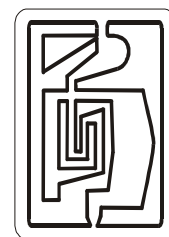


Magyar Gasztroenterológiai
Társaság
Hungarian Society of
Gastroenterology



49. Nagygyűlés

49th Annual Meeting of the
Hungarian Society of Gastroenterology

PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK

Tihany, 2007. június 1-6.

PROGRAM / ABSTRACTS

Tihany, 1-6 June, 2007
Hungary

Magyar Gasztroenterológiai Társaság 49. Nagygyűlése

Program / Előadás kivonatok

Tihany, 2007. június 01-06.

TARTALOM

Általános tudnivalók	3
A Nagygyűlés időrendi beosztása	5

Premeeting:

Program:

Magyar Gasztroenterológiai Társaság Postgraduális Képzési Programja	7
Endoszkópos asszisztensek ülése I.	9
Kiállítók köszöntése	11
Endoszkópia I. (előadások)	12
Hepatológia (előadások)	14
Táplálkozástudomány és dietetika (előadások)	19
Interdiszciplináris szimpózium, Családorvosok fóruma	20
Endoszkópos asszisztensek ülése II.	21
Aktualitások a GIST és a GEP-NET tumorok diagnosztikájában és kezelésében (Novartis szimpózium)	22
Tudatos táplálkozással a jobb életminőségért (Danone szimpózium).....	25
Közygyűlés / Emlékelőadások / Díjátadások	26
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei	27
Endoszkópia II. (előadások)	31
Ultrahang, képalkotó (előadások)	33
Új lehetőségek a biológiai terápiában (Abbott szimpózium)	34
(Janssen-Cilag szimpózium)	37
Rifaximin monográfia - könyvbemutató szimpózium (Medisan szimpózium). ..	38
Vékonybélbetegségek (főtema)	41
A gasztroenterológus szerepe az obesitas komplex kezelésében (referátum)..	41
Gyomorrák (referátum)	41
Helicobacter Pylori (előadások)	42
Endoszkópia III. (előadások)	45
Motilitás (előadások)	47
Pancreas (előadások)	49
Onkológia (előadások)	51
Bioegyenértékűség és terápiás egyenértékűség, azonos fogalmak? A generikus bioekvivalencia vizsgálatok valódi háttere (Nycomed szimpózium).....	55
Fókuszban a székrekedés. Menni vagy nem menni (Boehringer szimpózium) ..	56
A veseszületett immunitás szerepe gastroenterológiai kórképekben (főtema)	59
Funkcionális tápcsatorna betegségek. Róma III. (referátum)	60
„BREAKING NEWS” kollégiumi fórum a gasztroenterológia aktuális kérdéseiről	60
Posztterek (Bélbetegségek,)	61
Bélbetegségek (előadások)	64
Sebészet (előadások).....	69
Sebészet (posztterek).....	71
Kutatói fórum (előadások)	73
Együtt: gasztroenterológus és kardiológus (Richter Gedeon szimpózium)	76
Kihívások és dilemmák / klinikopatológia / esetismertetések (posztterek)	78
Learning center	83
Előadás kivonatok	84
Szerzők névsora	142
Kiállítók és hirdető	147
Hirdető cégek listája	148

***Kiadja a Magyar
Gastroenterológiai
Társaság***

Felelős szerkesztő:

*Dr. Szalay Ferenc
ügyvezető igazgató*

*1092 Budapest
Kinizsi u. 22.
Tel: 215-1224
Fax: 476-0634
E-mail:
gastro@gastroent.hu*

ISSN: 1417-7013

Nyomda:

*NestPress Kft.
1116 Budapest
Vegyész u. 17-25.*

2007.

49th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Tihany, 01-06 June, 2007

Contents:

General information	3
Time-table	4

Pre-meeting:

Program:

Postgraduate Course of the Hungarian Society of Gastroenterology	7
Meeting of GI nurses and endoscopy associates I.	9
Exhibitors' meeting	11
Endoscopy I. (oral presentations)	12
Hepatology (oral presentations)	14
Nutrition and dietetics (oral presentations)	19
Interdisciplinary discussion, Forum of Family doctors	20
Meeting of GI nurses and endoscopy associates II.	21
Actualities in the diagnosis and treatment of gist and net tumors (Novartis symposium)	22
With conscious nutrition for the better life-quality (Danone symposium)	25
General assembly, Memorial lectures, Awards	26
Endoscopy II. (oral presentations)	31
Ultrasound, Imaging (oral presentations)	33
New possibilities of biological treatment (Abbott symposium)	34
(Janssen-Cilag symposium)	37
Rifaximin monography - book presentation (Medisan symposium)	38
Small bowel diseases (main topic)	41
Role of gastroenterologist in the complex treatment of obesity (state of art lecture)	41
Gastric cancer (state of art lecture)	41
Helicobacter Pylori (oral presentations)	42
Endoscopy III. (oral presentations)	45
Motility (oral presentations)	47
Pancreas (oral presentations)	49
Oncology (oral presentations)	51
Bioequivalence and therapeutical equivalence. Are they equal? The background of the generic bioequivalence studies (Nycomed symposium)	55
Focused on constipation. to go or not to go.... (Boehringer symposium)	56
Role of congenital immunity in gastrointestinal diseases (main topic)	59
Functional gastrointestinal diseases. Rome III. (state of art lecture)	60
College forum	60
Posters (Bowel diseases)	61
Bowel diseases (oral presentations)	64
Surgery (oral presentations)	69
Surgery (posters)	71
Research forum (oral presentations)	73
Together: gastroenterologist and cardiologist (Richter Gedeon symposium) ..	76
Challenges, Clinicopathology, Case reports (posters)	78
Learning center	83
Abstracts	84
Alphabetic list of authors	142
Exhibitors and advertisers	147
List of advertisers	148

***Editor:
Hungarian
Society of
Gastroenterology***

Editor:

*Dr. Ferenc Szalay
Executive director*

*H-1092 Budapest
Kinizsi u. 22.
Tel.: +36 1 215-1224
Fax: +36 1 476-0634
E-mail:
gastro@gastroent.hu*

ISSN: 1417-7013

Publisher:

*NestPress Kft.
1116 Budapest
Vegyész u. 17-25.*

2007.

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

GENERAL INFORMATION

KONGRESSZUSI IRODA

2007. 06. 01-én 12.00 órától működik Club Tihanyban a főépület földszintjén. A Nagygyűlés ideje alatt minden nap 8.00-tól az aznapi utolsó tudományos program végéig tart nyitva. A résztvevők a programfüzetet regisztráláskor kapják meg.

RÉSZVÉTELI DÍJ

A kongresszuson való részvétel feltétele a regisztrálás.

A részvételi díj tartalmazza a fogadás költségeit. Orvostanhallgatóknak és nyugdíjasoknak nem kell regisztrálási díjat fizetni.

A regisztrálás jogosít a Nagygyűlés valamennyi, illetve a napijegy esetén az adott napon sorra kerülő szakmai programon való részvételre.

POSZTEREK

A poszttereket az 1 m széles és 2 m magas, földön álló állványra, gombostűvel vagy ragasztószalaggal lehet felerősíteni. A posztterek szélessége **100 cm**, magassága **120 cm**. A poszter címét, a szerzők nevét és munkahelyét a szerzőknek kell feltüntetni.

A posztterek kihelyezése a kongresszus nyitó napján június 02-ától, leszerelése a kongresszus zárónapján legkésőbb 14.00 óráig.

A posztterek tehát a nagygyűlés egész ideje alatt megtekinthetők.

A posztterek megvitatására tematika szerint a programban megjelölt napon az ebédszünetben kerül sor.

Kérjük a szerzőket, hogy a jelzett időben álljanak az érdeklődők rendelkezésére.

KREDITPONT

A kongresszus résztvevői a kreditpont igazolást a kongresszusi irodán vehetik fel.

CONGRESS OFFICE

Opens on 01. 06. 2006 from 12.00 a.m. at the entrance of the Club Tihany. Opening hours from 8.00 a.m. up to the last scientific program of each day. Participants will receive the final program at the desk.

Official hours: each day from 8.00 a.m. to 19.00 p.m.

REGISTRATION FEES

You have to register in order to participate in the Congress.

Registration fee includes admittance to all scientific sessions.

Free registration is provided for students and pensioners.

Registration fee includes the price of the Gala Dinner.

POSTERS

Panels for posters (1 m x 2 m) will be provided by the Organizing Committee. Size of posters can not be larger than 100 cm (width) x 120 cm (height).

Poster has to contain the title of lecture, author's name(s) and institution(s).

Displaying of posters from 02 June, dismounting of posters on the final day at latest 14.00 hours.

So, the posters are on view during the whole congress.

The poster discussion will be in the lunch session on that day, which is marked in the program.

We ask the authors to be at disposal of enquirers in time of the marked time.

CREDITS

The participants can pick up the certificate at the registration desk.

49TH ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

Tihany, Club Tihany , 01-06 June, 2007.

1 ST JUNE, FRIDAY	2 ND JUNE, SATURDAY		3 RD JUNE, SUNDAY	4 TH JUNE, MONDAY	5 TH JUNE, TUESDAY	6 TH JUNE, WEDNESDAY
			8.30 - 9.00 ① DANONE Symposium	8.00 - 9.00 ① MEDISAN Symposium	7.30 –8.00 mounting of posters	8.00-9.50 m. posters
	9.00-12.30 ① HSG Postgraduate Course: 1. Probiotics 2. Drug induced disorders in the GI tract 3. Endoscopic treatment of surgical interventions, complications	9.00-13.00 ② Endoscopy nurses and associates's meeting I.	9.00 - 12.30 ① "Hetényi Géza" memorial lecture "Magyar Imre" memorial lecture Lectures of honorary members Honours Simor Pál Award GENERAL ASSEMBLY	9.00 – 11.00 ① Small bowel diseases 11.05 – 11.35 ① Role of gastroenterologist in the complex treatment of obesity 11.40-12.10 ① Gastric cancer	8.30 – 9.00 ① BOEHRINGER-INGELHEIM symp. 9.00 – 11.00 ① Role of congenital immunity in gastrointestinal diseases 11.05-11.35 ① Functional gastrointestinal diseases. Rome III.	10.00 – 13.00 ① CHALLENGES-DILEMMAS, CASE REPORTS Miscellaneous posters Video commentary Discussion
12.00 – től	12.30 ① Exhibitors meeting	12.00 - 14.00 Lunch			11.45 - 13.00 College forum Intestine dis.posters	
REGISTRATION	14.00-16.00 Lectures ① Endoscopy I.	13.00-16.00 Lectures ② Hepatology	14.00-17.00 Lectures ① Endoscopy II.	14.00-15.30 Lectures ① Helicobacter pylori 15.45-17.25 Előadások ① Endoscopy III.	14.00 – 17.00 Lectures ① Bowel diseases	14.00-18.00 Lectures ③ Research Forum
		14.00-15.30 Lectures ③ Nutrition and dietetics	14.00-15.45 Lectures ② Ultrasound, Imaging techniques	14.00-16.20 Lectures ② Motility		
	16.00-18.00 ① INTERDISCIPLINARY SYMPOSIUM FORUM OF GENERAL PRACTITIONERS	16.00-18.00 ② Endoscopy nurses and associates's meeting II.	17 00-18 00 ABBOTT symposium			Operation of Learning Center sponsored by AstraZeneca throughout the Meeting
16.00 - 19.00 Pre Meeting	18.00 - 19.00 ① NOVARTIS symposium		18.00 - 19.00 ① JANSSEN-CILAG symp.	18.00 - 19.00 ① NYCOMED symposium	18.00 - 19.00 ① RICHTER GEDEON symposiumm	
	Organ concert		Gala dinner	Social program		Farewell party

Lunch: 12.00 - 14.00

○ Numbers in circles indicate the lecture hall ① Wimbledon Hall ② Levendula Hall I.③ Levendula Hall II.

MAGYAR GASTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 49. NAGYGYŰLÉSE
Tihany, Club Tihany, 2007. június 01-06.

