje alatt szépen elrendezett könyvek formájában (6. kép).

De ugyancsak a padlóról kerülhetett a falba az a különös sírfülke, mely most a San Lorenzo in Lucina előcsarnokában látható. A mélyedést a test mellett könyvek töltik ki, párban, az egyik a gerincével felfelé, a másik lefelé áll. A legelső könyvek kétkapcsosak, préselt dísszel a kötéstáblájukon. De látható a gerincük is. A püspök egy hatalmas kapcsos könyvet szorít magához két kézzel.

A másik típus a ravatalheverőt alátámasztó vagy azt környező könyvekből áll. Antonio Orso, agesi püspök



3. kép. Szent Lukács szobra a San Giovanni in Laterano kerengőjében

sírja a San Marcellóban található, nagy reneszánsz falisír, hagyományosan a hátán fekvő püspöksüveges, széles ruharedőjű alakkal (7. kép).

Orso püspök, aki 1513-ban halt meg, állítólag 730



4. kép. Borromini falikútja a Sapienza oldalán

kódexet ajándékozott a San Marcello konventjének. Nehezen hihető, de az bizonyos, hogy a sok könyv, mely alátámasztja ravatalát, mellyel szinte azonosul, célzás a nagylelkű ajándéokra. Kétoldalt egy-egy szfinx



5. kép. Középkori síremlék az Aracoeli bal hajójában



6. kép. Papi síremlék a XIII. századból a San Giovanni in Laterano kerengőjében

formájú lábazat tartja a heverőt, melyen Orso püspök márványból faragott alakja fekszik. A test alatt egy lepel ráhúzódik a könyvhalomra, de mivel csak megtöri vonalait, világos, hogy a püspök lényegében egy könyvtömegben fekszik: maguk a könyvek alkotják ravatalát, emelik fel a tudós papot az örökkévalóságba. Baloldalt lefelé, a váll vonalán megfelelően, hét vastag könyv van egymásra tornyozva. Némelyikük ferdén áll ki, háromszögben, úgy, hogy a kódex két oldala fordul fe-



8. kép. Szent Jeromos figurája Antonio Orso agesi püspök sírja mellett a San Marcellóban



7. kép. Antonio Orso, agesi püspök sírja a San Marcellóban



9. kép. Bocciacio püspök sírja a Santa Maria della Pace kolostorának kerengőjében



10. kép. Laurentius Gerusinus sírja a Santa Maria della Pace kolostorának kerengőjében

lénk, és sohasem gerinckötéssel, hanem csak a lapjait átfogó kapcsokkal. Ugyanígy torlódnak fel a könyvek a test dereka alatt, egészen a lábáig, tehát teljesen kitöltik a heverő lábai közti területet. E nyüzsgő könyvhalom nem is olyan rendezett: művészi szándék szerint egyik könyv a szélével hever csak a másikon, odébb meg oldalt dőlő, felállított könyvet szorítanak össze a fekvő kódexek. Huszonöt-harminc kódexről lehet szó, csupa kapcsos könyvről, melyeknek címe természetesen nem látható, csak az ívek vastagsága tűnik elő oldalt szépen kifaragva, hogy a könyvek teljes valóságuk szerint álljanak előttünk. A legfelső kötetek puhaságát sejteti, hogy a test nyomása alatt kissé meghajlanak, préselődnek.

Balra a síremléken egy Szent Jeromos figura áll, s nagyon ügyetlenül könyvet szorít baljával a testéhez (8. kép).

Orso püspök könyves sírjához hasonló Boccaccio püspöké, pápai legátusé a Santa Maria della Pace chiostro-jában (kerengőjében) 1497-ből (9. kép).

A Bramante építette, különösen harmonikus kerengőt néhány reneszánsz fali sír díszíti, köztük a püspöké. A homlokfalán széles feliratos tábla áll, a püspök megbízatásainak felsorolásával, s e tábla két oldalán – a fekvő alak feje s lába alatt – hat-hat kódex tornyosul fel, mintegy ezek tartják a püspök fejét s lábát. A könyvek kissé hátrább állanak a feliratok táblánál, mely

mintha eltakarná őket, s mintha a kötetek hátul – elfedve – nagyobb halomban folytatódna. A hosszú kapcsokat úgy faragták rá e kőkönyvekre, hogy véletlenül se adjanak ki egyenes vonalat, hanem a kapocs hol jobbra, hol balra, hol megint jobbra vágja ketté a könyv testét. Jobboldalt a könyvek kissé ferdén állanak, rendetlenül felhalmozva.

Ugyanitt, a kerengőn, befalazva fekszik a Laurentius Gerusinust ábrázoló sír, rajta a fiatalember képmásával, aki 1498 novemberében halt meg egy utcai verekedésben, sine sua causa interfecutus est, a verses felirat szerint. A ravatal mellső oldalán címerek láthatók, oroszlános és liliomos, s mindkettő könyveknek támaszkodik (10. kép).

Fej- és lábtámaszul szolgál öt vagy hat vaskos kódex – különféle irányokba futó kapcsokkal – Filippo della Valle XV. század végi fali domborművén a Santa Maria in Aracoeliben. Itt is az egész test hosszában elterülő feliratos tábla, s a két végén látható lábazat takarja el némileg a könyveket, melyek e helyen is hátrább állanak, azt az illúziót keltve, hogy hátul nagyobb halomban folytatódik (11. kép).

A Santa Maria di Monserratóban VI. Sándor titkárának, Joannes de Fuensalida ravatalának oldalt négy-négy kódex díszíti (12. kép), s ugyanitt van Alfonso de Paradinas sírja, 1485-ből, ahol az öt-öt könyvhöz szárnyas homokórát faragott a művész.



11. kép. Valle kardinális síremléke a Santa Maria in Aracoeliben



12. kép. Joannes de Fuensalida ravatala a Santa Maria di Monserratóban



13. kép. Silvester Aldobrandinus sírja a Santa Maria Sopra Minervában



14. kép. Angelo Cesi síremléke a Santa Maria della Pace Michelangelo által tervezett Cesi-kápolnájában

A háton fekvő alakoknál jóval elevenebbek azok az oldalt heverő, karjukra, feltámasztott kezükre könyöklő sírfigurák, melyek mintha ezt az etruszkos gesztust visszahozó Andrea Sansovinónak a Santa Maria del Popolo-beli emlékműveinek ábrázolását követnék. Silvester Aldobrandinus, VIII. Kelemen apja, a Santa Maria Sopra Minervában van kifaragva úgy, amint bal karjával két vastag párnára könyöklő, ezeket viszont három rendetlen oszlopba feltornyozott könyvek támasztanak alá (13. kép). A kötetek összekötő szalagjai kilógnak.

Ennél megragadóbb, s a könyveket puhán elhajlító gesztusban fekszik Angelo Cesi, az akadémiát alapító Federicónak apja, a Santa Maria della Pace Michelangelo által tervezett Cesi-kápolnájában (14. kép). Jobb kezére hajtja az arcát, s párnára könyöklő, de a párna alatt kódexek tornyosulnak piramis alakban, nehéz duplakapcsos könyvek, melyek ferdén maguk közé szorítanak egy kötetlennek tetsző vastag kéziratot. A lábánál szintén könyvek hevernek, kapcsos föliánsok és egy puhább, elhajló, lapjaival fellazuló könyv. Az alak oly meghittén hever a könyveken, mintha olvasás közben dőlt volna csak lepihenni.

Az álló vagy ülő figurák még érdekesebbek. Az Il Gesuban Legros puttója – az eretnekség legyőzését szimbolizálva – lapokat tép ki egy nagy könyvből. Kőlapokat a kőkönyvből (15. kép).



15. kép. Legros: Puttó. Az eretnekség legyőzését szimbolizálva kőlapokat tép ki a kőkönyvből. Il Gesuban

De a pálmát az a jámbor kanonok viszi el, Lelio Giudiccioni, tudós humanista, szüzi életet élő, akinek holttestét a hagyomány szerint Imperia kurtizán sírjába temették a San Gregorio Magno udvarában, de akinek tudós jámborságát változatlanul hirdeti a sírfeliratának élére beékelt könyvdombormű.

Rokonszenvesebb Georgius Bolognetti síremléke, a Gesú e Maria templomban, ahol páholyszerűen kiképzett sírfülkében térdel – az örökimádás mozdulatában – a püspök, míg egy puttó egy csomó vastag könyvnek támasztva hátát lapozgat egy föliánsban (16. kép)

Gazdag gyűjteménye van a kőből való könyveknek a Lateráni Szent János-templom kerengőjében és a Santa Maria del Popolo kőpadozatában. De szinte bármelyik római templomba lép is be a figyelmes szemlélő, mindenütt talál könyvekkel díszített sírokat, főleg az 1400–1500-as évekből. Kőkönyvek hirdetik tudóságát a San Luigi dei Francesi kolostor udvarában eltemetett francia humanistáknak; könyvet, tekercset tart kezében, sűrű redős ruhájához szorítva Stanislaus Hosius Polonies sírfigurája a Santa Maria in Trastevere templom előcsarnokában, s alatta vésett tábla, asztalként, rajta tíz könyv állítva, fektetve s egy a közepén



16. kép. Georgius Bolognetti síremléke a Gesú e Mariában

nyitva, mintha éppen ott hagyta volna abba az olvasást a halott (17., 18. kép).