JÚN. 01, PÉNTEK	JÚN. 02, SZOMBAT	JÚN. 03, VASÁRNAP	JÚN. 04, HÉTFŐ	JÚN. 05, KEDD	JÚN. 06, SZERDA																																							
	<table><tr><td>9.00-12.30 ① MGT Postgraduális képzés: 1. Probiotikumok 2. Gyógyszer okozta ártalmak az emésztőrendszerben 3. Sebészeti beavatkozások, szövőd-mények endoszkópos kezelése</td><td>9.00-13.00 ② Endoszkópos asz-szisztensek ülése I.</td></tr></table>	9.00-12.30 ① MGT Postgraduális képzés: 1. Probiotikumok 2. Gyógyszer okozta ártalmak az emésztőrendszerben 3. Sebészeti beavatkozások, szövőd-mények endoszkópos kezelése	9.00-13.00 ② Endoszkópos asz-szisztensek ülése I.	<table><tr><td>8.30 - 9.00 ① DANONE szimpózium</td><td>9.00 - 12.30 ① “Hetényi Géza” emlékelőadás "Magyar Imre" emlékelőadás Tiszteletbeli tagok előadásai Kitüntetések Simor Pál alapítvány díj KÖZGYŰLÉS</td></tr></table>	8.30 - 9.00 ① DANONE szimpózium	9.00 - 12.30 ① “Hetényi Géza” emlékelőadás "Magyar Imre" emlékelőadás Tiszteletbeli tagok előadásai Kitüntetések Simor Pál alapítvány díj KÖZGYŰLÉS	<table><tr><td>8.00 - 9.00 ① MEDISAN szimpózium</td><td>9.00 – 11.00 ① Vékonybélbetegségek 11.05 – 11.35 ① A gastroenterológus szerepe az obesitas komplex kezelésében 11.40-12.10 ① Gyomororrák</td></tr></table>	8.00 - 9.00 ① MEDISAN szimpózium	9.00 – 11.00 ① Vékonybélbetegségek 11.05 – 11.35 ① A gastroenterológus szerepe az obesitas komplex kezelésében 11.40-12.10 ① Gyomororrák	<table><tr><td>7.30 – 8.00 Poszterek elhelyezése</td><td>8.30 – 9.00 ① BOEHRINGER-INGELHEIM szimp. 9.00 – 11.00 ① A veleszületett immunitás szerepe gastroenterológiai kórképekben 11.05-11.35 ① Funkcionális tápcsatorna be-fegségek. Róma III.</td></tr></table>	7.30 – 8.00 Poszterek elhelyezése	8.30 – 9.00 ① BOEHRINGER-INGELHEIM szimp. 9.00 – 11.00 ① A veleszületett immunitás szerepe gastroenterológiai kórképekben 11.05-11.35 ① Funkcionális tápcsatorna be-fegségek. Róma III.	<table><tr><td>8.00-9.50 Poszterek elhelyezése</td><td>10.00 – 13.00 ① KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉ-LÉSEK Vegyes poszterek Video közvetítéses vita</td></tr></table>	8.00-9.50 Poszterek elhelyezése	10.00 – 13.00 ① KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉ-LÉSEK Vegyes poszterek Video közvetítéses vita																													
9.00-12.30 ① MGT Postgraduális képzés: 1. Probiotikumok 2. Gyógyszer okozta ártalmak az emésztőrendszerben 3. Sebészeti beavatkozások, szövőd-mények endoszkópos kezelése	9.00-13.00 ② Endoszkópos asz-szisztensek ülése I.																																											
8.30 - 9.00 ① DANONE szimpózium	9.00 - 12.30 ① “Hetényi Géza” emlékelőadás "Magyar Imre" emlékelőadás Tiszteletbeli tagok előadásai Kitüntetések Simor Pál alapítvány díj KÖZGYŰLÉS																																											
8.00 - 9.00 ① MEDISAN szimpózium	9.00 – 11.00 ① Vékonybélbetegségek 11.05 – 11.35 ① A gastroenterológus szerepe az obesitas komplex kezelésében 11.40-12.10 ① Gyomororrák																																											
7.30 – 8.00 Poszterek elhelyezése	8.30 – 9.00 ① BOEHRINGER-INGELHEIM szimp. 9.00 – 11.00 ① A veleszületett immunitás szerepe gastroenterológiai kórképekben 11.05-11.35 ① Funkcionális tápcsatorna be-fegségek. Róma III.																																											
8.00-9.50 Poszterek elhelyezése	10.00 – 13.00 ① KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉ-LÉSEK Vegyes poszterek Video közvetítéses vita																																											
12.00 – től	<table><tr><td>12.30 ① Kiállítók köszöntése</td><td>12.00 - 14.00 Ebéd</td></tr></table>	12.30 ① Kiállítók köszöntése	12.00 - 14.00 Ebéd	<table><tr><td>14.00-16.00 ① Endoszkópia I.</td><td>13.00-16.00 ② Hepatológia</td><td>14.00-15.30 ③ Táplálkozástudomány és dietetika</td></tr><tr><td colspan="3">16.00-18.00 ① INTERDISZCIPLINÁRIS SZIMPÓZIUM CSALÁDORVOSOK FÓRUMA</td></tr><tr><td colspan="3">16.00-18.00 ② Endoszkópos asszisztensek ülése II.</td></tr></table>	14.00-16.00 ① Endoszkópia I.	13.00-16.00 ② Hepatológia	14.00-15.30 ③ Táplálkozástudomány és dietetika	16.00-18.00 ① INTERDISZCIPLINÁRIS SZIMPÓZIUM CSALÁDORVOSOK FÓRUMA			16.00-18.00 ② Endoszkópos asszisztensek ülése II.			<table><tr><td>14.00-16.10 ③ Előadások</td><td>14.00-16.20 ② Előadások</td><td>14.00-15.30 ① Előadások</td><td>15.45-17.25 ① Előadások</td></tr><tr><td>Pancreas</td><td>Motilitás</td><td>Helicobacter pylori</td><td>Endoszkópia III.</td></tr><tr><td colspan="4">17.00-18.00 ① ABBOTT szimpózium</td></tr></table>	14.00-16.10 ③ Előadások	14.00-16.20 ② Előadások	14.00-15.30 ① Előadások	15.45-17.25 ① Előadások	Pancreas	Motilitás	Helicobacter pylori	Endoszkópia III.	17.00-18.00 ① ABBOTT szimpózium				<table><tr><td>14.00 – 17.00 ① Előadások</td><td>14.00-15.30 ② Előadások</td><td>14.00-18.00 ③ Előadások</td></tr><tr><td>Bélbetegségek</td><td>Sebészet</td><td>Kutatói fórum</td></tr><tr><td colspan="3">Sebészet poszterek</td></tr></table>	14.00 – 17.00 ① Előadások	14.00-15.30 ② Előadások	14.00-18.00 ③ Előadások	Bélbetegségek	Sebészet	Kutatói fórum	Sebészet poszterek			<table><tr><td>11.45 - 13.00</td><td>Kollégiumi fórum</td></tr><tr><td>Bélbet. poszterek</td><td></td></tr></table>	11.45 - 13.00	Kollégiumi fórum	Bélbet. poszterek		<table><tr><td colspan="2">A kongresszus idején a Learning Center (Tanuló Központ) működését az AstraZeneca biztosítja</td></tr></table>	A kongresszus idején a Learning Center (Tanuló Központ) működését az AstraZeneca biztosítja	
12.30 ① Kiállítók köszöntése	12.00 - 14.00 Ebéd																																											
14.00-16.00 ① Endoszkópia I.	13.00-16.00 ② Hepatológia	14.00-15.30 ③ Táplálkozástudomány és dietetika																																										
16.00-18.00 ① INTERDISZCIPLINÁRIS SZIMPÓZIUM CSALÁDORVOSOK FÓRUMA																																												
16.00-18.00 ② Endoszkópos asszisztensek ülése II.																																												
14.00-16.10 ③ Előadások	14.00-16.20 ② Előadások	14.00-15.30 ① Előadások	15.45-17.25 ① Előadások																																									
Pancreas	Motilitás	Helicobacter pylori	Endoszkópia III.																																									
17.00-18.00 ① ABBOTT szimpózium																																												
14.00 – 17.00 ① Előadások	14.00-15.30 ② Előadások	14.00-18.00 ③ Előadások																																										
Bélbetegségek	Sebészet	Kutatói fórum																																										
Sebészet poszterek																																												
11.45 - 13.00	Kollégiumi fórum																																											
Bélbet. poszterek																																												
A kongresszus idején a Learning Center (Tanuló Központ) működését az AstraZeneca biztosítja																																												
16.00 - 19.00 Pre Meeting	<table><tr><td>18.00 - 19.00 ① NOVARTIS szimpózium Orgona koncert</td><td>18.00 - 19.00 ① JANSSEN-CILAG szimp.</td><td>18.00 - 19.00 ① NYCOMED szimpózium</td><td>18.00 - 19.00 ① RICHTER GEDEON szimpózium</td></tr></table>	18.00 - 19.00 ① NOVARTIS szimpózium Orgona koncert	18.00 - 19.00 ① JANSSEN-CILAG szimp.	18.00 - 19.00 ① NYCOMED szimpózium	18.00 - 19.00 ① RICHTER GEDEON szimpózium	<table><tr><td colspan="2">Fogadás</td><td colspan="2">Társasági program: szalonnasütés</td></tr></table>	Fogadás		Társasági program: szalonnasütés		<table><tr><td colspan="2">Búcsúest</td></tr></table>	Búcsúest																																
18.00 - 19.00 ① NOVARTIS szimpózium Orgona koncert	18.00 - 19.00 ① JANSSEN-CILAG szimp.	18.00 - 19.00 ① NYCOMED szimpózium	18.00 - 19.00 ① RICHTER GEDEON szimpózium																																									
Fogadás		Társasági program: szalonnasütés																																										
Búcsúest																																												

Ebéd: 12.00 - 14.00

○ A körökbe írt számok az előadótérmet jelzik, ① Wimbledon terem, ② Levendula I. terem ③ Levendula II. terem

2007. június 01. Péntek
01 June, Friday
12.00 -

Club Tihany Főépület

REGISZTRÁLÁS / REGISTRATION

2007. június 02. Szombat
02 June, Saturday
9.00 – 12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

JANSSEN-CILAG TÁMOGATÁSÁVAL / SUPPORTED BY JANSSEN-CILAG

PROBIOTIKUMOK

Moderátor: Figler Mária, Pécs

A PROBIOTIKUMOK, PREBIOTIKUMOK ÉS SZINBIOTIKUMOK

PROBIOTICS, PREBIOTICS AND SYNBIOTICS

Figler Mária, Pécs

PROBIOTIKUMOK A GYERMEKKORBAN

PROBIOTICS IN CHILDHOOD

Polgár Mariann, Budapest

A PROBIOTIKUS KÉSZÍTMÉNYEK HATÁSA SEBÉSZETI KÓRKÉPEKBEN

EFFECT OF PROBIOTIC-PRODUCTS IN SURGERY

Oláh Attila, Győr

GYÓGYSZER OKOZTA ÁRTALMAK AZ EMÉSZTŐRENDSZERBEN

DRUG-RELATED TOXICITY IN THE GASTROINTESTINAL SYSTEM

Moderátorok: Hunyady Béla, Pécs Pár Alajos, Pécs

GYÓGYSZER-OKOZTA MÁJKÁROSODÁS.

DRUG-RELATED LIVER TOXICITY.

Pár Alajos, Pécs

NEM-STEROID GYULLADÁSCSÖKKENTŐK ÉS THROMCITA- AGGREGÁCIÓGÁTLÓK A GASZTROENTEROLÓGUS PRAXISÁBAN.

*NON-STEROID ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN THE GASTROENTEROLOGY PRA-
XIS.*

Rácz István, Győr

PROBIOTIKUMOK

GYÓGYSZEROKOZTA ÁRTALMAK AZ EMÉSZTŐRENDSZERBEN
SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK, SZÖVŐDMÉNYEK ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE
POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

**IMMUNSZUPPRESSÍV- ÉS KEMOTERÁPIÁS SZEREK
GASZTROINTESTINÁLIS MELLÉKHATÁSAI.**

GASTROINTESTINAL TOXICITY OF IMMUNOSUPPRESSIVE AND ANTI-NEOPLASTIC DRUGS.

Hunyady Béla, Pécs

**GASZTROENTEROLÓGIAI GYÓGYSZEREK HASZNÁLATA GRAVIDITÁS ÉS
LACTATIO IDEJÉN.**

GASTROINTESTINAL DRUG-THERAPY DURING PREGNANCY AND LACTATION.

Banai János, Budapest

GYÓGYSZER-TÁPLÁLÉK INTERAKCIÓK.

DRUG-FOOD INTERACTIONS.

Barthó Loránd, Pécs

SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK, SZÖVŐDMÉNYEK ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE <i>ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF SURGICAL PROCEDURES, COMPLICATIONS</i>

Moderátor: Oláh Attila, Győr

NYELŐCSŐ STENOSISOK, PERFORÁCIÓK, VARRATELÉGTELENSÉGEK
STENOSIS, PERFORATION AND ANASTOMOSIS INSUFFICIENCY OF
OESOPHAGEUS

Solt Jenő, Pécs

**EPEMŰTÉTEK SZÖVŐDMÉNYEI, CHOLEDOCHUS VAGY HEPATICO-
JEJUNOSTOMIA STENOSISAI**

COMPLICATIONS OF BILIARY SURGERY, STENOSIS OF HEPATICOJEJUNOSTOMY

Madácsy László, Székesfehérvár

**MŰTÉT UTÁNI GASTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSEK DIAGNOSZTIZÁLÁSA,
LOKALIZÁLÁSA, ELLÁTÁSA**

DIAGNOSIS, LOCALIZATION AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE
GASTROINTESTINAL BLEEDING

Rácz István, Győr

2007. június 02. Szombat
02 June, Saturday
09.00 – 13.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK ÜLÉSE I.
MEETING OF THE GI NURSES AND ENDOSCOPY ASSOCIATES I.

Üléselnökök:

Rácz István, Győr Kokas Mariann, Győr Kormosné Török Éva, Miskolc

9.00 **MEGNYITÓ**

9.10 **PRÓRAY EMLÉKELŐADÁS – PRÓRAY EMLÉKÉREM ÁTADÁSA**

Lakó Klára, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Győr

9.35 **24 ÓRÁS NYELŐCSŐ IMPEDANCIA VIZSGÁLAT**

Gyenisné Jakab J., Király Á., PTE ÁOK III. BELKLINIKA, Pécs

9.45 **EXTRAESOPHAGEALIS VARIXVÉRZÉS KEZELÉSE**

CYANOACRYLATTAL AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENS FELADATAI

Kokas M., Lakó K., Pécsi G., Rácz I., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Győr

9.55 **SIKER VAGY KUDARC?**

Vincze A., Jánoki M., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Győr

10.05 **GASTROPARESIS KEZELÉSE BOTULINUS TOXINNAL**

Somogyiné Kolozsvári M., Király Á., PTE AOK III. BELKLINIKA Pécs

10.15 **PERCUTAN ENDOSZKÓPOS GASZTROSZTÓMA KÜLÖNLEGES ESETEI**

Szolykóné Szaszko Z.¹, Szigeti N.¹, Fábán G.¹, Lujber L.², PTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum¹, PTE ÁOK Fül-orr-gégészeti Klinika²,

10.25 **ERCP-S MÓDSZEREINK VÁLTOZÁSA BILLROTH II SZERINT RESECALT BETEGEKEN**

Koromosné Török É., Sümegi J., Orosz P., BAZ Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat

10.35 **ENDOSCOPOS BEAVATKOZÁSOK A KIS PAPILLÁN KERESZTÜL**

Burai M., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

10.45 **POST ERCP-S SZÖVŐDMÉNYEK MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE - TAPASZTALATAINK**

Krecsik J., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

10.55 – 11.30 SZÜNET

*Üléselnökök:***Popovits József**, Hatvan**Horváth Imréné**, Pécs**Hocz Pálné**, Szeged**11.30 A NASOJEJUNALIS SZONDA LEVEZETÉSE ENDOSZKÓP NÉLKÜL, RÖNTGEN ELLENŐRZÉS MELLETT**Horváth K., Berecz M., Polgár K., Pikóné Babos G., Forgóné Bodnár É., Smausz E., Papp G., Altorjay I., DEOEC, II. Belklinika, Gasztroenterológiai Tanszék**11.40 AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENS SZEREPE A PEG, NASOJEJUNÁLIS ÉS EGYÉB TÁPLÁLÓ SZONDÁK LEHELVEZÉSÉBEN ÉS KONTROLÁLÁSÁBAN**Tátrai E., Tamás E.,¹ Kürthy K.,¹ Kalmárné Kubinyi I.,¹ Ádám T.,¹ Szendrei M.,¹ Takács R.,² Hamvas J.,² Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest ¹,
I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest ²,**11.50 A GASTROENTEROLÓGIÁN DOLGOZÓ ASSZISZTENSEK VESZÉLYEZTETETTSÉGE A BURN OUT SZINDRÓMA KIALAKULÁSÁBAN**Kabai A., Káta Gábor Kórház Gasztroenterológiai szakrendelés**12.00 SÜRGŐSSÉGI KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA**Jánoki M., Rácz I., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászat-Gastroenterológia, Győr**12.10 ENDOSCOPOS BEAVATKOZÁSOK SORÁN FELLÉPŐ, NEM VÁRT ESEMÉNYEK TECHNIKAI MEGOLDÁSA**Bábics I., Vincze L., Földiné Kiss G., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia**12.20 INZULINNAL KEZELT DIABETESES BETEGEK ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOKRA VALÓ ELŐKÉSZÍTÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK**Kozma M., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest**12.30 GASTROINTESZTINÁLIS VÉRZŐ BETEGEK ELŐKÉSZÍTÉSE ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATRA - TAPASZTALATAINK**Gaál G., Dózsa L., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest**12.40 COLONOSCOPOS VIZSGÁLATRA TÖRTÉNŐ ELŐKÉSZÍTÉS: LÉTEZIK-E BETEGBARÁT MÓDSZER?**Tari K., Lukovich P., Takács A., Wacha J., Morvay K., Kupcsulik P., Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest**12.50 A COLONOSCOPIA SZEREPE GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN: A DIAGNÓZISTÓL A KÖVETÉSIG - TAPASZTALATAINK**Dózsa L., Gaál G., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

2007. június 02. Szombat
02. June, Saturday
12.00 -tól

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE / EXHIBITORS' MEETING

Üléselnökök/Chairmen:

Rácz István, Győr

Hunyady Béla, Pécs

Szalay Ferenc, Budapest



A KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE
Welcome greeting



A KIÁLLÍTÁS HIVATALOS MEGNYITÁSA
Official opening of the exhibition

2007. június 02. Szombat
02 June, Saturday
14.00 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ENDOSZKÓPIA I. / ENDOSCOPY I.

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Döbrönte Zoltán, Szombathely Madácsy László, Székesfehérvár

14.00 DIAGNOSTIC ACCURACY OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY (EUS) IN THE UPPER GI TRACT AT THE BEGINNING OF THE LEARNING-CURVE

Szepes A.¹, Szepes Z.¹, Lénárt Z.¹, Rosztóczy A.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Lonovics J.¹ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

14.12 CHANGES IN DISORDERS FOUND DURING COLONOSCOPY IN THE PAST TWELVE YEARS

Igaz I.¹, Sipos G.¹, Taller A.¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary¹

14.24 FIRST EXPERIENCE WITH ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION OF EARLY GASTRIC CANCER IN HUNGARY

Czakó L.¹, Szalóki T.², Tiszlavicz L.³, Németh I.³, Tóth V.⁴, Lonovics J.¹ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Gastroenterology, Ödön Jávorszky Hospital, Vác, Hungary², Dept. of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Dept. of Pathology, Ödön Jávorszky Hospital, Vác, Hungary⁴

14.36 ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF SMALL GASTRIC AND RECTAL LATERALLY SPREADING DYSPLASTIC ADENOMAS – INITIAL EXPERIENCES

Székely A.¹, Fejes R.¹, Tihanyi Z.², Szilágyi A.³, Altörjay Á.², Madácsy L.¹ 1st Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital and OMCH, Endoscopy Lab, Székesfehérvár, Hungary¹, Dept. of Surgery, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary², Dept. of Pathology, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary³

14.48 ENTERAL NUTRITION VIA PEG TUBE IS NOT ALWAYS SUPERIOR TO NASOGASTRIC TUBE IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF PATIENTS WITH CANCER IN THE HEAD AND NECK REGION

Taller A.¹, Zámbó O.², Balatoni Z.², Horváth E.³, Harsányi L.⁴ 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary¹, Dept. of Head and Neck Surgery, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary², Dept. of Head and Neck Surgery, Central Military Hospital, Budapest, Hungary³, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

- 15.00 **RECIDIVÁLÓ, ÉLETET VESZÉLYEZTETŐ FELSŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS MEGELŐZÉSE PEG BEHELYEZÉSÉVEL. ESETBEMUTATÁS**
Lövei L.¹, Horvát G.¹, Kozák R.¹, Magyar I.², Vargyai É.³, Hompot E.⁴, Markhot Ferenc Önkormányzati Kórház-Ri., I. Belgyógyászat és Gasztroenterológia, Eger ¹, Központi Intenzív és Anaesthesiológiai Osztály ², Csecsemő-, Gyermek-, és Ifjúsági Osztály ³, Speciális Gyerekkórház, Eger, Hungary ⁴,
- 15.12 **PANCREAS DIVISUM MELLETT MEGJELENŐ PRIMER ÉS SECUNDER PAPILLA ADENOMA EGYÜTTES ENDOSCOPOS PAPILLECTOMIÁJA – ESETISMERTETÉS**
Bördös A., Gyökeres T., Schäfer E., Burai M., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászati Osztály ,
- 15.24 **SPONTÁN RECTUM PERFORÁCIÓ CHURG-STRAUSS SYNDROMA ÉS TARTÓS STEROID TERÁPIA TALAJÁN (ESETISMERTETÉS-VIDEODEMONSTRÁCIÓ)**
Kozák R., Lipkovics J., Horvát G., Fűtő L., Markhot Ferenc Kórház Ri. Eger
- 15.36 **ALEMTUZUMAB KEZELÉST KÖVETŐEN FELLÉPETT ADENOVÍRUS OKOZTA GASTROENTERITIS**
Horváth-Pacsirta K., Rumi G.¹, Sülle C.¹, Kollár B.¹, Rajnics P.¹, Kocsondi L.², Egyed M.¹, Kaposi Mór Oktató Kórház Belgyógyászat ¹, Somogy Megyei ÁNTSZ ²,

2007. június 02. Szombat
02 June, Saturday
13.00 – 16.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Szalay Ferenc, Budapest **Pár Alajos**, Pécs

- 13.00 NEW DRUGS FOR THE TREATMENT OF HEPATITIS C**
ÚJ ANTIVIRÁLIS GYÓGYSZEREK A C HEPATITIS KEZELÉSÉRE
Ferenci Péter, Wien, Austria
- 13.40 RAPID VIROLOGICAL RESPONSE IS ASSOCIATED WITH INCREASED PRETREATMENT TH1 TYPE CYTOKINE PRODUCTION OF TOLL-LIKE RECEPTOR 4 STIMULATED MONOCYTES IN HCV1 PATIENTS**
Pár G.,¹ Berki T.,² Pálinkás L.,² Halász M.,³ Szereday L.,³ Miseta A.,⁴ Faust Z.,⁵ Hegedűs G.,⁶ Mózsik G.,¹ Hunyady B.,¹ Pár A.,¹ 1st Dept. of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Immunology and Biotechnology, University of Pécs, Pécs, Hungary², Dept. of Medical Microbiology and Immunology, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Dept. of Laboratory Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Blood Transfusion Centre, Pécs, Hungary⁵, Dept. of Pathology, Baranya County Hospital, Pécs, Hungary⁶
- 13.50 PREDICTORS OF OUTCOME IN PEG-IFN+RBV TREATED HCV1 PATIENTS IN HUNGARY. THE ROLE OF RAPID VIROLOGICAL RESPONSE**
Pár A.,¹ Tornai L.,² Szalay F.,³ 1st Dept. of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, 2nd Dept. of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³
- 14.00 INSULIN RESISTANCE AND BIOCHEMICAL RESPONSE RATES IN TREATED CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS**
Lombay B.,¹ Szalay F.,² Dept. of Internal Medicine, St. Ferenc Hospital, Miskolc, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²
- 14.10 IMPAIRMENT OF CARDIOVAGAL AUTONOMIC FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C**
Osztovits J.,¹ Horváth T.,² Visnyei Z.,¹ Csák T.,¹ Lakatos P.,¹ Ibrányi E.,³ Tóth T.,¹ Abonyi M.,¹ Bekő G.,¹ Kempler P.,¹ Kollai M.,² Szalay F.,¹ 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 2nd Institute of Human Physiology and Clinical Experimental Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², St. László Hospital, Budapest, Hungary³
- 14.20 MARKERS OF NECROINFLAMMATION AND FIBROGENESIS IN PATIENTS (PTS) WITH CHRONIC HEPATITIS C (CHC): EFFECT ON THE THERAPEUTIC OUTCOME**
Nagy I., Korom T., Pálvölgyi A., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

- 14.30 **PEGILÁLT INTERFERON-ALFA-2A ÉS RIBAVIRIN TERÁPIA BIZTONSÁGOSSÁGA KRÓNIKUS C VÍRUS HEPATITIS BETEGEK KEZELÉSÉBEN HAZAI ÉS NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK ALAPJÁN**
Werling K.,¹ Dalmi L.,² Gervain J.,³ Horváth G.,⁴ Nagy I.,⁵ Nemesánszky E.,⁶ Ribiczey P.,⁷ Telegdy L.,⁸ Varga M.,⁹ Tornai I.,¹⁰ Tulassay Z.,¹ Semmelweis Egyetem II.sz Belgyógyászati Klinika Budapest¹, Kenézy Gyula Kórház Debrecen², Szent György Kórház Székesfehérvár³, BM Kórház Budapest,⁴ Szegedi Orvostudományi Egyetem I.sz Belgyógyászati Klinika Szeged⁵, Szent János Kórház I.sz Belgyógyászat Budapest⁶, Zala megyei Kórház Infektológiai Osztály⁷, Szent László Kórház Budapest⁸, Réthy Pál Kórház Békéscsaba⁹, Debreceni Orvostudományi Egyetem II.sz Belgyógyászati Klinika¹⁰,

Szünet

Üléselnökök/Chairmen:

Hunyady Béla, Pécs Tornai István, Debrecen

- 14.50 **TAPASZTALATAINK A HEPATITIS C MIATT VÉGZETT MÁJÁTÜLTETÉSEKKEL**
Nemes B.,¹ Gerlei Z.,¹ Lengyel G.,² Lotz G.,⁴ Nagy P.,³ Görög D.,¹ Fehérvári I.,¹ Schaff Z.,⁴ Járay J.,¹ Sárváry E.,¹ Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem II. Belklinika², Semmelweis Egyetem I.sz. Patológiai és Kísérletes Rákkutató Intézet³, Semmelweis Egyetem II.sz Patológiai Intézet⁴,
- 15.00 **A MÁJGRAFT GYÓGYSZER-METABOLIZÁLÓ KÉPESSÉGÉNEK MEGHATÁROZÁSA DONOR VÉRBŐL**
Sárváry E.,¹ Gaál .,¹ Maléth A.,¹ Fazakas J.,¹ Köhalmy K.,² Gulyás J.,² Porrogi P.,² Gerlei Z.,¹ Péter A.,¹ Máthé Z.,¹ Nemes B.,¹ Görög D.,¹ Dallos G.,¹ Járay J.,¹ Monostory K.,² Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest¹, MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest²
- 15.10 **A VON WILLEBRAND FAKTOR ÉS AZ ADAMTS-13 MENNYISÉGI ÉS MINŐSÉGI VIZSGÁLATA MÁJCIRRHOZISOS BETEGEKBEN**
Tornai I.,¹ Papp M.,¹ Udvardy M.,² Hársfalvi J.,² Belgyógyászati Intézet, II. Belklinika, Gasztroenterológiai Tanszék, DEOEC, Debrecen¹, Klinikai Kutató Központ, DEOEC, Debrecen²,
- 15.20 **SERUM DIPEPTIDYL PEPTIDASE IV ACTIVITY IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE**
Ghyczy D.,¹ Lengyel G.,¹ Varga T.,¹ Somogyi A.,¹ Selmei L.,² Firneisz G.,¹ Fehér J.,¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Cardiovascular Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary²
- 15.30 **ELEVATED PLASMA NOCICEPTIN (N/OFQ) LEVEL AND ALTERATION OF BRAIN N/OFQ SYSTEM IN EXPERIMENTALLY INDUCED CHOLESTASIS IN BILE DUCT LIGATED (BDL) RATS**
Csák T.,¹ Hantos M.,² Horváth A.,¹ Folhoffer A.,¹ Osztoivits J.,¹ Visnyei Zs.,¹ Zalatnay A.,³ Nagy P.,³ Tekes K.,⁴ Szalay F.,¹ 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University Budapest, Hungary¹, Dept. of Pharmacy Administration, University Pharmacy, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Dept. of Pharmacodynamics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

15.40 **ÚJ MÓDSZER A ZSÍRSAV-OXIDÁCIÓ ZAVARAINAK
DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**

Szőnyi L., Jávorszky E., Dezsőfi A., Takáts Z., Semmelweis Egyetem, I. Sz.
Gyermecklinika, Budapest ¹,

15.50 **NEM MINDEN AZ, AMINEK LÁTSZIK –A FAMÍLIÁRIS CHOLESTASISOK
GENETIKÁJA-**

Vojnisek Z.,¹, Szőnyi L.,¹, Balogh L.,¹, Dezsőfi A.,¹, Arató A.,¹, Burdelski M.,²
Semmelweis Egyetem, I. Számú Gyermecklinika, Budapest ¹, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Molekulargenetisches Labor, Hamburg ²,

2007. június 02. Szombat
02 June, Tuesday
14.00 – 15.30

Levendula II terem
Levendula Hall II

TÁPLÁLKOZÁSTUDOMÁNY ÉS DIETETIKA /
NUTRITION AND DIETETICS
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnök/Chairman:

Figler Mária, Pécs Kovács Ferenc, Budapest

14.00 INOPERÁBILIS NYELŐCSŐ CARCINOMÁS BETEG MESTERSÉGES TÁPLÁLÁSA .

Kovács F., Varsányi M., Müllner K., Burai M., Varga M., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

14.15 NUTRITIONAL RISK SCREENING IN LONG-TERM RESIDENTIAL CARE INSTITUTIONS

Lelovics Z.,¹ Figler M.,² Hungarian Dietetic Association, Budapest, Hungary¹, Faculty of Health Sciences, Institute of Human Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs, Pécs, Hungary²

14.30 CROHN-BETEGEK TÁPLÁLTSÁGA ÉS TÁPLÁLKOZÁSÁNAK JELLEMZŐI

Fekete K.,¹ Lelovics Z.,² Henter I.,² Molnár A.,³ Tátrai L.,⁴ Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest¹, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest², Numil Kft., Budapest³, Péterfy Sándor utcai Kórház, Budapest⁴,

14.45 CARNITINE PROFILE IN PANCREATIC ENZYME SUPPLEMENTED PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Figler M.,¹ Talián C. G.,² Bene J.,² Cseh J.,³ Battyány I.,⁵ D. Fejős S.,⁴ B. Müller K.,⁴ Melegh B.,² 1st Dept. of Internal Medicine University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Medical Genetics and Child Development, University of Pécs, Pécs, Hungary², 2nd Dept. of Internal Medicine University of Pécs, Pécs, Hungary³, Dept. of Human Nutrition and Dietetics University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Dept. of Radiology University of Pécs, Pécs, Hungary⁵

15.00 SYNCUMAR KEZELÉS ÉS TÁPLÁLKOZÁS

B. Müller K.,¹ Tóth J.,¹ Figler M.,² PTE ETK Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet, Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék Pécs¹, PTE OEKK KK I. Begyógyászati Klinika Pécs²,

15.15 ÉTREND-KIEGÉSZÍTŐK HASZNÁLATÁNAK VIZSGÁLATA DIETETIKUSOK KÖRÉBEN

Henter Izabella ., Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

2007. június 02. Szombat
02 June, Saturday
16.00 – 18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ANTIBIOTIKUMOK A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

ANTIBIOTIC THERAPY IN GASTROENTEROLOGY

*A Medisan, a Richter Gedeon és a Teva Mo. támogatásával
Sponsored by Medisan, Richter Gedeon and Teva Mo.*

Interdisziplináris megbeszélés a Magyar Gasztroenterológiai Társaság és a Családorvosok részvételével

Interdisciplinary discussion of Hungarian Gastroenterological Society and Family Doctors

Üléselnökök/Chairmen:

Szalay Ferenc, Budapest

Prinz Gyula, Budapest

Magyar Anna, Budapest

16.00-16.20

A HELICOBACTER PYLORI ERADIKÁCIÓ A LEGÚJABB AJÁNLÁSOK TÜKRÉBEN

ERADICATION OF HELICOBACTER PYLORI. NEW GUIDELINES.

Rácz István, Győr

16.20-16.40

A VÉKONYBÉL CONTAMINATIO

SMALL INTESTINAL BACTERIAL OVERGROWTH

Juhász Márk, Budapest

16.40-17.00

DIVERTICULOSIS ÉS SZÖVŐDMÉNYEI

DIVERTICULAR DISEASE AND ITS COMPLICATIONS

Simon László, Szekszárd

17.00-17.20

AKUT GASZTROENTERITISEK ANTIBIOTIKUS KEZELÉSE

ANTIBIOTIC TREATMENT OF ACUT GASTROINTESTINAL INFECTION

Prinz Gyula, Budapest

17.20-17.40

AZ ANTIBIOTIKUM ASSOCIÁLT HASMENÉS

ANTIBIOTIC TREATMENT ASSOCIATED DIARRHOEA

Lakatos Péter László, Budapest

17.40-18.00 Vita, hozzászólások / *Discussion, remarks*

2007. június 02. Szombat
02 June, Saturday
16.00 – 18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK ÜLÉSE II.
MEETING OF THE GI NURSES AND ENDOSCOPY ASSOCIATES II.