Az irodalomtörténészek védőszentje, Jeromos az idők folyamán átalakult Erasmusszá. S az 1500-as évektől kezdve ő vált – tán ma is az – a filozopterek védőjévé. Quentin Metsys az 1500-as évek elején ké-



17. kép. Stanislaus Hosius Polonies sírfigurája a Santa Maria in Trastevere előcsarnokában



18. kép. Stanislaus Hosius Polonies sírfigurájának felirata a Santa Maria in Trastevereben

szította el Erasmus portréját (ma a római Barberini-képtárban látható). Dolgozószobájában, íróasztala mellett ábrázolta a nagy tudóst. Meleg, aranyos tónusú, gesztenyebarna faburkolat veszi körül Erasmus fekete köntösben ülő alakját. A falban beépített könyvespolc, rajta öt-hat, rendben elhelyezett könyv. Az asztalon is könyvek, egy nyitva. A tudós kezében toll, amint éppen írni készül a kinyitott könyvbe... (19. kép).



19. kép. Quentin Metsys: Erasmus portréja

DOLCE VITA – MAGYAR FESTŐK ITÁLIA-ÉLMÉNYE

Dr. Tulassay Zsolt

DOI: 10.59063/mba.2026.79.4.7

A Nemzeti Galéria ez év tavaszán *Dolce Vita – Itália élménye két évszázad magyar művészetében* címmel kiállítást szervezett, amely bemutatta, hogy az itáliai kultúra miképp hatott a 19. és a 20. századi magyar képzőművészetre.

Itália festői szépsége a művészek örök iskolája, ahol nemcsak a korábbi évszázadok nagy művészeti alkotásai, a késői utódok tanítómesterei, hanem a mediterrán kultúra és életérzés is. Ezért zárandokolnak a világ minden tájáról költők, zenészek, művészek évszázadok óta Itáliába, hogy megtapasztalhassák a kultúra és a festészet egységének különleges varázsát. A mediterrán természet lenyűgöző szépsége az alkotások meghatározó ihletői. A nap tündöklése, a változó fényviszonyok, a vibráló, ragyogó, egymásba oldódó színek és fények, a végtelen tenger szüntelen mozgása, az ég és a tenger kékjének egybeolvadása, a virágok illata, a tenger hullámlása, a forró föveny, amelynek pasztellszínei versengenek a tenger és az égbolt kékjeivel, a virágok harsány színeivel, olyan varázst jelenítenek meg, amely rabul ejt és megteremti a verőfényes emelkedett lét hangulatát. A tenger sós illata, a tájat aranykődbe burkoló napfény, a délszaki fényhatások, ízek, illatok, fények, dallamok és a történelem Itáliát a művészek örök múzsájává emelte. A természetes fény, a nap, a színek szerepe azonban csak egy a mediterrán hatás jellemzői közül.

„Az antik romok, a múlt idővel dacoló oszlopok, utak és vízvezetékek a kultúra évezredes hagyományának, a klasszikus arányoknak és a szépség eszményének a mementói. Ezeket a tipikus, jelképpé szilárdult képi motívumokat nem pontosan azonosítható tájakban látjuk és érezhetjük, hogy a napsütötte Itália lankái és sziklái övezik azokat. Ezek az időtlen tájak ugyanannak a vágyakozásnak a különböző kiteljesedései: megérkezni oda, ahol a fény másként esik, a formák tisztábban rajzolódnak ki a vibráló levegőben és minden festői kellék adott: a táj zöldjeit derítő, homályosan lenyugvó nap és a csillogó, selymesen elterülő tenger. Az ókori romok dicső oszlopai között és a középkori, sikátorszerű utcákon életöröm lüktet, a tengerparti sziklák és a lankás falvak látképén fény játszik. Az épített történelmi környezetet a zenélő és táncoló olaszok mozgulatának ritmusa és színes elevevénye törli meg. Ebben sűrűsödik Itália esszenciája, az élet és a művészet szoros összefonódása, amely Itáliát örök múzsává tette. Ezt egyszerre cél megélni, megörökíteni és megőrizni is. Itáliában a múlt öröksége és a jelen sodró len-

dülete, vagyis az időtlenség és a pillanatszerűség párbeszéde érezhető” (1).

A művészeket azonban nemcsak az aranyló napfény, a ragyogó színek, az évezredes kövek, a mediterrán dalos jó kedély, a tenger tarajos hullámai, a gondolák diszkrét suhanása, Dante Isteni színjátéka, Taormina görög romjai, Vivaldi, Verdi vagy Puccini muzsikája andalította el, hanem maga az ott folyó, hömpölygő, zajos mindennapi élet, a hús-vér emberek valósága is megbabonázta, amely olykor harsány, vidámságtól, boldogságtól, kacajtól kicsattanó, máskor szomorúságtól, komor drámaiságtól telített, érzelmekkel, szenvedélyekkel, temperamentummal átítatott lüktetés.

„A művészi tekintet a kávéházak, tavernák, trattoriák, osteriák és napsütötte teraszokon zenélő társaságok pezsgő forgatagát is kutatja. Azokat a helyeket, ahol a mindennapi, élő kultúra közvetlenül megragadható és portrékon, zsánerképeken és csendéleteken jeleníthető meg” (1).

A látogató Itália-élménye, a mediterrán iránti vonzódása bensőséges benyomások összessége, amelyekhez egyaránt hozzátartoznak az antik kor emlékei, a természet varázsa és az emberek vidám derűje, könnyedsége. Ez az összetett varázs a 20. században külön elnevezést kapott. 1960-ban mutatták be Federico Fellini, olasz életérzést sugárzó „*Az édes élet – La Dolce Vita*” című filmjét, amelyet három év múlva már hazánkban is játszottak (1. kép). Ez a kifejezés gyorsan elterjedt és mint életforma, közmondásossá és szinte



1. kép. Máté András: Az édes élet – filmplakát, 1962

fogalommá vált. A Nemzeti Galéria kiállítása az édes életnek a magyar festészetben megjelenő példáit mutatja be.

„Az Itália-élmény a magyar művészet történetében alkotói önmeghatározás kellékeként, művészeti tradícióként és kulturális örökségként is értelmezhető. A dolce vita fogalma nem csupán az életöröm közhelyes képe, hanem a mediterrán fény és kultúra közvetítette esztétikai tapasztalat szinonímája, amely a magyar alkotók számára mindenkor az ihlet lehetőségét hordozta évszázadokon át. Itália már a 17. századtól fontos állomása volt a fiatal művészek és értelmiségiek életének. A 19. századra Johann Wolfgang von Goethe nagy hatású olasz útinaplójának is köszönhetően Itália vált a tanulás és a tapasztalatszerzés legfontosabb helyszínévé” (1).

A kiállítás a 19. és 20. századi magyar művészek itáliai ihletésű alkotásainak egy részét mutatta be.



2. kép. Ferenczy István: Pásztorlányka
(A szép mesterségek kezdete), 1820–1822

Ferenczy István (1792–1856) a 19. századi magyar szobrászat kiemelkedő alkotója, akit a Magyar Tudományos Akadémia is tagjai közé választott. 1818-ban gyalog ment Rómába, ahol 6 évet töltött el és megtanulta a márvány faragását. A „Pásztorlányka” vagy ahogy a művész elnevezte A „Szép mesterségek kezdete” című szobrát 1822-ben készítette, amelyet elkészülte után nemsokkal Pestre küldött, ahol nagy ünnepeléssel fogadták (2. kép). 1824-ben tért haza és sokáig kutatót márvány után, amelyet szobrászatának megfelelő minőségűnek tartott (3). A „Pásztorlányka” című szobra fehér carrarai márványból készült. A guggoló női alak, szép arcvonásokkal, távolba néző tekintettel szinte megigézi a szemlélőt. A márvány megmunkálása, a görög ruházat finom redőzetének változatossága, gyűrődése a felületek ragyogó simasága, íve, fénye michelangelo-i magasságba emeli az alkotást.