POSZTER SZEKCIÓ

Poszterbírálok:

Szolykóné Szaszko Zsuzsa, Pécs Kabai Annamária, Karcag

1. **KRÓNIKUS HEPATITIS C BETEGSÉG STANDARD (PEGINTERFERON-RIBAVIRIN) KEZELÉSE SORÁN ÉSZLELT MELLÉKHATÁSOK**
Király O., Semegi É., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest
2. **PEGINTERFERON-ALPHA KEZELÉS PSZICHÉS MELLÉKHATÁSAI KRÓNIKUS HEPATITIS B ÉS C BETEGEINKBEN**
Semegi É., Király O., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest
3. **„KÉTFÁZISÚ” INDIREKT PANCREASFUNKCIÓS PRÓBA KEMÉNYÍTŐTERHELÉSEL. ENZIMSZUBSZTITÚCIÓS KEZELÉS OPTIMÁLIS DÓZISÚ PANKREATINNAL.**
Németh É., Király O., Semegi É., Burai M., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest
4. **KISMEDENCEI TRANSGASTRICUS FLEXIBILIS ENDOSCOPOS KÍSÉRLETES BEAVATKOZÁSOK**
Csicsai L.,¹, Váradi G.,¹, Jónás A.,¹, Kádár B.,¹, Kurt G.,¹, Lukovich P.,¹, Kupcsulik P.,¹, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, I. sz Sebészeti Klinika, Budapest², Ilmenauer Technische Universität, Ilmenau, Germany³,

16.30 **KÖZGYŰLÉS**

17.30 **VEZETŐSÉGI ÜLÉS**

2007. június 02. Szombat
02 June, Saturday
18.00 - 19.00

Wimbldedon terem
Wimbledon Hall

AKTUALITÁSOK A GIST* ÉS A GEP-NET TUMOROK
DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN**
*ACTUALITIES IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
GIST AND NET TUMORS*
NOVARTIS SZIMPÓZIUM/ NOVARTIS SYMPOSIUM

Üléselnökök/ Chairmen:

Tulassay Zsolt, Budapest **Papp János**, Budapest

**A GASTRO-ENTERO-PANCREATICUS NEUROENDOKRIN TUMOROK
(GEP-NET) PATOLÓGIAI KLASSZIFIKÁCIÓJA A WHO AJÁNLÁSA
SZERINT**

CLASSIFICATION OF THE NETS- RECOMMENDATION OF THE WHO
Zalatnai Attila, Budapest

**A SOMATOSTATIN RECEPTOROK KIMUTATÁSÁNAK GYAKORLATI
KÉRDÉSEI**

PRACTICAL ASPECTS OF THE SOMATOSTATIN RECEPTOR STAINING
Borka Katalin, SEB, Budapest

EVIDENCIÁK A NET TUMOROK KEZELÉSE TERÜLETÉN

EVIDENCIES ON THE FIELD OF MEDICAL TREATMENT OF NETS
Gyökeres Tibor, MÁV Kórház, Budapest

**A GASTROINTESTINALIS STROMA TUMOROK (GIST) PATOLÓGIÁJA-
PROGNOSZTIKA A MOLEKULÁRIS VIZSGÁLATOK TÜKRÉBEN**
*MOLECULAR DIAGNOSTIC ASPECTS OF THE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS
OF GISTS*

Sápi Zoltán, Füle Tibor, Budapest

A GIST TUMOROK TERÁPIÁJÁNAK AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

ACTUALITIES IN THE TREATMENT OF GISTS
Bittner Nóra, Tatabánya

* GIST: gastrointestinalis stroma tumor

** GEP-NET: gastro-entero-pancreaticus neuroendokrin tumor

20.30-tól

ORGONA KONCERT

2007. június 03. Vasárnap
03 June, Sunday
8.30-9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

DANONE SZIMPÓZIUM / DANONE SYMPOSIUM

Üléselnök/Chairman:
Szalay Ferenc, Budapest

TUDATOS TÁPLÁLKOZÁSSAL A JOBB ÉLETMINŐSÉGÉRT
WITH CONSCIOUS NUTRITION FOR THE BETTER LIFE-QUALITY
László András, Budapest

2007. június 03. Vasárnap
03 June, Sunday
9.00 –12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"

Kísérletes és klinikai pancreatológia 1983-2007.
Experimental and clinical pancreatology 1983-2007.
Takács Tamás, Szeged

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"

CFTR génbevitel human cisztás fibrózis hasnyálmirigy ductus sejtekbe Szendai vírus vektorral
CFTR gene transfer to human cystic fibrosis pancreatic duct cells using a Sendai virus vector
Rakonczay Zoltán, Szeged

GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBERS

STATE OF ART LECTURES

Towards better colonoscopy
Jaroslav Regula, Warsaw, Poland

Chemoprevention of colorectal carcinoma
Nadir Arber, Tel Aviv, Israel

Endoscopic treatment of pancreatic diseases
Eva Brownstone, Wein, Austria

Endoscopic resection replaces open surgery in Barrett's cancer
Christian Ell, Weisbaden, Germany

A TÁRSASÁG DÍJAINAK ÁTADÁSA

A legjobb magyar nyelvű gasztroenterológiai tárgyú dolgozat díja,
 "Hetényi Géza" emlékérem, "Pro Optimo Merito in Gastroenterologia" emlékérem
Erwin Kuntz Alapítvány díja

A SIMOR PÁL ALAPÍTVÁNY DÍJAINAK ÁTADÁSA

K Ö Z G Y Ű L É S
GENERAL ASSEMBLY

- | | |
|---------------------------|---|
| I. Elnöki megnyitó | IV. Ellenőri jelentés |
| II. Főtitkári beszámoló | V. Vita az elhangzott beszámolók felett |
| III. Pénztárosi beszámoló | VI. Zárszó |

A MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG
A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREM" KITÜNTETÉSÉBEN
A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

Dr. MAGYAR IMRE	1960	Dr. GÁTI TIBOR	1985
Dr. VARRÓ VINCE	1961	Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1986
Dr. FORNET BÉLA	1962	Dr. FEHÉR JÁNOS	1987
Dr. GÖMÖRI PÁL	1963	Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1988
Dr. PETRI GÁBOR	1964	Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1989
Dr. HÁMORI ARTHUR	1965	Dr. LAPIS KÁROLY	1990
Dr. SÓS JÓZSEF	1966	Dr. SIMON LÁSZLÓ	1991
Dr. JULESZ MIKLÓS	1968	Dr. BALOGH ISTVÁN	1992
Dr. KELEMEN ENDRE	1969	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	1993
Dr. JÁVOR TIBOR	1970	Dr. BAJTAI ATTILA	1994
Dr. IVANICS GYÖRGY	1971	Dr. KISS JÁNOS	1995
Dr. CSERNAY LÁSZLÓ	1972	Dr. PAPP JÁNOS	1996
Dr. RÁK KÁLMÁN	1973	Dr. LONOVICS JÁNOS	1997
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1974	Dr. TULASSAY ZSOLT	1998
Dr. SZARVAS FERENC	1975	Dr. PÁR ALAJOS	1999
1976-ban nem adtuk ki		Dr. SCHAFF ZSUSZA	2000
Dr. WINTER MIKLÓS	1977	Dr. SZALAY FERENC	2001
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1978	Dr. PAP ÁKOS	2002
Dr. PETRÁNYI GYULA	1979	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2003
Dr. HOLLÁN ZSUZSA	1980	Dr. DÓBRÖNTE ZOLTÁN	2004
Dr. ECKHARDT SÁNDOR	1981	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2005
Dr. PREISICH PÉTER	1982	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2006
Dr. MÓZSIK GYULA	1983	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2007
Dr. PAPP MIKLÓS	1984		

A TÁRSASÁG A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREMBEN" A KÖVETKEZŐ

TISZTELETBELI TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

Dr. T.CSÁKY	(USA)	Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	1997
Dr. F.VILARDELL	(E)	Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	1998
Dr. D. MÜTING	(D)	Dr. P. FUNCH-JENSEN	(D)	1998
Dr. L.DEMLING	(D)	Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	1998
Dr. H.MANSUROV	(SU)	Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)	1998
Dr. A.UGOLEV	(SU)	Dr. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999
Dr. M.SIURALA	(FL)	Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)	Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999
Dr. L.LAMBLING	(F)	Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999
Dr. E.GÜLZOW	(D)	Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2000
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000
Dr. HERBERT FALK	(D)	Dr. A.S. PENA	(NL)	2000
Dr. SERGE BONFILS	(F)	Dr. LIONEL BUENO	(F)	2000
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	Dr. DIETER HÄUSSINGER	(D)	2001
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001
Dr. ROLF MADAUS	(D)	Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002
Dr. F.G. RENTER	(D)	Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002
Dr. HERIBERT THALER	(A)	Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003
Dr. ANATOLIJ LOGINOV	(SU)	Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	Dr. GYÖNGYI SZABO	(USA)	2004
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. MARKETA JABLONSKA	(CS)	Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. HARALD HENNING	(D)	Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. PETER FERENCI	(A)	Dr. MIKLÓS SAHIN-TÓTH	(USA)	2005
Dr. FRIEDRICH HAGENMÜLLER	(D)	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	Dr. ANDREA VARRO	(USA)	2006
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	Dr. MICHAEL PETER MANNS	(D)	2006
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	Dr. LÁSZLÓ G. BOROS	(USA)	2007
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. GUENTER J.KREJS	(A)	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
Dr. J.F. RIEMANN	(D)			

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS

IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD

1990. Dr. LENGYEL GABRIELLA
 1991. Dr. KEMPLER PÉTER
 1992. Dr. KORPONAY-SZABÓ ILMA
 1993. Dr. IZBÉKI FERENC
 1994. Dr. HORVÁTH GÁBOR
 1995. Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ
 1996. Dr. HEGYI PÉTER
 1997. Dr. OSZTROGONÁCZ HENRIK
 1998. Dr. CSEPREGI ANTAL
 1999. Dr. MOLNÁR BÉLA
 2000. Dr. NEMECZ ANDREA
 2001. Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ
 2002. Dr. GASZTONYI BEÁTA
 2003. Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ
 2004. Dr. JUHÁSZ MÁRK
 2005. Dr. MIHELLER PÁL
 2006. Dr. SCHWAB RICHÁRD
2007. Dr. RAKONCZAY ZOLTÁN

A TÁRSASÁG "PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA"

EMLÉKÉREM KITÜNTETÉSÉBEN A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

MEMBERS AWARDED WITH "PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA" MEDALLION

Dr. VARRÓ VINCE	1982	Dr. FEHÉR JÁNOS	1998
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1982	Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1999
Dr. MAGYAR IMRE	1983	Dr. SZEBENI ÁGNES	1999
Dr. RUBÁNYI PÁL	1984	Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1985	Dr. FLAUTNER LAJOS	2000
Dr. JÁVOR TIBOR	1986	Dr. PAPP JÁNOS	2001
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1987	Dr. SIMON LÁSZLÓ	2001
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1987	Dr. TULASSAY ZSOLT	2002
Dr. GÁTI TIBOR	1988	Dr. LONOVICS JÁNOS	2002
Dr. MÓZSIK GYULA	1989	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	2003
Dr. KENDREY GÁBOR	1990	Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ	2003
Dr. FIGUS I. ALBERT	1991	Dr. KISS JÁNOS	2004
Dr. LAPIS KÁROLY	1992	Dr. PÁR ALAJOS	2004
Dr. BALÁZS MÁRTA	1993	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2004
Dr. PAPP MIKLÓS	1993	DR. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2005
Dr. PREISICH PÉTER	1994	DR. WITTMANN TIBOR	2005
Dr. DOMJÁN LAJOS	1995	DR. TÁRNOK FERENC	2006
Dr. VARGA LÁSZLÓ	1995	DR. VÁRKONYI TIBOR	2006
Dr. KOVÁCS ÁGOTA	1996	DR. DÁVID KÁROLY	2006
Dr. TOÓTH ÉVA	1996	DR. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2007
Dr. BAJTAI ATTILA	1997	DR. SCHAFF ZSUSZA	2007
Dr. SZALAY FERENC	1997	DR. LÍBOR JÁNOS posthumus	2007
Dr. BALOGH ISTVÁN	1998		

A TÁRSASÁG "PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA"

EMLÉKÉRMÉVEL KITÜNTETETT KÜLFÖLDI GASZTROENTEROLÓGUSOK

FOREIGN GASTROENTEROLOGISTS AWARDED WITH

"PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA" MEDALLION

Dr. LUDWIG DEMLING	(D)	1986	Dr. MANFRED V. SINGER	(D)	1988
Dr. DAVID A. DREILING	(USA)	1988	Dr. GABRIELE S. NAGY	(AUS)	1988
Dr. HENRY T. HOWAT	(UK)	1988	Dr. SÁFÁR ISTVÁN	(SK)	2001
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1988	Dr. GEORGE WEBER	(USA)	2001
Dr. HENRY SARLES	(F)	1988	Dr. Dr. HERBERT FALK	(D)	2001

2007. június 03. Vasárnap
03 June, Sunday
14.00 – 17.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ENDOSZKÓPIA II. / ENDOSCOPY II.

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Gyökeres Tibor, Budapest **Hunyady Béla**, Pécs

- 14.00 **ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHOLEDOCHOCELE**
Pap Á.¹, Takács I.², Burai M.¹, Gyökeres T.¹ Dept. of Gastroenterology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary¹, Dept. of Pathology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary²
- 14.12 **CAUSES AND COMPLICATIONS OF MULTIPLE REPEATED ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMIES**
Bak M., Burai M., Gyökeres T., Pap Á., Dept. of Gastroenterology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary
- 14.24 **BILLROTH II RESECTIO UTÁN VÉGZETT ERCP-K SORÁN NYERT ÚJABB TAPASZTALATAINK**
Sümegei J., B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat,
- 14.36 **A LEMMEL-SYNDROMA**
Horvát G.¹, Kovács L.¹, Kozák R.¹, Németh M.², Bodó M.², Szóó G.²
Markhot Ferenc Önkormányzati Kórház-Ri., I. Belgyógyászat és Gasztroenterológiai Osztály¹, Radiológiai Osztály, Eger, Hungary²,
- 14.48 **ERCP SORÁN VETT EPETENYÉSZTÉSEK MIKROBIOLÓGIAI EREDMÉNYEI. TANULSÁGOK.**
Tarpay Á., Burai M., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház Gasztroenterológia, Budapest ,
- 15.00 **KORAI VAGY HALASZTOTT CHOLECYSTECTOMIA ENDOSCOPOS EPEÚTKÓ ELTÁVOLÍTÁS UTÁN**
Hágendorn R., Czimmer J., Rumi G., Szabó I., Karádi O., Pakodi F., Hunyady B., PTE OEKK KK I. sz. Belgyógyászati Klinika
- 15.12 **A BENIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK ENDOSCOPOS ÉS SEBÉSZI ELLÁTÁSÁNAK ÖSSZAHASONLÍTÁSA**
Sipos P.¹, Lauretta A.², Damrah O.², Jiao L.², Canelo R.², Semmelweis Egyetem II. Sebészeti Klinika¹, HPB Unit, Imperial College, Hammersmith Hospital NHS Trust²,

Üléselnökök/Chairmen:

Orosz Péter, Miskolc **Solt Jenő**, Pécs

- 15.24 **MALIGNUS OBSTRUCTIV EPEÚTI KÓRKÉPEK PALLIATIV KEZELÉSE ÖNTÁGULÓS FÉMSTENTEK ALKALMAZÁSÁVAL:TAPASZTALATAINK 72 ESET KAPCSÁN .AT**
Szegedi L., Kósa I., Gál I., Kovács J., G Kiss G., Debrecen Kenézy Gyula Kórház II sz Belgyógyászat-Gastroenterologia¹,

- 15.36 **ENDOSCOPIC PALLIATION OF UNRESECTABLE HILAR-CANCER**
Sahin P., Pozsár J., Topa L. Dept. of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest, Hungary
- 15.48 **ENDOSCOPIC THERAPY OF POSTOPERATIVE INTESTINAL STRICTURES**
Hunyady B.¹, Czimmer J.¹, Karádi O.¹, Pakodi F.¹, Rumi G.¹, Szabó I.¹, Faludi S.², Molnár K.², Móró Z.² 1st Dept. Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Radiology, University of Pécs, Pécs, Hungary²
- 16.00 **THE SAFETY AND EFFICACY OF SELF- EXPANDABLE METAL STENTS IN PALLIATION ESOPHAGEAL AND GASTRO DUODENAL MALIGNANT STRICTURES.**
Virág Z., Sahin P., Pozsár J., Topa L., dept. of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest.,
- 16.12 **APPLICATION OF SELF-EXPANDING ENTERAL METAL STENTS FOR THE PALLIATIVE TREATMENT OF MALIGNANT GASTROINTESTINAL OBSTRUCTIONS**
Horváth L.¹, Székely I.¹, Székely A.¹, Józsa A.¹, Altorjay Á.², Madácsy L. 1st Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital and OMCH Endoscopy Lab, Székesfehérvár, Hungary¹, Dept. of Surgery, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary²
- 16.24 **TREATMENT OF LARGE, OESOPHAGEAL PERFORATION AND MEDIASTITIS WITH A COVERED, REMOVABLE METALLIC ENDOPROSTHESIS AND MEDIASTINAL DRAINAGE**
Solt J.¹, Sarlós G.², Bertalan A.³, Tabár B.⁴, Gódi S.¹, Beró T.¹, Department of Gastroenterology, Baranya County Hospital¹, Department of Radiology, Baranya County Hospital², Department of Anaesthesiology, Baranya County Hospital³, Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Pécs⁴,
- 16.36 **OBSTRUCTION, MIGRATION AND ENDOSCOPIC REMOVAL OF A SELF EXPANDABLE METAL STENT PLACED IN THE OESOPHAGUS. A CASE REPORT.**
Csikós D.¹, Lukovich P.², Taller A. 1st 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Surgery Semmelweis University, Budapest, Hungary²
- 16.48. **TREATMENT OF OESOPHAGEAL VARICES IN CHILDHOOD**
Dezsőfi A.¹, Görög D.², Kóbori L.², Veres G.¹, Bodánszky H.¹, Arató A.¹, Szőnyi L. 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Surgery and Transplantation, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

2007. június 03. Vasárnap
03 June, Sunday
14.00 – 15.45

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

ULTRAHANG / ULTRASOUND
KÉPALKOTÓK / IMAGING
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Szebeni Ágnes, Budapest **Székely György**, Budapest

- 14.00 **OVERVIEW OF ULTRASOUND-GUIDED INTERVENTIONS CARRIED OUT AT OUR REGIONAL GASTROENTEROLOGY CENTRE BETWEEN 2001 – 2006**
Gervain J.¹, Gajdán L.¹, Nyikos O.¹, Kovács G.¹, Lambert M.¹, Csomán É.¹, Máj C.², Molnár A.², Szilágyi A.² 4th Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹, Dept. of Pathology, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary²
- 14.15 **MEASUREMENT OF VISCERAL FAT THICKNESS BY ULTRASOUND AND COMPARISON WITH VISCERAL FAT AREA DETERMINATIONS**
Szebeni Á.¹, Halmy L.² Ultrasound Laboratory, MI Central Hospital, Budakeszi Str., Budapest, Hungary¹, Hypertonia Decentrum, MI Central Hospital, Budakeszi Str., Budapest, Hungary²
- 14.30 **SPONTANEOUS AND ARTEFICIAL PORTOSYSTEMIC SHUNTS DETECTED BY THREE-DIMENSIONAL ULTRASONOGRAPHY**
Szilvás Á., Székely G., Nemesánszky E., 1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, St. János Hospital, Budapest, Hungary
- 14.45 **INFERIOR VENA CAVA THROMBOSIS EXAMINED BY THREE-DIMENSIONAL AND COLOR-DOPPLER ULTRASOUND**
Székely G., Szilvás Á., Futó Á., Dept of Gastroenterology, St. János Hospital, Budapest, Hungary
- 15.00 **THE ROLE OF 2D AND 3D ANORECTAL SONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND FOLLOW UP OF ANORECTAL TUMORS**
Zsigmond F.¹, Szebeni Á.², 4th Internal Department MI. Central Hospital, Budapest¹, Ultrasonic Laboratory MI Central Hospital, Budapest²,
- 15.15 **RECTALIS LOKALIZÁCIÓJÚ GASTROINTESTINALIS STROMALIS TUMOR (GIST), ESETBEMUTATÁS**
Erőss B.¹, Szilvás Á.¹, Keszthelyi L.², Zsigmond F.³, Szebeni Á.⁴, Székely G.¹, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály, Fővárosi Szent János Kórház, Budapest¹, Sebészeti Osztály, Fővárosi Szent János Kórház, Budapest², IV. Belgyógyászat Gasztroenterológia, BM Központi Kórház és Intézményei, Budapest³, Budakeszi úti Ultrahang Laboratórium, BM Központi Kórház és Intézményei, Budapest⁴,
- 15.30 **POSZTOPERATIV PET/CT VIZSGÁLAT GIST TUMOROS BETEGEKBEN**
Szilvási I.¹, Moravszki M.¹, Lengyel Z.³, Szakáll S.³, Pápai Z.², Országos Gyógyintézet Központ, Nukleáris Medicina Osztály¹, Országos Gyógyintézet Központ, Onkológiai Osztály², Pozitron Diagnosztika Kft³,

2007. június 03. Vasárnap
03 June, Sunday
17.00-18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ÚJ LEHETŐSÉGEK A BIOLÓGIAI TERÁPIÁBAN
NEW POSSIBILITIES OF BIOLOGICAL TREATMENT
ABBOTT SZIMPÓZIUM / ABBOTT SYMPOSIUM

Kerekasztal megbeszélés / Round Table Discussion

2007. június 03. Vasárnap
03 June, Sunday
18.00-19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

JANSSEN-CILAG SZIMPÓZIUM / JANSSEN-CILAG SYMPOSIUM

20.00-tól

FOGADÁS / RECEPTION

2007. június 04. Hétfő
04 June, Monday
8.00 – 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

RIFAXIMIN MONOGRÁFIA - KÖNYVBEMUTATÓ SZIMPÓZIUM

RIFAXIMIN MONOGRAPHY - BOOK PRESENTATION

MEDISAN SZIMPÓZIUM / MEDISAN SYMPOSIUM

Üléselnök / Chairman: **Tulassay Zsolt**, Budapest

A RIFAXIMIN BEMUTATÁSA

PRESENTATION OF RIFAXIMIN

Szalay Ferenc, Budapest

DIVERTICULOSIS

DIVERTICULOSIS

Simon László, Szekszárd

ACUT GASTROENTERITIS

ACUT GASTROENTERITIS

Nagy Ferenc, Szeged

KONTAMINÁLT VÉKONYBÉL SZINDRÓMA

BACTERIAL OVERGROWTH

Döbrönte Zoltán, Szombathely

POSZTINFEKCIÓS IRRITÁBILIS BÉL SZINDRÓMA

POST INFECTIOUS IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Juhász Márk, Budapest

HEPATICUS ENCEPHALOPATHIA

HEPATICUS ENCEPHALOPATHIA

Nemesánszky Elemér, Budapest

RIFAXIMIN IRODALOM EGYÉB INDIKÁCIÓKBAN

OTHER INDICATIONS OF RIFAXIMIN - PUBLICATION REVIEW

Molnár Tamás, Szeged

2007. június 04. Hétfő
04 June, Monday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

VÉKONYBÉLBETEGSÉGEK /

SMALL BOWEL DISEASES

(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátorok: **Papp János, Budapest**

Banai János, Budapest

9.00 A VÉKONYBÉL ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATA
ENDOSCOPIC EXAMINATION OF THE SMALL BOWEL
 Christian Ell (Wiesbaden):

9.30 A COELIAKIA
COELIAC DISEASE
 Korponay-Szabó Ilma, Budapest

9.50 A VÉKONYBÉL KONTAMINÁCIÓS SZINDROMA
BACTERIAL OVERGROWTH OF THE SMALL BOWEL
 Banai János, Budapest

10.10 VÉKONYBÉL DAGANATOK
TUMORS OF THE SMALL INTESTINE
 Beró Tamás, Pécs

10.30 DISZKUSSIÓ ÉS ZÁRÓSZÓ
 Papp János, Budapest

11.05 – 11.35

A GASZTROENTEROLÓGUS SZEREPE AZ OBESITAS KOMPLEX KEZELÉSÉBEN

(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök/Chairman: **Pap Ákos, Budapest**

Előadó/Lecturer: **Bene László, Budapest**

11.40 – 12.10

GYOMORRÁK

(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök/Chairman: **Simon László, Szekszárd**

Előadó/Lecturer: **Újszászy László, Miskolc**

2007. június 04. Hétfő
04 June, Monday
14.00 – 15.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

HELICOBACTER PYLORI

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Tiszai Andrea, Szeged

Buzás György, Budapest

Hersényi László, Budapest

14.00 **THE HUNGARIAN EPIDEMIOLOGY OF CLARITHROMYCIN RESISTANCE IN HELICOBACTER PYLORI INFECTION**

Buzás G.¹, Lotz G.², Kiss A.² Dept. Of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest, Hungary ¹, 2nd Dept. of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ²

14.15 **HLA ÉS A HELICOBACTER PYLORI KAPCSOLATA VESERECIPIENSEK KÖZÖTT**

Telkes G.¹, Rajczy K.², Varga M.¹, Péter A.¹, Tulassay Z.⁰, Semmelweis Egyetem, Transzplantációs Klinika ¹, OGYK, Immungenetikai Osztály ²,

14.30 **EVALUATION OF HELICOBACTER PYLORI RE-INFECTION RATE – AN INTERIM ANALYSIS**

Vesza Z.¹, Csonka L.¹, Juhász M.¹, Hersényi L.¹, Székely H.¹, Pregun I.¹, Németh A.¹, Zágoni T.¹, Miheller P.¹, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹ ^{2nd} Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹,

14.45 **HELICOBACTER PYLORI POZITÍV ITP-S BETEGEK ERADIKÁCIÓJÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK**

Dr. Heringh Z.¹, Dr. Rácz F.¹, Jósa András Oktató Kórház I. Belgyógyászat-Gastroenterológia ¹

15.00 **DETERMINATION OF CLARITHROMYCIN RESISTANCE AND VIRULENCE GENES OF HELICOBACTER PYLORI IN PARAFFIN EMBEDDED SAMPLES**

Sükösd F.¹, Ferencz A.², Tiszai A.³, F.Kiss Z.³, Lénárd Z.³, Német I.¹, Kaiser L.¹, Tiszlavicz L.¹, Lonovics J.³, Mikó T.¹ Institute of Pathology, Faculty of Medicine Center, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Dept. of Pathology, General Hospital of Makó, Makó, Hungary ², 1st Dept. of Internal Medicine, Faculty of Medicine Center, University of Szeged, Szeged, Hungary ³

15.15 **THE INCIDENCE OF GASTRODUODENAL ULCERS, GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HELICOBACTER PYLORI INFECTION BETWEEN 1995 AND 2005**

Lakatos G., Hersényi L., Juhász M., Pregun I., Miheller P., Zágoni T., Molnár B., Németh A., Tulassay Z. ^{2nd} Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

15.30 **BEFOLYÁSOLJA-E AZ IMMUNSZUPRESSZIÓ TÍPUSA A TÁPCSATORNA FELSŐ SZAKASZÁNAK CITOMEGALOVIRUS ÉS HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÖTTségÉT, ILLETVE A PEPTIKUS FEKÉLY GYAKORISÁGÁT?**

Péter A., Telkes G., Varga M., Járay J., Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest

2007. június 04. Hétfő
04 June, Monday
15.45 – 17.25

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ENDOSZKÓPIA III. / ENDOSCOPY III.

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Altörjay István, Debrecen Pécsi Gyula, Győr

15.45 UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN CHILDHOOD

Kovács M.¹, Kelemen Á.², Rácz I.³ Dept. of Pediatrics, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary ¹, Pediatric Intensive Care Unit, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary ², 1st Dept. of Medicine, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary ³

15.55 EFFICACY OF ENDOSCOPIC VARICEAL LIGATION AND SCLEROTHERAPY IN TREATMENT OF ACUTE VARICEAL BLEEDING

Rédei Cs., Szőnyi M., Zaja A., Tóth L., Szejkovszky Á., Pozsár J., Topa L., Dept. of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest, Hungary

16.05 THE FORREST IA TYPE UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE DURING THE PAST DECADE

Gurzó Z.¹, Fazekas I.², Gáll I.², Ilyés S.², Bordás L.², Ottlakán A.³, Novák J.² Endoscopic Laboratory, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary ¹, Dept. of Gastroenterology, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary ², Dept. of General Surgery, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary ³

16.15 EPINEPHRINE INJECTION PLUS HEMOCLIP PLACEMENT PROVIDE BETTER OUTCOMES AS COMPARED TO EPINEPHRINE INJECTION ALONE IN PATIENTS WITH HIGH-RISK BLEEDING GASTRIC ULCER

Szőnyi M., Rédei Cs., Tóth L., Zaja A., Szejkovszky Á., Pozsár J., Topa L., Dept. of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest, Hungary

16.25 OUTCOME OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS ON ANTICOAGULATION THERAPY

Pécsi Gy., Kárász T., Dancs N., Hussam S., Rácz I. 1st Department of Medicine, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary

16.35 MASSIVE GASTROINTESTINAL BLEEDING – DO NOT OVERLOOK THE ROLE OF THE PANCREATOBILIARY SYSTEM

Schäfer E.¹, Bördös A.¹, Doros A.², Bánsági Z.³, Bursics A.⁴, Tihanyi T.⁵, Burai M.¹, Gyökeres T.¹, Pap Á.¹ Dept. of Gastroenterology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary ¹, Interventional Laboratory, Clinics of Transplantology, Budapest, Hungary ², Interventional Laboratory, Péterfy Hospital, Budapest, Hungary ³, Dept. of Surgery, MÁV Hospital, Budapest, Hungary ⁴, Surgical Clinics, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁵

16.45 DOUBLE-BALLOON ENTEROSCOPY FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBSCURE BLEEDING, INFLAMMATORY BOWEL DISEASES AND POLYPOSIS SYNDROMES: WE SEE MORE BUT DO WE KNOW MORE?