Markó Károly (1791–1860) a Felvidék akkori szellemi központjában, Lőcsén született. 1832-ben Rómába utazott, majd Pisában élt családjával. 1843-ban a Firenzei Akadémia tiszteletbeli tanárává választották és ott élt haláláig (3.). Markóhoz a 19. század közepén fiatal magyar festők sokasága zarándokolt. Lánya visszaemlékezése szerint azt tanácsolta tanítványainak, hogy úgy fessék meg a valódi látványt, hogy azt a saját érzéküknek rendeljék alá. Képein a tájak nem részletes pontossággal jelennek meg, de érezhető, hogy a napsütötte Itália lankái, sziklái és romjai adják az alakokkal élénkített jelenetek környezetét (2). Markó tájsorozatokat gyűjtött, amelyeket egy képbe sűrített. Ez a módszer érzékelhető a „Tájkép Tivoli mellett, szüretelőkkel” című festményén is (3. kép). A kép mindkét olda-



3. kép. Markó Károly: Tájkép Tivoli mellett szüretelőkkel, 1846

lán a zöld különböző árnyalataiban pompázó dús növényzet látható, a domboldal vöröslő várom uralja, a háttérből pedig az alkonyba hajló fáradt napsugarak világítják meg a festmény közepén táncoló, színes ruhába öltöztetett szüretelőket. A táj idilli, békét, nyugalmat áraszt, a kontúrok jól kivehetők, a festmény igazi romantikus, a 19. századra jellemző alkotás.



4. kép. Barabás Miklós: Velencei részlet, 1834

Barabás Miklós (1810–1898) a magyar biedermeier festészet egyik legkiválóbb mestere, aki elsősorban arcképfestőként szerzett hírnevet. 1834-ben Itáliába utazott, ahol megismerkedett a múlt emlékeivel, Róma pezsgő művészeti életével. Hosszabb időt töltött velencei képtárakban, ahol egész nap vázlatokon, aquarelleken rögzítette a nagy elődök kompozíciós elveit, színharmóniát, formavilágát. Itália más nagyvárosaiba, Bo-lognába, Firenzébe, Nápolyba is eljutott és 1835-ben tapasztalatokkal, élményekkel és további munkásságát is befolyásoló benyomással gazdagon felvértezve érkezett haza (3). A „*Velencei részlet*” című festménye elsősorban a város építészeti szépségeit tárja a szemlélő elé: jellegzetes homlokzatú, egymáshoz simuló, cseréptetős házak barnás-vörös vonulatát csak elvétve teszi élénkebbé a csoportokba rendezett zöld növényzet. Az égboltot báránnyelű felhők takarják, amelyek csak ritkán szűrődik át a mediterrán kékség (4. kép).

Czélkúti (Züllich) Rudolf (1813–1890) a bécsi képzőművészeti akadémián folytatott tanulmányai után 1840-től másfél évtizedig Rómában élt. 1846-ban alkotta meg a „*Iuno*” című márványszobrát (5. kép). A carrarai márványból készült alkotás az antik művészetből táplálkozó nemes egyszerűséggel, gazdagon kimunkált részletekkel ábrázolja a Rómában népszerű isten-nőt.

Kovács Mihály (1819–1892) az akadémikus stílus képviselője. 1842-ben utazott Itáliába, először Firenzében tanulta a tájképfestést, majd Rómába ment és kisebb megszakításokkal öt évig élt olasz földön. Velence, Firenze, Róma, Nápoly utcáit járva az aquarell festés felé fordult. Ezek realisztikusabb tájábrázolási irányhoz kapcsolódnak, az ecsetvonások szélesebbek, a felfogás oldottabb. A velencei főtemplomot ábrázoló képe már itthon készült, emlékei, vázlatai alapján festette meg a monumentális épületet (6. kép). A technikát kifejező ereje, frissessége és a bravúros rajzi tudás megcsillogtatására és a látvány gyors rögzítésére alkalmas módszere tette vonzóvá a művészek számára (3).

Ligeti Antal (1823–1890) az idealisztikus tájképfestészet egyik kiváló képviselője. 1845-ben utazott Itáliába, hosszú időt töltött Firenzében és izlésére id. Markó Károly volt nagy befolyással. Ez a hatás minden munkáján látszott, mert Ligeti is idealizálva ábrázolta a természetet. Főképp romantikus hangvételű tájképei híresek. Az „*Agrigento, romantikus tájkép várommal*” című festménye 1860-ban készült. A várom a kép bal oldalán hegycsúcson látható, amelyet völgy határol. Az egész táj a lenyugvó nap fényében pompázik. Az este közeledtét az égbolton megjelenő alkonyi napsugarak is közvetítik (7. kép).

Wagner Sándor (1838–1919) Bécsben tanult, majd 1866-ban a müncheni Képzőművészeti Akadémia tanára lett. Az 1870-es években rendszeresen járt Itáliában, amelyről számos festmény is tanúskodik. Wagner művei pontosan örökölték meg azokat a motívumokat, amelyeket több százada ismerünk. Ezt a festői magatartást jeleníti meg az 1870 körül készült „*A Vesta-*



5. kép. Czélkúti Züllich Rudolf: Iuno, 1846



6. kép. Kovács Mihály: A velencei Szent Márk templom belseje a kórus felől, 1873-1875



7. kép. Ligeti Antal: Agrigento, romantikus táj várrommal, 1860

templom Rómában” című festménye is. A templom és a környező házak szinte a fényképezés pontosságával jelennek meg a képen. A vörös-barna színű épületekre kék itáliai égbolt tekint (8. kép).



8. kép. Wágner Sándor: A Vesta templom Rómában, 1870 körül



9. kép. Mészöly Géza: Chioggia, 1883



10. kép. Skuteczky Döme: Piazza San Marco, 1890 évek

Mészöly Géza (1844–1887) nemesi családban született. Tanulmányokat Bécsben, Münchenben folytatott, ahol saját műterme is volt. 1882-ben Párizsban élt és Itáliát is többször felkereste, amelynek emlékét az 1883-ban készült „*Chioggia*” című festménye is őrzi (9. kép). A képen tengerparti kikötő részlet látható hajókkal, amelyek árnyéka a vízben tükröződik. A kikötőt jellegzetes homlokzatú házak zárják le. A kép leginkább megragadó részlete a víz színárnyalatainak gazdagsága: a sötét tónusú árnyékoktól, a szabad, tükröződő kék vízfelületig a színezetek sokasága látható. Képeit nagy gonddal és aprólékos kidolgozással alkotta. Munkássága elsősorban a Balatonhoz köthető. Tavasztól őszig az országot járta, kitűnő vázlatokat rajzolt, amelyeket műhelyében naturalista stílusban festett meg. Vázlatai a *plain air* stílust előlegzik, a számos szabadban tett megfigyelés, élmény hangulata rávetül kész képeire is, amelyek ettől bensőséges hangulatúakká válnak. Művészete nagy hatással volt a későbbi tájképfestőkre (3).

Skuteczky Döme (1850–1921) 1867-ben nyert el olaszországi ösztöndíjat, és a Velencei Akadémián ta-

nult. Két évet töltött Firenzében, majd 1876-ban Velencében telepedett le (3). Hazatérése után is festett velencei képeket és a városi élet képeihez gyakran választotta háttérként a Szent Márk Székesegyház áhítatos belsejét, vagy az épület homlokzatát (1). A „*Piazza San Marco*” című képét az 1890-es években festette (10. kép). „A teret látogatók tömege keresi fel, állandó lakói a galambok. A kép felreppenés közben is ábrázolja a madarakat, amely alkalmas a festői virtuóztatás megcsillogtatására. Skuteczky festményeinek kompozíciója nem szokásos: az előtérben látható nő hátat fordít, a középpontban pedig a kisgyermek élénkpiros ruhája vonzza a nézői tekintetet” (1).

Szinyei-Merse Pál (1845–1920) nemesi családból származott. Első alkalommal 1870-ben járt Itáliában, ahol Genovában élte meg először a tenger élményét. 1901-ben dél Itáliában tett körutat, amelyet 1903-ban megismételt. „1902-től több nyarat töltött Capri szigetén, több tengertanulmánya ismert ebből a korszakából. A „*Mare azzuro*”, vagyis „azúrkék tenger” című képe a magyar *plain air* festészet modern tendenciáit tükrözi (11. kép). A horizont vonalának elhelyezkedése ki-



11. kép. Szinyei-Merse Pál: Mare Azzurro, 1902–1904

egyensúlyozott kompozíciót teremt: az ég és a tenger közel egyenlő felületei szinte absztrakt látvánnyá olvadnak. A folyamatosan fodrozódó tenger pillanatnyi benyomását laza ecsetkezeléssel, helyenként vázlat-szerűen festette meg. Az egymással versengő, fehér és sárga tónusokkal kevert kékek a levegő és a víz állandó mozgását érzékeltetik” (1).