Lakatos P.L.¹, Fuszek P.¹, Horvath H.¹, Zubek L.², Papp J.¹ 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

16.55 A POSSIBLE METHOD OF DECREASING BLEEDING AND INFECTION RISK IN THE COURSE OF TRANSGASTRIC SURGERY

Kádár B.¹, Lukovich P.², Kurt G.³, Váradi G.¹, Jónás A.¹, Csicsai L.¹, Huba A.⁴, Kupcsulik P.² Faculty of Medicine 6th year, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Technische Universität Ilmenau, Ilmenau, Germany³, Budapest University of Technology, Budapest, Hungary⁴

17.05 TECHNIQUE AND SAFETY OF MAGNETIC ANASTOMOSES

Jónás A.¹, Lukovich P.², Váradi G.¹, Bata P.³, Tari K.², Kupcsulik P.² Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Dept. of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

17.15 EZOMEPRAZOL HATÉKONYSÁGA MASSZÍV GASTRO-DUODENALIS VÉRZÉSBEN

Forgács A., Éles Z., Lukász P., Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Sebészeti

2007. június 04. Hétfő
04 June, Monday
14.00 – 16.20

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

MOTILITÁS / MOTILITY
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Bálint András, Budapest Wittmann Tibor, Szeged

- 14.00 EVALUATION OF THE INTRAOESOPHAGEAL PH PATTERNS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL HYPERREACTIVITY (BHR)**
Rosztóczy A.¹, Makk L.², Izbéki F.¹, Róka R.¹, Somfay A.², Lonovics J.¹, Wittmann T.¹ 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Pulmonology, University of Szeged, Szeged, Hungary²
- 14.10 DIAGNOSTIC APPROACH TO GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE ASSOCIATED RESPIRATORY COMPLICATIONS: ROLE OF DUAL CHANNEL PH-METRY**
Róka R., Rosztóczy A., Izbéki F., Annaházi A., Lonovics J., Wittmann T., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary
- 14.20 VALUE OF ESOPHAGEAL IMPEDANCE MONITORING IN CLINICAL DIAGNOSTICS**
Felföldi F., Salamon Á., Tam B., Sánta J., Simon L., Juhász E., Tolna County „Balassa János” Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary
- 14.30 SPECIALIZED INTESTINAL METAPLASIA OF THE LOWER ESOPHAGUS: TIP OF THE ICEBERG**
Németh I.¹, Rosztóczy A.², Izbéki F.², Róka R.², Annaházi A.², F Kiss Z.³, Sükösd F.¹, Wittmann T.², Lonovics J.², Tiszlavicz L. 1st Dept. of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Polyclinic of Szeged, Szeged, Hungary³

Üléselnökök/Chairmen:

Király Ágnes, Pécs Rosztóczy András, Szeged

- 14.50 THE CLINICAL AND THERAPEUTIC CHARACTERISTICS OF THE CYCLIC VOMITING SYNDROME**
Micskey É., Badacsonyi S., Dept. of Gastroenterology, Buda Children Hospital, Budapest, Hungary
- 15.00 147. EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN GASTRIC EMPTYING, METABOLIC STATUS AND DIABETIC NEUROPATHY**
Várkonyi T.¹, Börcsök É.¹, Takács R.¹, Lengyel C.¹, Lázár M.², Papós M.², Pávics L.², Kempler P.³, Lonovics J. 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Nuclear Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

- 15.10 EARLY INSULIN TREATMENT PREVENTS THE LOSS OF NITRERGIC NEURONS IN THE ILEUM AND COLON AND RESTORES ALTERED GUT MOTILITY IN STREPTOZOTOCIN-INDUCED DIABETIC RATS**
Linke N., ², Izbéki F., ¹, Bagyánszki M., ², Bódi N., ², Rosztóczy A., ¹, Fekete É., ², Lonovics J., ¹, Wittmann T., ¹ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Dept. of Zoology and Cell Biology, University of Szeged, Szeged, Hungary ²
- 15.20 ENDOSCOPIC SPHINCTER OF ODDI MANOMETRY IN PATIENTS WITH POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME AND PERSISTING BILIARY PAIN DESPITE PREVIOUS ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY**
Joó I., ¹, Kurucsai G., ¹, Szepes A., ², Lonovics J., ², Madácsy L., ¹ 1st Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ¹, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ²
- 15.30 SOMATOSENSORY CHANGES IN THE REFERRED PAIN AREA IN PATIENTS WITH POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME (PCS) BEFORE AND AFTER ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY (EST)**
Kurucsai G., ¹, Joó I., ¹, Székely A., ¹, Szepes A., ², Várkonyi T., ², Funch-Jensen P., ³, Madácsy L., ¹ 1st Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ¹, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Dept. of Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark ³
- Üléselnökök/Chairmen:
Hunyady Béla, Pécs Madácsy László, Székesfehérvár
- 15.40 COLONIC LUMINAL SERINE-PROTEASE ACTIVITY: A PATHOPHYSIOLOGICAL FACTOR IN DIARRHEA-PREDOMINANT IRRITABLE BOWEL SYNDROME**
Gecse K., ¹, Róka R., ¹, Rosztóczy A., ¹, Izbéki F., ¹, Ferrier L., ², Eutamene H., ², Lonovics J., ¹, Fioramonti J., ², Wittmann T., ¹, Bueno L., ² 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Institut National de la Recherche Agronomique, Neuro-Gastroenterology & Nutrition Unit, Toulouse, France ²
- 15.50 A PSZICHIÁTRIAI DISTRESSZ, A KATASZTROFIZÁLÁS ÉS A FÁJDALOM SZEREPE AZ**
Kerékgyártó O., ¹, Kovács Z., ², Hamvas J., ⁴ I. Belgyógyászat, Bajcsy Zsilinszky Kórház, Budapest ¹, Pszichiátriai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest ², I. Belgyógyászat, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest ⁴,
- 16.00 ANAL VECTOR VOLUME ANALYSIS PREDICTS ANAL SPHINCTER INJURY IN PATIENTS WITH FECAL INCONTINENCE**
Király Á., ¹, Illés A., ¹, Kassai M., ², Nagy L., ¹ 3rd Dept. of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary ¹, Dept. of Surgery, University of Pécs, Pécs, Hungary ²
- 16.10 EFFECT OF BIOFEEDBACK THERAPY ON AUTONOMIC INNERVATION IN FECAL INCONTINENCE**
Illés A., Csizmadia C., Acél P., Nagy L., Király Á. 3rd Dept. of Medicine, Medical University of Pécs, Pécs, Hungary ¹

2007. június 04. Hétfő
04 June, Monday
14.00 – 16.10

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

PANCREAS
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Pap Ákos, Budapest **Tihanyi Tibor**, Budapest

- 14.00 **[1,2-¹³C₂]-D-GLUCOSE TOLERANCIA TESZT ZUCKER TÍPUSÚ ELHÍZOTT DIABETESZES PATKÁNYOKBAN**
László G. Boros, Torrance, USA
- 14.30 **THE NON-CONJUGATED CHENODEOXYCHOLATE STIMULATES THE LUMINAL CL-/HCO₃- EXCHANGER VIA IP₃-MEDIATED CA²⁺-SIGNALLING IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCTS**
Venglovecz V.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Maléth J.¹, Nagy L.¹, Ózsvári B.¹, Takács T.¹, Lonovics J.¹, Varró A.², Gray M. A.³, Argent B. E.³, Hegyi P.³ ¹st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Division of Cardiovascular Pharmacology, Hungarian Academy of Sciences, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Institute for Cell and Molecular Biosciences, University Medical School, Newcastle upon Tyne, United Kingdom ³
- 14.40 **DUAL EFFECTS OF BILE ACIDS ON GUINEA PIG PANCREATIC DUCTAL BICARBONATE SECRETION**
Maléth J.¹, Venglovecz V.¹, Rakonczay Z.¹, Nagy L.¹, Ózsvári B.¹, Takács T.¹, Lonovics J.¹, Tóth A.², Varró A.², A. Gray M.³, E. Argent B.³, Hegyi P.¹ ¹st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Division of Cardiovascular Pharmacology, Hungarian Academy of Sciences, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Institute for Cell and Molecular Biosciences, University Medical School, Newcastle upon Tyne, United Kingdom ³
- 14.50 **CHANGE IN THE INCIDENCE OF ACUTE PANCREATITIS IN VESZPRÉM COUNTY IN TWENTY YEARS**
Pandúr T.¹, Mester G.², Dávid G.¹, Lakatos L.¹ ¹st Dept. of Medicine, Csolnoky Ferenc County Hospital, Veszprém, Hungary ¹, Dept. of Medicine, Gróf Eszterházy Hospital, Pápa, Hungary ²
- 15.00 **ACUTE PANCREATITIS: CAN WE MAKE THE PRE-THERAPEUTICAL CLASSIFICATION SIMPLER?**
Lukács M., Nagy L., ³rd Dept. of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary

15.10 A PANCREASRÁK KLINIKOPATOLÓGIAI JELLEGZETESSÉGEINEK VIZSGÁLATA INTÉZETÜNK 60 ÉVES BONCOLÁSI ANYAGÁNAK TÜKRÉBEN

Blastik M., Plaveczi É., Dr. Zalatnai A., Semmelweis Egyetem ÁOK, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

SZÜNET

Üléselnökök/Chairmen:

Takács Tamás, Szeged **Topa Lajos**, Budapest

15.30 ENDOSCOPIC TREATMENT OF PANCREATIC FISTULAS

Orosz P.¹, Sümegi J.¹, Nagy G.¹, Bezsilla J.² ¹Dept. of Medicine, Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary ²Dept. of Surgery, Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary

15.40 ENDOSCOPIC DRAINAGE OF PSEUDOCYSTS AND ABSCESES IN PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS

Fejes R.¹, Székely I.¹, Székely A.¹, Altorjay Á.², Madácsy L.¹ ¹1st Dept. of Internal Medicine, Gastroenterology, Olympus Medical Care Hungary, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ²Dept. of Surgery, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary

15.50 PREVENTIVE PANCREAS STENTING FOLLOWED BY A NEEDLE KNIFE FISTULOTOMY IN SELECTED PATIENTS WITH HIGH RISK OF POST-ERCP PANCREATITIS – A PILOT STUDY

Madácsy L., Kurucsai G., Joó I., Fejes R., Székely A., ¹1st Dept. of Internal Medicine and OMCH, Endoscopy Lab, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary

16.00 PANCREAS DIVISUM AS A NEW CHALLENGE FOR THERAPEUTIC ENDOSCOPY. OUR EXPERIENCES IN CHRONIC PANCREATITIS

Gyökeres T., Burai M., Pap Á., Dept. of Gastroenterology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary

2007. június 04. Hétfő
04 June, Monday
16.30 – 18.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ONKOLÓGIA / ONCOLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Pap Ákos, Budapest **Bodoky György**, Budapest **Kopper László**, Budapest

16.30 PERIPHERAL BLOOD GENE EXPRESSION MARKERS OF LOCAL COLORECTAL DISEASES DETERMINED BY WHOLE GENOME MRNA ARRAY ANALYSIS

Molnár B., Galamb O., Galamb B., Solymosi N., Sipos F., Spisák S., Tóth K., Miheller P., Zágoni T., Németh A., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

16.40 METHYLATION STATUS OF THE P16 TUMOR-SUPPRESSOR AND DAP-KINASE GENES IN COLON BIOPSIES FROM NORMAL AND ULCERATIVE COLITIS SAMPLES

Hevér-Pálffy T., Galamb O., Spisák S., Galamb B., Molnár B., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

16.50 PROGRESSION MARKERS OF EARLY AND LATE STAGE COLORECTAL CANCER DETERMINED BY PROTEIN ARRAYS

Spisák S.¹, Galamb O.¹, Solymosi N.¹, Galamb B.¹, Nemes B.², Sipos F.¹, Zágoni T.¹, Tóth K.¹, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Surgery and Transplantation, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

17.00 NEW GENE EXPRESSION MARKERS OF COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA SEQUENCE

Galamb O., Galamb B., Solymosi N., Sipos F., Spisák S., Tóth K., Molnár B., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

17.10 TISSUE MICROARRAY BASED CLASSIFICATION OF EARLY AND LATE STAGE COLORECTAL CANCER IN OPTICAL AND VIRTUAL MICROSCOPY

Sipos F.¹, Spisák S.¹, Krenács T.², Galamb O.¹, Galamb B.¹, Valcz G.¹, Solymosi N.¹, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

17.20 A HEREDITER NONPOLIPÓZIS KOLOREKTÁLIS KARCINÓMA FENOTÍPUSÁNAK SOKSZÍNŰSÉGE. NÉGY MUTÁCIÓ HORDOZÓ BETEG CSALÁDFA ANALÍZISE.

Tanyi M.¹, Damjanovich L.², DEOEC Sebészeti Intézet¹, DEOEC Sebészeti Intézet²,

17.30 A COLORECTALIS CARCINOMA EGYÉNRE SZABOTT KEZELÉSÉT ORIENTÁLÓ MICROSATELLITA INSTABILITÁS-EGY ELÉRHETŐ LEHETŐSÉG

Szenes M.¹, Gasztonyi B.¹, Völgyi Z.¹, Bali O.², Ruzsa Á.³, Vattay P.⁴
 II. Belgyógyászat, ZMK, Zalaegerszeg¹, Patológia, ZMK, Zalaegerszeg², Onkológia, ZMK, Zalaegerszeg³, Sebészet, ZMK, Zalaegerszeg⁴,

17.40 SOMATOSTATIN-ANALOGUE TREATMENT IS SAFE, EFFECTIVE AND IMPROVES QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERING NEUROENDOCRINE TUMOURS. RESULTS FROM A NATIONAL MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY.

Sréter L.¹, Hitre E.², Gyökeres T.³ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Chemotherapy „B”, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², 3rd Dept. of Internal Medicine, MÁV Hospital, Budapest, Hungary³

17.50 DEVELOPMENT AND VALIDATION OF COLORECTAL CANCER SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE

Harisi R.¹, Bodoky G.², Flautner L.¹, Kupcsulik P.¹, Weltner J.¹ 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary¹, Dept. of Oncology St. László Hospital, Budapest, Hungary²

2007. június 04. Hétfő
04 June, Monday
18.00-19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**BIOEGYENÉRTÉKŰSÉG ÉS TERÁPIÁS
 EGYENÉRTÉKŰSÉG. AZONOS FOGALMAK?**
**A GENERIKUS BIOEKVIVALENCIA VIZSGÁLATOK VALÓDI
 HÁTTERE.**

*BIOEQUIVALENCE AND THERAPEUTICAL EQUIVALENCE. ARE THEY
 EQUAL?*

THE BACKGROUND OF THE GENERIC BIOEQUIVALENCE STUDIES.

NYCOMED SZIMPÓZIUM / NYCOMED SYMPOSIUM

Üléselnökök:

Lonovics János, Szeged Tulassay Zsolt, Budapest

BEVEZETŐ

WELCOME AND INTRODUCTION

Tulassay Zsolt, Budapest

A GENERIKUS BIOEKVIVALENCIA VIZSGÁLATOK VALÓDI HÁTTERE
THE BACKGROUND OF THE GENERIC BIOEQUIVALENCE STUDIES

Falkay György, Szeged

**BIOEGYENÉRTÉKŰSÉG ÉS TERÁPIÁS EGYENÉRTÉKŰSÉG.
 GENERIKUMOK ÉS A KLINIKAI EVIDENCIÁK.**

*BIOEQUIVALENCE AND THERAPEUTICAL EQUIVALENCE. ENERICS AND
 CLINICAL EVIDENCES.*

Hersényi László, Budapest

MEGBESZÉLÉS

DISCUSSION

TÁRSASÁGI PROGRAM / SOCIAL PROGRAM
SZALONNASÜTÉS /

2007. június 05. Kedd
05 June, Tuesday
8.30-9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**FÓKUSZBAN A SZÉKREKEDÉS. MENNI VAGY NEM
 MENNI**

FOCUSED ON CONSTIPATION. TO GO OR NOT TO GO....