Itáliában az épített örökség, az antik emlékek, az ókori művészet tárgyai az olasz kultúra fontos elemei. A romok nemcsak az antikvitás ereklyéjeként, vagy vonzó festői témaként jelennek meg, hanem a múlt dicsőségének jelképeként is (2). A taorminai görög színház romjainak látványa, a festői táj és a természeti szépségek számos festő képzeletét megragadta. Legismertebb Csontváry Kosztka Tivadar (1853–1919) monumentális festménye, azonban a festő e témához vázlatokat is készített (12. kép). Csontváry vázlata mellett a kiállítás három másik festőnek a taorminai romok ihlette művét is bemutatta. Tanulságos látni azt, hogy az eltérő stílusirányzathoz tartozó, különböző korokban élő művészek miként látják a szicíliai kisváros antik romjainak szépségét.



12. kép. Csontváry Kosztka Tivadar: Taorminai görög színház romjai, 1904



13. kép. Ligeti Antal: Taormina, 1860

Időben legkorábban 1860-ban Ligeti Antal képe készült el (13. kép). A festő a romokat a kép középpontjába helyezte, vörösesbarna környezetben lankák, völgyek, hegycsúcsok, épületek egyaránt láthatók, a romok mögött a tenger kékje is megcsillan, a háttérben pedig a Vezúv csúcsa sejlik fel. A vászon felső felében az égbolt sejtelmes mediterrán fénye csillog. Ligeti páratlan finomsággal kezeli az ecsetet és puha vonásokkal részletezi a tájat.

Csontváry képére a költői látomás a jellemző (12. kép). Az 1900-as években készült festményt a romok látványa uralja, előttük egymásra hányt falmaradványok, téglák láthatók, középen, a hegyvonulat előtt kis ház, mögötte zöld, távolabb pedig kékesen sejtelmes hegyek zárják le a képet. A festménynek élénkséget az égbolt kékje nyújt. Vázlatot látunk, amelynek hatása nem mérhető Csontváry Taorminát megjelenítő monumentális, ikonikus festményéhez.

Vaszary János Taorminát ábrázoló képe 1936-ban készült (14. kép). A kép élénk színeivel életet és drámaiságot egyaránt kifejez. A romok narancs színben pompáznak, amelyek a lemenő nap sugaraival, a fény és az árnyék játékával különleges látványt nyújtanak. A festmény bal oldalán a tengerből vizének kékje inkább zöldbe hajlik. A háttér hegyvonulatának formái, változatos színe, a zöld különböző árnyalatainak és a vöröses-lilának egymásba fonódása, árnyékok megjelenítése különös drámaiságot ad az alkotásnak. Vaszary Taormina festményének hangulata, mélysége, színei megrendítő látomása különbözik a festő mediterrán életörömet sugárzó alkotásaitól.



14. kép. Vaszary János: A görög színház Taorminában, 1936

Molnár C. Pál (1894–1981) festménye 1963-ban készült (15. kép). A kompozíció a Vaszary kép elrendezéséhez hasonló. Előtérben a romok, majd a tengerből, a háttérben a hegyek, a festmény jobb oldalán kis városka apró házai láthatók. Vaszary alkotásából az izzó szenvedély árad, Molnár C. Pál Taorminájában azonban a mediterrán hangulat, a neoklasszicista nyugalommal párosul, így oldódik fel a nyugtalanság, a mo-



15. kép. Molnár C. Pál: Görög színház, 1963

galmasság az elmélyülésben. A színek inkább komorak, a sötét kolorit dominál, az égbolt is borús, fényt csak az előtérben álló romos falak, oszlopok tükröződése és a városka látványa nyújt. A kép megmutatja a szemlélőnek a hideg elmúlást.

A taorminai görög színház romjait megörökítő első és utolsó festmény elkészülte között több mint egy évszázad telt el. Változott a kor, az ízlés, a festői stílus és ezeket a különbségeket az alkotó egyénisége is alapvetően befolyásolta. Ligeti alkotása leginkább valóságghű, Csontváry képén a költői képzelet az uralkodó hatás. Vaszary festménye az izzó szenvedélyt, Molnár C. Pál a hidegséget mutatja meg.

Csontváryt Taorminában nemcsak a görög romok, hanem a város és a tenger mediterrán hangulata is megérintette. Erről tanúskodik a „Holdtölte Taorminában”

című 1901-ben készült festménye (16. kép). A kép színei varázslatosak. Az előtérben széles út kanyarog, mellette piros ház tündököl, az út végén pedig palota látható, amelyet a holdfény varázslatosan világít meg. A kép jobb oldalán, inkább a háttérben az élményt a tenger látványa teszi teljessé, kékjének a hold tükröződése különböző árnyalatokat ad. Csontváry nem tartozott egyetlen korabeli irányzathoz sem, maga alkotta többrétű kifejezéssel „Napút” festőként jellemezte önmagát (3). Ez a kifejezés nála a fény és a levegő együttes megjelenése, a különböző napszakok színvilága, a nap és a fény természetének felismerése. Megtalálta a napút színeket: a világító sárgát, a lángoló pirosat, a fájdalmas rózsaszínt, a borzongató kéket. Birodalmában tombol a napfény, az ég a lemenő nap sugaraitól lángol, világít (3).

Fraknoi Vilmos püspök és történész 1894-ben megalapította a Római Magyar Történeti Intézetet, amelynek célja levéltári adatok révén a magyar múlt kutatása volt. Villája mellett művészhatárt is épített, ahol képzőművészeket fogadott megalapozva ezzel a következő évtizedek meghatározó szellemi és alkotói központját (1, 4). Az első világháború után a Fraknoi villa évekre állami tulajdonba került. Az intézet 1928-ban ismét működni kezdett, immár új helyszínen, a Palazzo Falconieri-ben. Az itáliai magyar művészeti hagyományok újjászervezésére és feltámasztására megalakult a Római Magyar Akadémia, amelynek alapítója Gerevich Tibor (1882–1954) művészettörténész, egyetemi tanár, kormánybiztos, a Magyar Tudományos Akadémia tagja volt. Gerevich nagy hatású személyisége, széles látóköre, kivételes műveltsége biztosította azt, hogy a trianoni trauma után a magyar művészeti élet újjászervezésének Róma meghatározó helye lett. Gerevich célja olyan művészcsoporthoz létrehozása volt, amely



16. kép. Csontváry Kosztka Tivadar: Holdtölte Taorminában, 1901

az európai kultúra hagyományainak és a kereszténységnek a gyökereiből kiindulva találta meg egyéni stílusát. Sokoldalú munkája, szervezőkészsége révén a római Palazzo Falconieriben két-három év alatt új magyar művészeti iskola született, amelynek kereteit is kialakította, és amely Római Iskola néven vált ismertté. Állami ösztöndíjjal a fiatal művészek éveket töltöttek Rómában, amely szemléletüket, munkásságukat életre szólóan befolyásolta. Így jutott el a Palazzo Falconieribe többek között Aba-Novák Vilmos, Molnár C. Pál, Szőnyi István, Patkó Károly, Pátzay Pál és mások. A fiatal művészeket szinte kivétel nélkül magával ragadta Itália lenyűgöző légköre. Gerevich római regnálása idején több, mint 150 fiatal festő, szobrász, iparművész és építész fordult meg a Római Magyar Akadémián (4). Bátran mondhatjuk, hogy Itália hatása a magyar képzőművészetre ezekben az évtizedekben teljesedett ki.

Csók István (1865–1961) nem tartozott ugyan a Római Akadémia ösztöndíjasai közé, az európai festészet irányait elsősorban Párizsban tanulta meg, de itáliai utazásai is hatással voltak munkásságára. Képeinek színe rendkívül gazdag, ösztönös érzéssel sajátította el az impresszionizmus szemléletét, látásmódját. Jellemző alkotásaira a benyomás eleven rögzítése, a tájat és a tárgyakat egybefoglaló látásmód (3). Itáliai élményeire emlékszik vissza a már itthon, 1937-ben készült „Amalfi” című alkotása (17. kép). A kép első pillantásra csendéletnek tűnik, hiszen az előteret ragyogó sárgára festett gyümölcsök és váza díszítik. A mediterrán táj csak a háttér apró házaival jelenik meg, amelyek árnyéka a tenger kék vizére vetül. A tenger a kék különböző árnyalataiban tündököl. „A tavasz ébredése” című képe olyan életérzést fejez ki, amely a századforduló dekoratív – szecessziós irányait követi: az ábrándos ifjút és az éteri nőalakot, virágba borult idilli kert



17. kép. Csók István: Amalfi, 1937

veszi körül. Az aranyárga ruhát viselő nő maga is szimbólum: a tavasz, a szerelem és a vágyak megtestesítőjeként modern Vénuszként lép a férfi elé (18. kép, 5.).

Vaszary János (1873–1939) 1926-ban a velencei Biennálén járt és benyomásairól így írt: „A plage-on élénk színű ruhákban hölgyek sétálnak, gyermekek nyüzsögnek: úrlovasok, labdázók, az elmaradhatatlan cukrászok fehér esernyős kocsikkal: a horizonton narancsszínű vitorlák, halászbárkák – mindenütt szín, fény, mozgás, élet: a Lido berámázhatatlan, pompás képei” (6, 7). 1927-től a nyár nagy részét az Isztriai félszigeten a Ligur és a Tirén tenger üdülőhelyein töltötte. A mediterrán életérzés, a dolce vita felszabadult boldogsága örök nyomot hagyott művészetén. Megragadta a színek sokasága, a lángoló nap, a hűs szelet ontó tenger, a fény, a mozgás, az élet. Az élmény hatására briliáns kompozíciók születtek, lenyűgöző intenzív színekkel, a nyár, a tenger a szabadság érzésének megjelenítésével. Az érdeklődését felkelő motívumokat, az ellesett mozdulatokat, a tengerparti jeleneteket, városrészeket vázlatfüzetbe gyűjtötte. A műteremben a valós látványtól elragadtatva élénk fantáziáját használva helyezte el a látottakat a vászonra. „Ha ez az ember Párizsban él, ő a jelenkor egyik legnagyobb mestere” – írta róla Oskar Kokoschka (2). Vaszary itáliai élményeit számos vásznon rögzítette. Ezek a képek ma a kiállítások megcsodált, az aukciók legkeresettebb festményei közé tartoznak. A mediterrán életöröm, az élet szépsége, a színek kavalkádja lenyűgöző erővel árad képeiből (6., 7.) (19., 20., 21. kép).

Gulácsy Lajos (1882–1932) első alkalommal 1902-

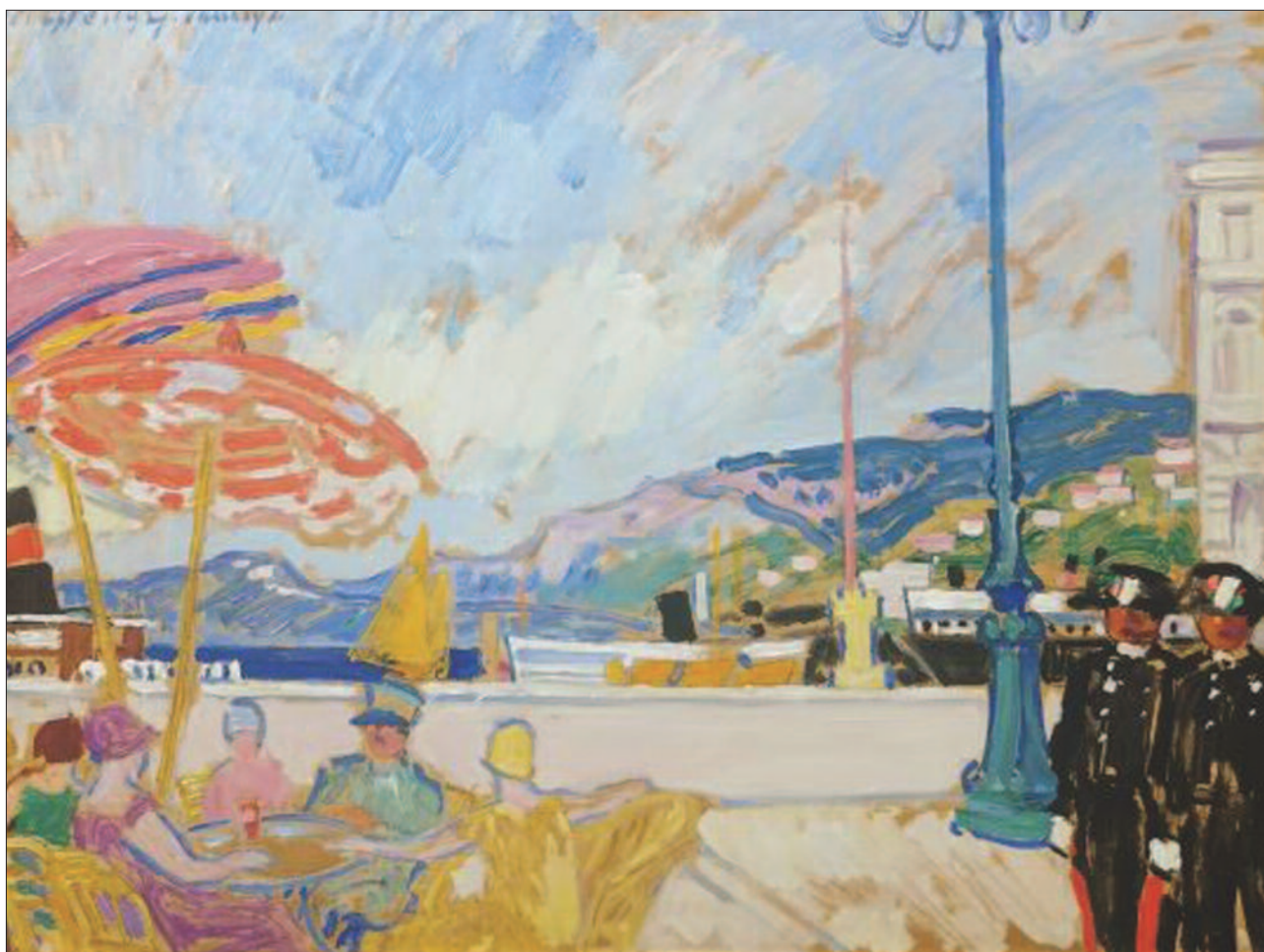
be utazott Itáliába és fél évet Rómában töltve az olasz tájjal, művészettel és életérzéssel való találkozása életre szóló meghatározó élménnyé vált. 1914-ig rendszeresen látogatta Itáliát, ahol gyakran több különböző városban több hónapot töltött el (7). A mediterrán világ örökre rabul ejtette, az élmény látomássá sűrűsödve jelent meg képein (22. kép). Számos képén festette meg az olasz városok középkori reneszánsz hangulatát.

Egry József (1883–1951) itáliai utazásának élménye számos alkotásán tetten érhető. 1930-ban járt Szicíliában és ekkor készült „Isola Bella” című képe (23. kép). Festett Taorminában, Nápolyban és Pompejiben is, miközben múzeumokat és templomokat látogatott. Naplójában így írt erről: „Szép volt, tanulságos volt. A lényeg azonban mégis az itthoni atmoszférához kötött. Különösen a Balaton kötött magához.” (1) Később, 1938-ban ismét Olaszországba utazott, de egész életében a Balatonért rajongott a Földközi-tengerrel szemben. „E két táj látványa nem különbözik sokban képein: a színek vibrálása, a levegő rétegeit megragadó és a vízfelületek fölötti párát is formaként értelmező festésmód rokonítja őket egymással. A dél-olasz tájat ábrázoló művein éppúgy ragyognak okkerei és aranyárgái, mint a balatoni festményein” (1). Egry képei lírai látomások a mediterrán délszaki fényhatásokat és a párás levegő atmoszféráját a balatoni látványban látta meg igazán (24. kép). Bármerre is járt, a látottakat az itthoni világhoz mérte (2).

Berény Róbert (1887–1953) Párizsban a Julian Akadémián tanult 1905-ben. Külföldi tartózkodása során azonban Itáliába is eljutott. 1912-ben készültek a „Ten-