BOEHRINGER-INGELHEIM SZIMPÓZIUM /
 BOEHRINGER-INGELHEIM SYMPOSIUM

Üléselnök/Chairman:

Pap Ákos, Budapest

HITEK ÉS TÉVHITEK A SZÉKREKEDÉSSSEL KAPCSOLATBAN

MYTHS AND MYSCONCEPTIONS ABOUT CHRONIC CONSTIPATION

Madácsy László, Székesfehérvár

A SZÉKREKEDÉS KIVIZSGÁLÁSA ÉS KEZELÉSE

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE CONSTIPATION

Király Ágnes, Pécs

2007. június 05. Kedd
05 June, Tuesday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**A VELESZÜLETETT IMMUNITÁS SZEREPE
GASTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEKBEN /**
*ROLE OF INNATE IMMUNITY IN GASTROENTEROLOGICAL
DISORDERS*
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátorok: Arató András, Budapest Lakatos László, Veszprém

- 9.00 **A VELESZÜLETETT IMMUNRENDSZER STRUKTÚRÁJÁNAK ÉS
MŰKÖDÉSÉNEK ÁTTEKINTÉSE**
OVERVIEW OF THE STRUCTURE AND FUNCTION OF INNATE IMMUNITY
Arató András, Budapest
- 9.20 **A VELESZÜLETETT IMMUNRENDSZER SAJÁTOS SÁGAINAK
VIZSGÁLATA ÁLLATKÍSÉRLETES MODELLEKBEN**
*STUDYING OF CHARACTERISTICS OF INNATE IMMUNITY IN ANIMAL
EXPERIMENTAL MODELS*
Bene László, Budapest
- 9.35 **A VELESZÜLETETT IMMUNRENDSZER JELENTŐSÉGE COELIAKIÁBAN**
SIGNIFICANCE OF INNATE IMMUNITY IN COELIAC DISEASE
Korponay-Szabó Ilma, Budapest
- 9.45 **A VELESZÜLETETT IMMUNRENDSZER SZEREPE IBD-BEN**
ROLE OF INNATE IMMUNITY IN IBD
Lakatos László, Veszprém
- 10.05 **AZ ALLERGIÁS GASTROINTESTINÁLIS KÓRKÉPEK ÉS AZ INNATE
IMMUNRENDSZER KAPCSOLATA**
*RELATIONSHIP BETWEEN THE INNATE IMMUNITY AND ALLERGIC
GASTROINTESTINAL DISORDERS*
Veres Gábor, Budapest, SE I. Gyermekklinika
- 10.15 **A VELESZÜLETETT IMMUNRENDSZER ÉS A GASTROINTESTINÁLIS
TUMOROK**
INNATE IMMUNITY AND GASTROINTESTINAL TUMORS
Altörjay István, Debrecen
- 10.30 **A VELESZÜLETETT IMMUNRENDSZER SZEREPE A MÁJBETEGSÉGEK
KIALAKULÁSÁBAN**
ROLE OF INNATE IMMUNITY IN THE DEVELOPMENT OF LIVER DISORDERS
Hunyady Béla, Pécs
- 10.45 **A FLAVONOIDOK IMMUNMODULÁNS HATÁSA**
IMMUNOMODULATORY EFFECT OF FLAVONOIDS
Székely György, Budapest

11.05 – 11.35

**FUNKCIONÁLIS TÁPCSATORNA BETEGSÉGEK.
RÓMA III.**

*FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS.
ROME III.*

(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök/Chairman: **Demeter Pál**, Budapest

Előadó/Lecturer: **Wittmann Tibor**, Szeged

11.45 – 13.00

„BREAKING NEWS”

*KOLLÉGIUMI FÓRUM A GASZTROENTEROLÓGIA AKTUÁLIS
KÉRDÉSEIRŐL*

Üléselnökök/Chairman:

Rácz István, Győr **Tulassay Zsolt**, Budapest **Simon László**, Szekszárd

Meghívott résztvevők:

Rapi Katalin, Egészségügyi minisztériumi szakállamtitkár

Dobos Éva, Szegedi Tudományegyetem ÁOK gazdasági szakértője

Molnár Márk Péter, OEP főosztályvezetője

2007. június 05. Kedd
05 June, Tuesday
12.00 –14.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

POSZTEREK – EBÉD / POSTER VIEWING - LUNCH

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES

Poszterbírálók:

Juhász Márk, Budapest **Lakatos László**, Veszprém

1. **COELIAKIA SZOKATLAN MEGJELENÉSI FORMÁJA (ESETISMERTETÉS)**
Szabó A.,¹ B. Kovács J.,¹ Lőrincz M.,¹ Nagy A.,¹ Korponay Szabó I.,² Szalay Z.,³ Asbóth D.,³ Péter G.,⁴ Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház Gastroenterológiai-Nephrologiai osztály¹, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház Coeliakia Centrum², Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház Bőrgyógyászati osztály³, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház Madarász utcai Telephely Belgyógyászati osztály⁴
2. **COELIAKIA PREVALENCIA MAGYARORSZÁGI FELNŐTT POPULÁCIÓBAN, A SZÖVETI TRANSGLUTAMINÁZ SZŰRÉS DIAGNOSZTIKAI ÉRTÉKE.**
László A.,¹ Miklós K.,² Pánczél P.,³ Szabó Z.,² Németh J.,² SE, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Gasztroenterológiai Ambulancia, Budapest¹, Országos Gyógyintézeti Központ, Immundiagnosztikai Laboratórium, Budapest², SE, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest³,
3. **CT ELTÉRÉSEK CÖLIÁKIÁBAN-ESETBEMUTATÁS**
Szabó E.,¹ Krizsó E.,² Stumpf A.,⁷ Semmelweis Kórház Miskolc Gasztroenterológiai ambulancia¹, AA-Med Kft. Miskolc CT labor²,
4. **REGIONÁLIS COELIAKIA REGISZTER**
Haraszi B.,¹ Papp M.,¹ Földi I.,¹ Nemes É.,² Várkölyi C.,³ Barta Z.,⁴ Tumpek J.,⁵ Korponay-Szabó I.,² Altörjay I.,¹ Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, II. Belklinika, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Gyermekklinika², I. Belklinika³, III. Belklinika⁴, Regionális Immunlabor⁵,
5. **LYMPHOCYTA SEJTFELSZÍNI MARKEREK ÉS NON-ORGAN SPECIFIKUS AUTOANTITESTEK VIZSGÁLATA COELIAKIÁBAN**
Nemes É.,¹ Szegedi L.,² Tumpek J.,³ Csipő I.,³ Sipka S.,³ Korponay-Szabó I.,¹ DEOEC, Gyermekklinika, Debrecen¹, HBM Önkormányzat Kenézy Gyula KRI, II.sz. Belgyógyászat, Debrecen², DEOEC, III.sz. Belklinika, Regionális Immunlabor, Debrecen³,
6. **A HAPTOGLOBIN POLIMORFIZMUS ÉS A COELIAKIA KLINIKAI MEGJELENÉSÉNEK KAPCSOLATA**
Földi I.,¹ Papp M.,¹ Nemes É.,² Máté I.,¹ Hársfalvi J.,³ Várkölyi C.,⁴ Barta Z.,⁵ Altörjay I.,¹ Udvardy M.,⁶ Korponay-Szabó I.,⁷ Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum II. Belklinika Gasztroenterológiai Tanszék¹, Gyermekklinika², Klinikai Kutató Központ³, I. Belklinika⁴, III. Belklinika⁵, II. Belklinika, Haematológiai Tanszék⁶, Heim Pál Gyermekkórház, Budapest⁷,

7. **FREQUENCY OF ASSOCIATED CHRONIC DISEASES AMONG OUR PATIENTS WITH COELIAC DISEASE**
Csoszánzski N., Nemes Nagy A., Tomsits E., 2nd Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

8. **COELIAKIÁS BETEGEK GONDOZÁSA SORÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK**
Bajor J., Kovalcsik Z., Török Z., Beró T., Baranya Megyei Kórház Pécs, Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹,

9. **COELIAKIA A HÁZIORVOSI PRAXISBAN**
Harbula I., Hamvas J., Takács R., Gastroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹, Tordas Háziiorvosi Praxis²,

10. **THE PRICE OF SURGERY FOR WEIGHT REDUCTION–GASTROINTESTINAL BLEEDING OF UNKNOWN ORIGIN**
Szamosi T.,¹ Rábai K.,¹ Czeglédi Z.,¹ Nagy Z.,² Salamon F.,³ Vörös A.,⁴ Banai J.,¹ Dept. of Gastroenterology, National Medical Center, Budapest, Hungary¹, Dept. of Nuclear Medicine, National Medical Center, Budapest, Hungary², Dept. of Pathology, National Medical Center, Budapest, Hungary³, Dept. of Surgery, National Medical Center, Budapest, Hungary⁴

11. **A MIKROBIÁLIS ANTIGÉNEK ELLENI SZEROLÓGIAI VÁLASZ CROHN-BETEGSÉGBEN ÖSSZEFÜGG A VÉKONYBÉL ÉRINTETTSÉGGEL, A NEM-GYULLADÁSOS TÍPUSÚ BETEGSÉG LEFOLYÁSÁVAL ÉS A NOD2/CARD15 GENOTÍPUSSAL, DE NEM KORRELÁL A GYÓGYSZERES KEZELÉSRE ADOTT VÁLASSZAL ÉS MŰTÉTEK GYAK**
Papp M.,¹ Altörjay I.,¹ Norman G.,² Shums Z.,² Palatka K.,¹ Vitális Z.,¹ Földi I.,¹ Tumpek J.,³ Fischer S.,⁴ Lakatos L.,⁵ Bene L.,⁶ Molnár T.,⁷ Tulassay Z.,⁸ Papp J.,⁴ Lakatos P.,⁴
 Debreceni Egyetem OEC, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA², Debreceni Egyetem OEC, Regionális Immunológiai Laboratórium, Debrecen³, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁴, Csolnoky Ferenc Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Veszprém⁵, Szt Margit Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest⁶, Szegedi Egyetem, Szent-György Albert Orvos-és Gyógyszertudományi Centrum, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged⁷, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁸, Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest⁹,

12. **DETECTION OF ANTINEUTROPHIL CYTOPLASMIC ANTIBODIES IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**
Tumpek J.,¹ Papp M.,² Lakatos P.,³ Lakos G.,¹ Shums Z.,⁴ Sipka S.,¹ Altörjay I.,² Norman G.,⁴ Laboratory of Clinical Immunology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary¹, 2nd Dept. of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA⁴

13. **PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS (PSC) AMONG OUR IBD PATIENTS**
Nagy G.¹, Kristóf T.¹, Minik K.², Juhász L.¹, Orosz P.¹ ^{2nd} Dept. of Internal Medicine Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary ¹, Dept. of Pathology, Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary ²
14. **FENNTARTÓ INFIXIMAB KEZELÉST KÖVETŐ RECTUM CARCINOMA CROHN BETEGBEN**
Kacska S., Palatka K., Altorjay I. DEOEC, II. Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Tanszék
15. **CAN SEROLOGIC MARKERS PREDICT THE PHENOTYPE OF ULCERATIVE COLITIS?**
Csizmadia C.¹, Berki T.², Nagy L.¹, Illés A.¹, Acél P.¹, Lukács M.¹, Király Á.¹ ^{3rd} Dept. of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary ¹, Dept. of Biotechnology, University of Pécs, Pécs, Hungary ²
16. **ENDOTOXIN, IL-6 AND TNF-ALPHA PLASMA CONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE**
Müllner K.¹, Németh É.², Schäfer E.², Illés K.², Pap Á.², Tulassay Z.¹ ^{2nd} Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, MÁV Hospital, Budapest, Hungary ²
17. **A CROHN-BETEGSÉG KEVÉSBÉ ISMERT EXTRAINTESZTINÁLIS MANIFESZTÁCIÓI - A KÖRÖMTÜNETEK**
Zágoni T., Sipos F., Tulassay Z., Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
18. **COMMON NOD2/CARD15 VARIANTS ARE NOT ASSOCIATED WITH SUSCEPTIBILITY OR CLINICOPATHOLOGIC CHARACTERISTICS OF SPORADIC COLORECTAL CANCER IN HUNGARIAN PATIENTS**
Gemela O.¹, Hitre E.², Szalay F.¹, Zinober K.³, Fuszek P.¹, Horvath H.¹, Lakatos L.⁴, Fischer S.¹, Osztovits J.¹, Papp J.¹, Ferenci P.³, Lakatos P.¹ ^{1st} Dept of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary ², Dept. of Internal Medicine 4, University of Vienna, Austria ³, ^{1st} Dept. of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary ⁴

2007. június 05. Kedd
05 June, Tuesday
14.00 –17.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Nagy Ferenc, Szeged **Bene László, Budapest**

14.00 ECCO AKTUALITÁSOK, LEHETŐSÉGEK, TERVEK

Lakatos Péter, Budapest

14.05 BIOLOGICALS IN IBD: TOP OR DOWN

Geer D'Haens, Gastroenterology Unit, Imelda GI Clinical Research Centre, Bonheiden, Belgium

14.25 KÉRDÉSEK ÉS VÁLASZOK

Üléselnökök/Chairmen:

Lakatos László, Veszprém **Miheller Pál, Budapest**

14.30 BETEGNYILVÁNTARTÁS

Bene László, Budapest
 Nagy Ferenc, Szeged

14.50 KEMOPREVENCIÓ IBD-BEN

Lakatos László, Veszprém

SZÜNET

Üléselnökök/Chairmen:

Korponay-Szabó Ilma, Budapest **Banai János, Budapest**

15.20 HIGH PREVALENCE OF COELIAC DISEASE AMONG FIRST-DEGREE RELATIVES OF COELIAC PATIENTS IN HUNGARY

Juhász M.¹, Csőkör K.¹, Berczi L.², Zágonyi T.¹, Székely H.¹, Hersényi L.¹, Pregun L.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

15.30 CLAUDINS EXPRESSION IN THE PROXIMAL AND DISTAL PARTS OF DUODENUM IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE

Veres G.¹, Györffy H.², Nagy Szakáll D.², Szabó E.², Dezsőfi A.¹, Molnár K.¹, Szőnyi L.¹, Bodánszky H.¹, Arató A.¹, 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 2nd Dept. of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