18. kép. Csók István: A tavasz ébredése, 1900



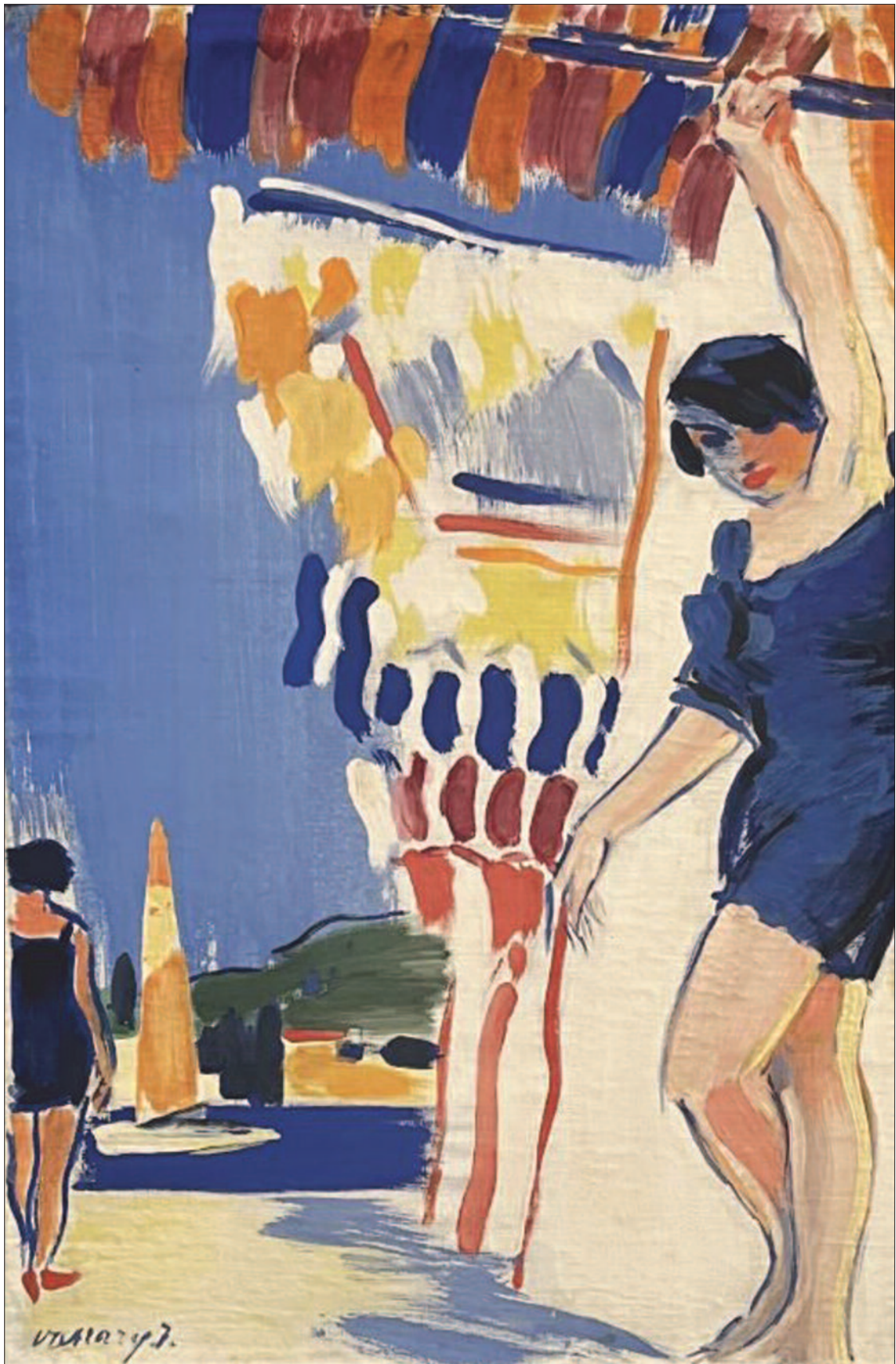
19. kép. Vaszary János: Piazza dell'Unità Triesztben, 1927

gerparti táj” és a „Lido” című festményei, amelyeken a part sárga homokszőnyege és a tenger kékje megejtő kontrasztot ad (25., 26. kép).

Molnár C. Pál (1894–1981) műveiben a mediterrán hangulat a neoklasszicista nyugalommal párosul. A nyugtalanság és a mozgalmasság nála az elmélyülésben oldódik fel. Tisztelte a klasszikus hagyományokat, de kora irányzatának a szecessziónak, a szimbolizmusnak, a szürrealizmusnak és a nagybányai iskolának a jelei is megjelennek műveiben (3). 1926-tól 3 évet töltött a római Collegium Hungaricumban. Itáliai tartózkodása festői stílusában is nyomot hagyott, az olasz klasszikus művészet hatása döntően témaválasztásában nyilvánul meg. Az „Angyali üdvözet” és a „Madonna” című művei is római tartózkodása alatt készültek (27., 28. kép). „Műveinek szereplői – a keresztény ábrázolási hagyománytól eltérően – a 20. századi divatot idéző ruhát és frizurát viselnek, olykor a környezetük is modern. Molnár C. tiszta színeit, az alakok arányait és vonalvezetését az olasz trecento és novecento ihlette. Sajátos szentképeivel a magyar egyházművészet egyik megújítója, több ezer alkotást számláló életmű-

vével a 20. századi magyar művészet egyik legtermékenyebb festője lett” (1). Az alakok ábrázolásának nemes egyszerűsége, a visszafogott, nem harsány, de mégis sokoldalú színválasztás, a reneszánsz hangulat egyaránt jellemző képeire.

Aba-Novák Vilmos (1894–1941) 1928-tól két évig a Gerevich vezette Római Magyar Akadémia ösztöndíjasa volt (4). Barátjával Patkó Károllyal beutazta szinte egész Itáliát és ez az élmény sorsfordító volt számára. Az olasz földön töltött idő az életmű egészét meghatározó festésmódot új kompozíciós és stílári szemléletet adott számára. Munkáit temperával festette, amelyet stílusalkotó hatásúnak tartott (2). Temperafestményeinek virtuóz stílusa magába olvasztotta az expresszionizmus és az olasz novecento formanyelvének elemeit. Harsány színekkel festett monumentális ihletettségű, dinamikus kompozíciók, bravúros technika jellemzik (3). Olasz városképei élmények és látványok sűrítvényei. Nagyszabású festményein a tengerből és az égbolt egymással versengő kék foltjai, a sziklák és a házak ritmikus töredezettsége expresszív hatással ösztöngzi a látványt (2). Az 1937-es párizsi világkiállítá-



20. kép. Vaszary János: Strandjelenet, 1934



21. kép. Vaszary János: Rapallo, 1933



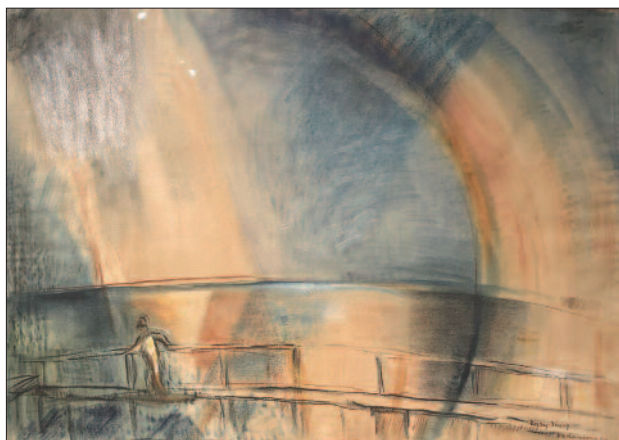
22. kép. Gulácsy Lajos: Olasz mese (Találkozás) 1906 körül

son is szerepelt, ahol képeit meglátva Pablo Picasso ezt kérdezte: „Ki ez a barbár zseni?” (3) „Az ösztöndíjasoknak kedvelt városnegyede volt a Trastevere, amelynek pezsgő éjszakai élete, bárjai, kocsmái, kávézói és éttermei vonzották a fiatalokat. Aba-Novák is sokszor megfordult a környéken. Egész sorozatot készített a könnyed pillanatokról, melyek közül a két legjelentősebb festmény a „Térzene” és az „Utcai zenészek” (29., 30. kép). A „Térzene” című festmény teljes egészében Aba-Novák fantáziájának a szüleménye. Az előtérben egy kocsmá terasza látható, tele emberekkel, akik a középkori kőházak közötti eseményeket figyelik. Tökéletes összhang van a lépcsőzetes, szögletes épületek és a gömbölyded figurák között. A kép egészét a szürke uralja, amelyet néhány erősebb, élénk szín tesz mozgalmassá. A virtuóz, vibráló színekkel megfestett „Laura” (31. kép) című képe egy kávézóban ülő, divatos olasz szépséget ábrázol. Az elmerengő nő vörös ajkai és szinte zavarba ejtően kék szeme a kép türkiz, piros és lila foltjaival versengenek. A festmény groteszk vonásai – mint a maszkok a falon vagy a nőt utánzó, szalmaszálat a szájában tartó kalapos majom – Aba-Novák cirkuszi ciklusát vetítik előre., (1).

Patkó Károly (1895–1941) az első római ösztöndí-



23. kép. Egrý József: Isola Bella, 1930

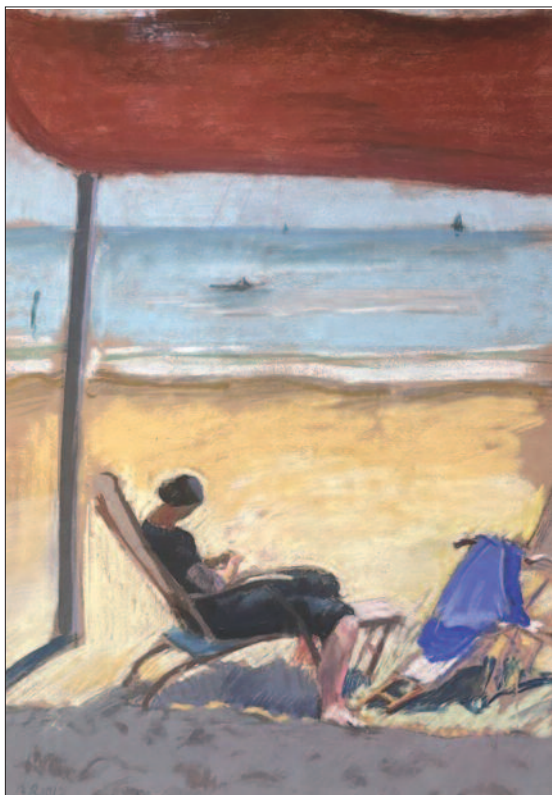


24. kép. Egrý József: Szivárvány III., 1930

jas évfolyammal költözött be a Palazzo Falconieribe, ahol művészete jelentősen átalakult. „Rómában fedezte fel a temperafestés technikai sokszínűségét, palettája itt világosodott ki és ez hazatérése után sem változott. A „Római Magyar Akadémiában”(32. kép) című

képét 1932-ben mutatta be először, majd a mű évtizedekig lappangott. A festményen talán modelleket, talán művésztársakat látunk, akik nem narratív történet szereplői, hanem egy elkapott, esetleges és inkább kontemplatív pillanat részesei. A határozott felülnézetre komponált mű a hideg kékeszöld falak és a meleg okkeres-vöröses padló kontrasztjára épít: a színek a formai rend megteremtésének eszközei” (1). A „*Szicíliai halászok*” című festménye homokos tengerpartot ábrázol, a meghatározó szín a sárga, a kék azonban drámai erővel zuhan a tájba. A kép közepén a napfény arany-sárga színe bontja a kék égboltot, a tenger kékjében is tükröződve (33. kép).

Bernáth Aurél (1895–1982) itáliai ihletésű képeinek fő alkotói célja nem nagy motívumok keresése. Az olasz hétköznapiakat, a tájrészletek jelzesszerű ábrázolásával ragadta meg (2). A „*Genovai kikötő*” című festménye 1927-ben készült el (34. kép). A képet két szín, a vörösesbarna és a kék különböző árnyalatai uralják. A mű bemutatja, hogy Itáliában minden megtalálható egyszerre: tenger, pálmafák, hegyek, melyek legmagasabb szikláin még késő tavasszal is havat látni, a vízen



25. kép. Berény Róbert: Tengerparti táj, 1912



26. kép. Berény Róbert: Lido, 1912



27. kép. Molnár C. Pál: Angyali üdvözlés, 1930

tengerjáró hajók úsznak, míg strand és kávézó várja az embert a partokon (5). Az előtérben házak sorakoznak, mögöttük a tenger kékje csillog, a háttérrel pedig hegyvonulat és a kissé borongós égbolt felhői uralják. A kép lírai hangulatú, egyedi színvilágú és a nagybányai hagyományokon alapuló impresszionista stílus jegyeit viseli.

Molnár Farkas (1897–1945) festő, grafikus, az avantgard építészet kiemelkedő alkotója. 1921-ben a Bauhaus tagja lett, Walter Gropius-nál is tanult. Épületeit a racionális felépítés és a funkcionalitás jellemezte. A háború előtti években kezdett foglalkozni a Magyar Szentföld Templom tervezésével, amelynek alapkövét 1940-ben tették le, az építkezést azonban 1945. januárjában bekövetkezett haláláig nem fejezték be. „1921-ben olaszországi tanulmányutat tett, ahol a tájat festményeken, vázlatokon és grafikákon örökölte meg, amelyeket élénk színek és kubista téralkotás jellemez. A fiesolei Ferences kolostorról készült olajfestményén az épületet és a környezetét geometrikus elemekből alkotta meg, a sötét háttérből erőteljes színekkel bontakozik ki a kolostor teraszos együttese” (35. kép) (1).

Pekár István (1905–1981) állami ösztöndíjjal több éven keresztül Rómában tanult. A második világháború előtt háromszor szerepelt képeivel a velencei Biennálén. Operaelőadásokhoz is tervezett díszleteket és



28. kép. Molnár C. Pál: *Madonna*, 1930

jelmezeket a római operában és a bécsi Staatsoperben. Színhasználata, festék- és ecsetkezelése kompozíciós megoldásai, képszerkesztése egyedi és nagy művészi tehetségre utal (3). „*Costa Amalfitana*” című festménye 1940 körül készült (36. kép). A kép városrészletet ábrázol, amelyek házeit finom, érzékeny színekkel festette meg. A harsány vonalak, színek helyett a világos visszafogott fény teremt igazi mediterrán hangulatot. A tenger színe is világos, a víz felszínén a napfény tükröződése, még finom rózsaszínt is megjelenít.

Domanovszky Endre (1907–1974) „az 1920-as évek végén hosszabb olaszországi tanulmányutat tett, 1939-től pedig állami ösztöndíjjal tartózkodott Rómában. Huszonkét évesen, még főiskolásként festette meg korai fő művét, a „*Jairus leányának feltámasztása*” (37. kép) című képét. Márk és Lukács evangéliuma is



29. kép. Aba-Novák Vilmos: *Térzene*, 1929

leírja a Jairus tizenkét éves leányának történetét. Domanovszky azt a pillanatot ábrázolta, amikor Jézus „*Talita kúmi*” arámi mondata (vagyis: „Kislány, kelj föl!”) után a halott gyermek felébred. A csoda megtörtént. Az alakok és a háttér erős függőleges vonalai a kora reneszánsz hagyományra emlékeztetnek. A kompozíció szigorú képszerkesztésre és klasszikus harmóniára épül, a néző tekintetét a gesztusok és a kezek ritmusa vezeti” (1). Az alakok finom, visszafogott mozdulatai különös érzékenységet tükröznek. Bár a képen a barna különböző árnyalatai láthatók csak, egyéb szín nem jelenik meg, a látvány mégsem eseménytelen.

Csernus Tibor (1927–2007) bár 1964-től Párizsban élt és alkotott, az 1980-as évektől kezdve egyre kifejezettebben érezhető művein Caravaggio hatása. Változatos színekkel és drámai kontrasztjaival egyaránt a caravaggioi festészet örökségét hordozza. „Csernus nem utánzással idézi meg a festészet nagy hagyományait, hanem „újraakertezi a jól ismert képépítési folyamatot és Caravaggio gesztusokat és pátoszt kifejező erejét vizsgálva autonóm csernusokat fest. Szinte túlfe-



30. kép. Aba-Novák Vilmos: Utcai zenészek, 1929

szített fényhatásokkal modellálta a sötétségből előtűnő szereplőit, akiknek tapintható életszerűsége a drámai környezet és a látványos testhelyezetek ellenére is profanizálja a jeleneteket” (2). Elsősorban amerikai kritikusainak tűnt fel, hogy az 1980-as évek első felében készült festményein az alakok – szinte mindig aktok – sokféleképpen mozognak – mozdulnak, de a mozdula-

tok iránya nem kiszámítható, bennük olykor hétköznapi, máskor drámai helyzetek sejthetők (8). Csernus aktjaiban az archaikus klasszikus római szépségideál jelenik meg. A „*Csoportkép, három asszony és egy férfi*” című festménye (38. kép) az 1980-as években az „*Alló akt*” pedig (39. kép) 1987-ben készült.

„A magyar művészeknek a század második feléből



31. kép. Aba-Novák Vilmos: Laura (kék kalapos nő), 1930

származó olasz úti élményeire szinte csak véletlenül lehet rábukkani: életrajzból tudható, hogy olasz tanulmányúton jártak és vázlatkönyvekben örökítették meg a jól ismert motívumokat, a ciprusokkal tagolt tájakat, a lapos tetejű mediterrán épületeket, az antik romokat, Róma emlékműveit, a nápolyi öböl lenyűgöző panorámáját. Ezek a képek az olasz élet befogadásának és művekben való lecsapódásának tanúi. A képeket látva másik térben és másik időben találjuk magunkat” (2). Az olasz kultúra és a dolce vita életérzés meghatározó hatású évszázadok magyar képzőművészetére.



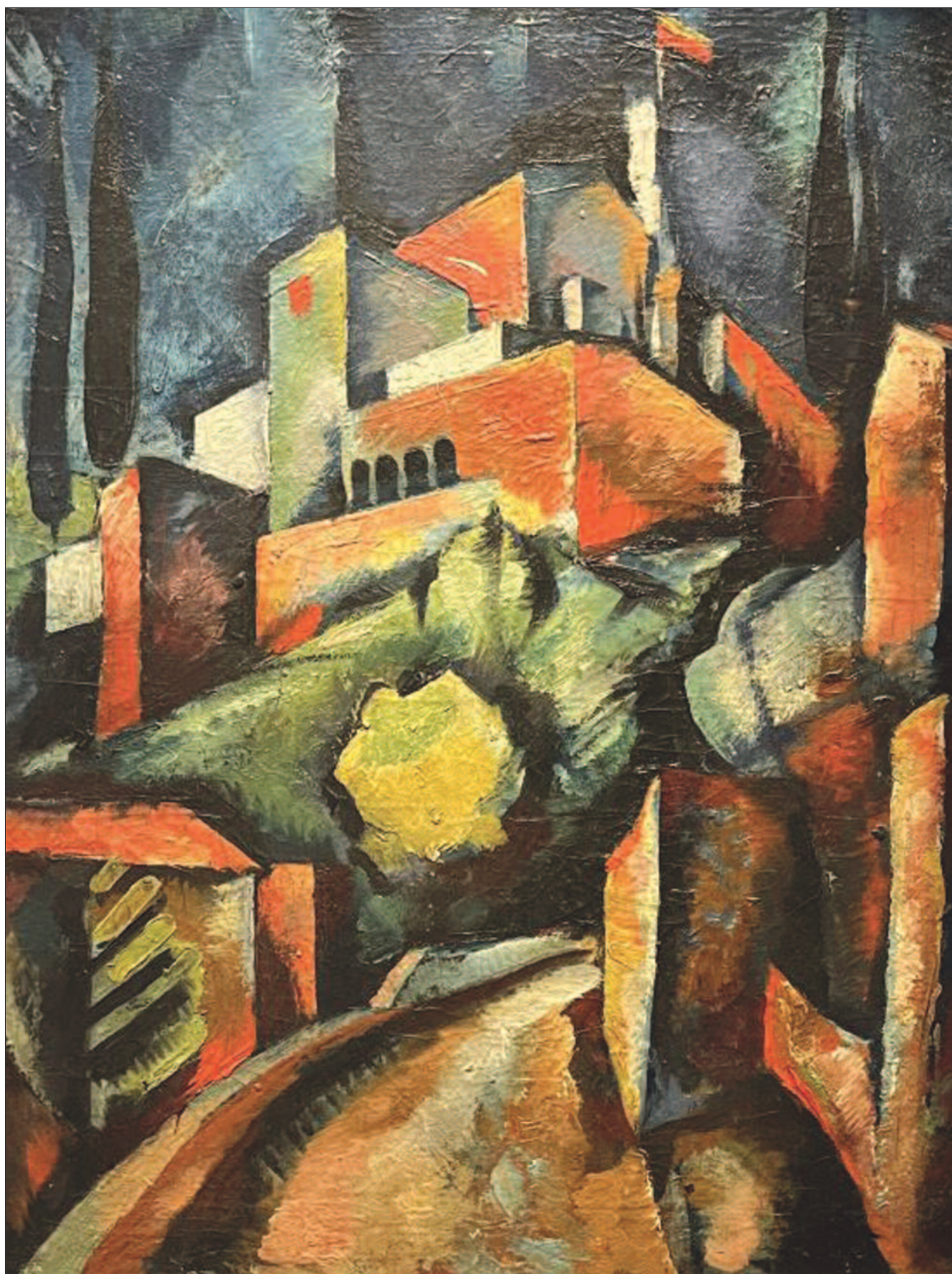
32. kép. Patkó Károly: A Római Magyar Akadémiában (Szalonban), 1931



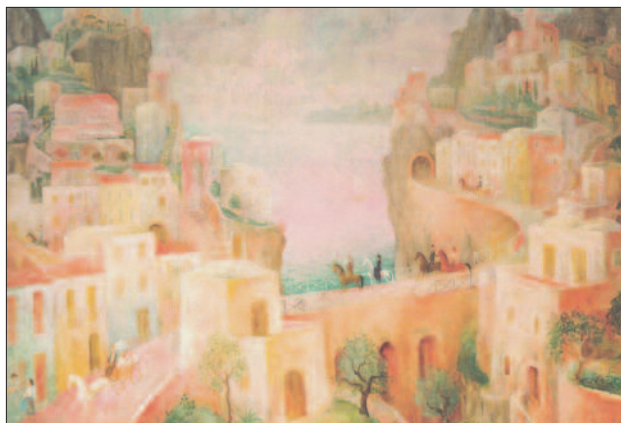
33. kép. Patkó Károly: Szicíliai halászok, 1931



34. kép. Bernáth Aurél: Genovai kikötő, 1926-1927



35. kép. Molnár Farkas: Chostro San Francesco, 1921



36. kép. Pekáry István: Costa Amalfitana, 1940



37. kép. Domanovszky Endre: Jairus leányának feltámasztása, 1929



38. kép. Csernus Tibor: Csoportkép: három asszony, egy férfi, 1980-as évek vége



39. kép. Csernus Tibor: Álló akt, 1987

ISTEN TÖRÖTT CSELLÓJA, HALLGATOK

Én csönd vagyok. Itt ne keress zenét.
Olyan vagyok én ebben a világban,
Mint az a gordonka, amelyet láttam
Egy szép úri szobában, a sarokban.

Húrjai elpattantak. A nyakán
Gyászfátyol van átvetve, néma flór.
S mégse volt érzelgős tárgy. Némi por
Fedte már. Megbékélt évek pora.

Oly fájdalom volt rája írva, melynek
Már csöndje a szent, mint a remetének,
Ki elfelejtett beszélni az évek
Magányában, – s cellája küszöbén.

Míg elkallódott életébe réved,
Már nem emlékszik régi bánatára:
Csak mintha némi finom, messzi pára
Vérezné be a dús alkonyatot,

És tenné szebbé, istenibb titokká,
Melyhez nem illik más, csak némaság.
Üvöltsön hát a szájas sokaság,
Isten törött csellója, hallgatók

Új termékek a Nutricia kínálatában!

Bővebben: nutriciamedical.hu/ **2kcal**



NUTRIDRINK PLANTBASED PROTEIN 2 KCAL

20g FEHÉRJE

400 kcal



Ananász-kókusz
ízű

Sütőtök-
sárgarépa ízű

Krémes
zöldborsó ízű

Cappuccino
ízű

NUTRISON PLANTBASED 2 KCAL HP MULTI FIBRE

500ml-ben

50g FEHÉRJE

1000 kcal



KIVÁLÓ MINŐSÉGŰ,
MAGAS NÖVÉNYI
FEHÉRJETARTALOM (1-3)

Referenciák:

1. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation, 2007; 2. Report of an FAO Expert Consultation, 2013; 3. Huang S, Wang LM, Sivendiran T, et al. Review: Amino acid concentration of high protein food products and an overview of the current methods used to determine protein quality. Crit Rev Food Sci Nutr. 2018;58(15):2673-2678; Speciális gyógyászati célra szánt élelmiszer íható és szondatáplálásra, kizárólag orvosi felügyelet mellett adható. Ezen információs anyag egészségügyi szakemberek számára készült. A Danone Kft. nem vállal felelősséget a jelen információs anyag illetéktelen felhasználásáért. Jelen anyag olvashatatlan részét képezi a címkészőzőg.

www.nutriciamedical.hu/termek-szures/ Danone Kft. 1134 Budapest, Váci út 35.

Kód: ADU26ALLSPE45ONLHU | Lezárás dátuma: 2026.04.02.

FESTALPRO

SEJTSZINTEN TÁMOGATJA A MÁJ REGENERÁCIÓJÁT

2.5x



**HATÁSOSABB A SZTEATÓZIS ELLEN,
MINT A DIÉTA ÉS A TESTMOZGÁS
ÖNMAGÁBAN*¹**



A Festalpro 600 mg kemény kapszula olajmentesített, dúsított, tokoferol tartalmú, szójabab eredetű foszfolipid hatóanyagú, vény nélkül kapható gyógyszer. Hagyományos növényi gyógyszer, amely kizárólag a régóta fennálló használaton alapuló, meghatározott javallatokra alkalmazandó.

BŐVEBB INFORMÁCIÓÉRT OLVASSA EL A GYÓGYSZER ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁSÁT!

*EXCEL multicentrikus, fázis IV, randomizált elrendezésű klinikai vizsgálat metabolikus diszfunkcióval társult szteatotikus májbetegségben (MASLD) szenvedő betegek bevonásával, 82 fő EPL-kezelte (1800mg/nap) és 83 fő placebo-kezelte résztvevővel, a standard kezelés – beleértve életmódbeli változtatásokat is – mellett. A 2,5-szeres statisztikailag szignifikáns mértékű ($p=0,0269$) csökkenés a kezelés megkezdése után 6 hónappal meghatározott kontrollált gyengítési paraméterre (CAP) vonatkozik kezelte versus placebo ágak összehasonlításában (CAP-értékek csökkenése: -24,6 vs. -9,8).¹ **A Nicholas Hall DB6 nevű globális adatbázisa alapján, 2025 Q4 MAT adatok szerint az Essentiale® (Magyarországon Festalpro) a legnagyobb értékben eladott májvédő OTC készítmény.

Források: (1) Stefan N et al. Liver Int. 2026;46(5):e70601.

Opella Healthcare Commercial Kft. 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4-8. F. ép. 4. emelet, Gyógyszer- és termékinformációs szolgálat:
www.opella.com/our-countries/hu-hu, Web: www.festalpro.com/hu-hu MAT-HU-2600223 (2026.03.16.)



Opella.