- 15.40 COELIAKIA ANTITESTEK VIZSGÁLATA DEAMIDÁLT GLIADIN PEPTIDEKKEL: DIAGNOSZTIKUS ÉRZÉKENYSÉG ÉS KAPCSOLAT A TRANSZGLUTAMINÁZ EPITÓPOKKAL**
Korponay-Szabó I.¹, Nemes É.¹, B.Kovács J.³, Vecsei Z.², Király R.², Szegedi L.⁴, Dahlbom I.⁵, Maki M.⁶, Debreceni Egyetem, Gyermekklinika¹, Debreceni Egyetem, Biokémiai Intézet², Heim Pál Gyermekkórház Coeliakia Centrum, Budapest³, Kenézy Kórház, Debrecen⁴, Uppsalai Egyetem, Svédország⁵, Tamperei Egyetem, Finnország⁶,
- 15.50 THE ATP-BINDING CASSETTE TRANSPORTER ABCG2 (BCRP) AND ABCB1 (MDR1) VARIANTS ARE NOT ASSOCIATED WITH DISEASE SUSCEPTIBILITY AND DISEASE PHENOTYPE IN HUNGARIAN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**
Fischer S.¹, Lakatos L.², Kovacs A.³, Molnar T.⁴, Altörjay I.⁵, Papp M.⁵, Tulassay Z.⁶, Osztovits J.¹, Demeter P.⁷, Tordai A.⁸, Andrikovics H.⁸, Papp J.¹, Lakatos P.¹
 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Erzsebet Hospital, Budapest, Hungary³, 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, 2nd Dept. of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁵, 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶, Dept. of Gastroenterology, St Margit Hospital, Budapest, Hungary⁷, Dept. of Molecular Diagnostics, National Medical Center, Budapest, Hungary⁸
- 16.00 NOD1 GENE E266K (G796A) POLYMORPHISM IS ASSOCIATED WITH DISEASE SUSCEPTIBILITY BUT NOT WITH DISEASE PHENOTYPE OR NOD2/CARD15 IN HUNGARIAN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE**
Molnár T.¹, Hofner P.², Nagy F.¹, Lakatos P.³, Fischer S.³, Lakatos L.⁴, Kovács Á.⁵, Altörjay I.⁶, Palatka K.⁶, Demeter P.⁷, Tulassay Z.⁸, Miheller P.⁸, Papp J.³, Mándi Y.², Lonovics J.¹
 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Faculty of Medicine, Szeged, Hungary¹, Dept. of Microbiology, University of Szeged, Faculty of Medicine, Szeged, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Dept. of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary⁴, 1st Dept. of Medicine, Erzsebet Hospital, Budapest, Hungary⁵, 2nd Dept. of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁶, Dept. of Gastroenterology, St Margit Hospital, Budapest, Hungary⁷, 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁸
- Üléselnökök/Chairmen:*
Kovács Ágota, Budapest **Molnár Tamás**, Szeged
- 16.10 INTERIM EVALUATION OF OUR EXPERIENCE WITH INFLIXIMAB TREATMENT IN IBD**
Salamon Á., Tam B., Juhász E., Felföldi F., Simon L., Tolna County „Balassa János” Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary
- 16.20 CROHN BETEGEK FENNTARTÓ KEZELÉSE INFLIXIMABBAL**
Palatka K., Papp M., Vitális Z., Kacska S., Tornai I., Altörjay I., Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gasztroenterológiai Tanszék

- 16.30 **MEDIUM-TERM EFFICACY OF INFLIXIMAB INDUCTION THERAPY WITHOUT RETREATMENT IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE**
Farkas K., Molnár T., Szepes Z., Nagy F., Lonovics J., 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary
- 16.40 **CHANGES OF OPG AND RANKL CONCENTRATIONS IN CROHN'S DISEASE AFTER INFLIXIMAB THERAPY**
Miheller P.,¹ Múzes G.,¹ Rácz K.,¹ Blázovits A.,¹ Lakatos P.,² Herszényi L.,¹ Tulassay Z.,¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²
- 16.50 **CLINICAL FEATURES AND PATHOGENESIS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE-ASSOCIATED INTESTINAL CANCER**
Szepes Z.,¹ Németh I.,² Molnár T.,¹ Nagy F.,¹ Tiszlavicz L.,² Lonovics J.,¹ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institute of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

2007. június 05. Kedd
05 June, Tuesday
14.00 – 15.30

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

SEBÉSZET / SURGERY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Harsányi László, Budapest **Váradi Gábor**, Budapest

- 14.00 **RITKA GYOMORTUMOROK MINIMÁL INVAZÍV KEZELÉSE A PRAEOPERATÍV DIAGNOSZTIKA EREDMÉNYEINEK BIRTOKÁBAN.**
Kincses Z.¹, Kanyári Z.¹, Juhász B.¹, Sasi Szabó L.², Antek C.³, Damjanovich L.¹,
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum I. sz. Sebészeti klinika¹,
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum II. sz. Sebészeti klinika²,
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Aneszteziológiai és
Intenzív Terápiás Tanszék³,
- 14.10 **TRANSLUMINAL ENDOSCOPIC SURGERY – NEW DEVICES DEVELOPED FOR A NEW METHOD**
Váradi G.¹, Lukovich P.², Kurt G.³, Csicsai L.¹, Jónás A.¹, Kádár B.¹, Tari K.²,
Kupcsulik P.² Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st
Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest Hungary², Technische Universität
Ilmenau, Ilmenau, Germany³
- 14.20 **LAPAROSCOPOS ANTIREFLUX MŰTÉT SZEREPE A BARRETT-NYELŐCSŐ KEZELÉSÉBEN**
Simonka Z.¹, Tiszlavicz L.², Németh I.², Szentpáli K.¹, Paszt A.¹, Pethő I.¹, Izbéki F.³,
Rosztóczy A.³, Wittmann T.³, Lázár G.¹, Szegedi Tudományegyetem Sebészeti
Klinika, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem Patológiai Intézet, Szeged², Szegedi
Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged³,
- 14.30 **A PARAZITÁS MÁJCYSTÁK SEBÉSZI KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK**
Pósán J., Takács I., Vágvölgyi A., Sápy P., Augusztai Sebészeti Központ, DEOEC,
Debrecen
- 14.40 **DOES CROHN-COLITIS NEED EMERGENCY SURGERY MORE FREQUENTLY?**
Diófalvi K.¹, Schäfer E.², Köveskúti Á.¹, Mikes C.¹, Varga G.¹, Bursics A.¹, MÁV
Hospital Dept. of Surgery¹, MÁV Hospital Dept. of Gastroenterology²,
- 14.50 **PALLIATIVE SURGERY FOR PANCREATIC HEAD MALIGNANCIES**
Csapó Z.¹, Nagy P.¹, Harsányi L.¹, Bodoky G.², Kupcsulik P.¹ 1st Dept. of Surgery,
Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Oncology, St. László Hospital,
Budapest, Hungary²
- 15.00 **OPERATIONS FOR RECTAL TUMOUR AFTER NEOADJUVANT ONCOLOGICAL THERAPY**
Mikes C., Diófalvi K., Varga G., Bursics A., MÁV Hospital and Central OPD
Budapest, Surgical Department ,

- 15.10 **LAPAROSCOPOS VASTAGBÉLRESECTIO ONKOLÓGIAI SZEMPONTJAI**
Kupcsulik P., Papp A., Nehéz L., Weltner J., I. Sebészeti Klinika, Semmelweis
Egyetem, Budapest
- 15.20 **LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY - EXPERIENCES OF 100
CASES**
Papp A., Morvay K., Weltner J., Fülöp C., Kupcsulik P., 1st Dept. of Surgery,
Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary

2007. június 05. Kedd
05 June, Tuesday
15.40 –18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

SEBÉSZET / SURGERY

POSZETEK / POSTERS

Poszterbírálok:

Oláh Tibor, Szeged **Bursics Attila**, Budapest

1. **A BENIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK ENDOSCOPOS ÉS SEBÉSZI ELLÁTÁSÁNAK ÖSSZAHASONLÍTÁSA**
Sipos P.¹, Lauretta A.², Damrah O.², Jiao L.², Canelo R.², Semmelweis Egyetem II. Sebészeti Klinika¹, HPB Unit, Imperial College, Hammersmith Hospital NHS Trust²,
2. **RITKA LOKALIZÁCIÓJÚ ÁTTÉTÉBŐL KÓRISMÉZETT HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA**
Petri A.¹, Bitai M.³, Varga A.³, Nagy V.³, Rokszin R.¹, Kuncz Á.⁴, Kovács Z.⁶, Tiszlavicz L.⁵, Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika¹, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ², II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ Szívsebészeti Osztály³, Idegsebészeti Klinika⁴, Patológiai Intézet⁵, Bajai Kórház I. sz. Belgyógyászati Osztály⁶,
3. **A VÉKONYBÉL DAGANATOS BETEGSÉGEINEK DIAGNOSZTIKUS NEHÉZSÉGEI**
Kanyári Z., Kincses Z., Juhász B., Damjanovich L., Debreceni Egyetem Orvos-, és Egészségtudományi Centrum Sebészeti Intézet
4. **A DUODENUM CROHN BETEGSÉGE: KLINIKAI JELEK, DIAGNOSZTIKA, GYÓGYSZERES ÉS SEBÉSZI KEZELÉS**
Lukovich P.¹, Papp A.¹, Harsányi L.¹, Lakatos P.², Fuszek P.², Györfy H.⁷, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², II. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest³,
5. **NAGY PARARECTALIS MYOFIBROMA ELTÁVOLÍTÁSA PERINEALIS FELTÁRÁSBÓL**
Baradnay G.¹, Márton J.¹, Varga L.¹, Ormos J.², Lázár G.¹, Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem, Pathologia Intézet, Szeged²,
6. **SPONTÁN RUPTURÁLT MÁJTUMOROK: TAPASZTALATAINK 3 ESET KAPCSÁN**
Sasi Szabó L.¹, Szentkereszt Z.¹, Kutassy B.², Csízay I.², Sápy P.¹, DE OEC Sebészeti Intézet, Augusztai Sebészeti Központ¹, DE OEC Gyermekgyógyászati Klinika, Sebészeti Osztály²,
7. **KELL-E OPERÁLNI A GYOMOR LYMPHOMÁIT?**
Buris L.¹, Sasi Szabó L.¹, Gergely L.², Sápy P.¹, DEOEC Sebészeti Intézet, Augusztai Sebészeti Központ¹, DEOEC III Belgyógyászati Klinika²,

8. **BLEEDING FROM THE PAPILLA VATERI - RARE FORM OF GASTROINTESTINAL BLEEDING**
Bertha L.,¹ Iványi A.,¹ Schafer E.,² Gyökeres T.,² Pap Á.,² Bodrogi L.,³ Dorozs A.,⁴ Bursics A.,¹ Surgical Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary¹, Gastroenterological Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary², MÁV Hospital IMC, Budapest, Hungary³, Transplantation Dept., Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴
9. **TRUE ANEURYSM OF THE SPLENIC ARTERY**
Csonka S., Fekete A., Nagy Z., Bursics A., Surgical Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary
10. **SURGERY FOR PANCREATIC MALIGNANCIES AT OUR DEPARTMENT BETWEEN 2005 AND 2006**
Iványi A.,¹ Harmos F.,¹ Nagy Z.,¹ Varga G.,¹ Gyökeres T.,² Pap Á.,² Bursics A.,¹ MÁV Hospital and Central OPD Budapest, Surgical Department¹, MÁV Hospital and Central OPD Budapest, Gastroenterological Department²,
11. **SURGERY FOR LIVER AND BILIARY LESIONS AT OUR DEPARTMENT BETWEEN 2005 AND 2006**
Bursics A.,¹ Pap Á.,² Köveskúti Á.,¹ Varga G.,¹ Pörnczi B.,¹ Surgical Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary¹, MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary²
12. **ABOUT OUR EXTENDED COLORECTAL OPERATIONS**
Pörnczi B., Pop G., Balla Z., Varga G., Bursics A., Surgical Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary
13. **CHANGE IN OUR LAPAROSCOPIC ACTIVITY SINCE 2005**
Farkas I. Iványi A., Pörnczi B., Mikes C., Harmos F., Bursics A., MÁV Hospital and Central OPD Budapest, Surgical Department

2007. június 05. Kedd
05 June, Tuesday
14.00 – 18.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Mózsik Gyula, Pécs

Varga Gábor, Budapest

14.00 MRNA EXPRESSION OF SELENOPROTEINS IN HUMAN COLONIC MUCOSA CELLS

Molnár J.,¹ Molnár B.,¹ Galamb O.,¹ Németh A.,¹ Zágoni T.,¹ Miheller P.,¹ Galamb B.,¹ Tulassay Z.,¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

14.12 CLONING AND FUNCTIONAL CHARACTERIZATION OF THE GUINEA PIG TRYPSINOGEN

Ózsvári B.,² Hegyi P.,² Sahin-Tóth M.,¹ Dept. of Molecular and Cell Biology, Boston University Goldman School of Dental Medicine, Boston, MA, 02118, USA¹, 1st Dept. of Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary²

14.24 CFTR GENE TRANSFER TO HUMAN CYSTIC FIBROSIS PANCREATIC DUCT CELLS USING A SENDAI VIRUS VECTOR

Rakonczay Jr. Z.,¹ Hegyi P.,¹ Hasegawa M.,² Inoue M.,² Ignáth I.,¹ W. F. W. Alton E.,³ Griesenbach U.,³ Óvári G.,⁴ Vág J.,⁴ Varga G.,⁴ Takács T.,¹ Lonovics J.,¹ E. Argent B.,⁵ A. Gray M.,⁵ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, DNAVEC Corporation, Tsukuba, Ibaraki, Japan², Dept. of Gene Therapy, National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, UK.³, Molecular Oral Biology Research Group, Dept. of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴, Institute for Cell and Molecular Biosciences, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, U.K.⁵

14.36 MESENCHIMALIS PROGENITOR SEJTEK IZOLÁLÁSA FOGEREDETŰ SZÖVETEKBŐL

Király M.,¹ Kádár K.,¹ Molnár B.,¹ Gera I.,² Varga G.,¹ Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék¹, Semmelweis Egyetem, Parodontológiai Klinika²

14.48 DIFFERENCES IN HCO₃⁻/CO₂ PERMEABILITIES AT THE APICAL AND BASOLATERAL MEMBRANES OF CYSTIC FIBROSIS HUMAN PANCREATIC DUCT CELLS

Székely C.,¹ Rakonczay Jr Z.,¹ Fearn A.,² Hegyi P.,¹ Boros I.,³ Takács T.,¹ Lonovics J.,¹ A. Gray M.,² E. Argent B.,² 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institute for Cell and Molecular Biosciences, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, U.K.², Hungarian Academy of Sciences, Biological Research Center, Institute of Biochemistry, Szeged, Hungary³

15.00 APOPTOSIS DURING THE SALIVARY GLAND ENLARGEMENT

Szőke E.¹, Boros I.¹, Tollas Ö.², Fehér E.³, Zelles T.¹ Dept. of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Clinic of Prosthetic Dentistry, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Dept. of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

15.12 CAPSAICIN-SENSITIVE AFFERENTATION IN HELICOBACTER PYLORI POSITIVE GASTRITIS BEFORE AND AFTER ERADICATION

Lakner L.¹, Dömötör A.³, Tóth C.², Meczker Á.⁵, Hajós R.⁵, Kereskai L.⁴, Szekeres G.⁵, Döbrönte Z.¹, Mózsik G.³ Dept. of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary¹, Dept. of Pathology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Medical and Health Centre, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Dept. of Pathology, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Histopathology Ltd., Pécs, Hungary⁵

Üléselnökök/Chairmen:

Gyires Klára, Budapest **Hegyi Péter**, Szeged

15.24 CHARACTERIZATION OF ACID/BASE TRANSPORTERS IN PARIETAL CELLS ISOLATED FROM HUMAN GASTRIC BIOPSY SAMPLES

Ignáth I.¹, Rakonczay Jr Z.¹, Takács T.¹, Schnúr A.¹, Venglovecz V.¹, Szepes A.¹, Szepes Z.¹, Czakó L.¹, Tiszai A.¹, Rosztóczy A.¹, Molnár T.¹, Izbéki F.¹, Lonovics J.¹, Varró A.², Hegyi P.² 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Physiology, School of Biomedical Sciences, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom²

15.36 PHARMACOLOGICAL ANALYSIS OF CANNABINOID-INDUCED INHIBITION OF GASTRIC MUCOSAL DAMAGE AND GASTRIC MOTILITY

Shujaa N.¹, Zádori Z.¹, Gyires K.¹ Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

15.48 FUNCTIONAL CHARACTERIZATION OF THE H⁺/K⁺ ATPASE IN WILD TYPE AND GASTRIN KNOCK-OUT MICE

Schnur A.¹, Hegyi P.¹, Venglovecz V.¹, Rakonczay Z.¹, Ignáth I.¹, Takács T.¹, Lonovics J.¹, Varró A.³, Varró A.², Dockray G.² Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Physiology, School of Biomedical Sciences, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom², Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Division of Cardiovascular Pharmacology, Hungarian Academy of Sciences, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³

SZÜNET

16.10 ENDOGENOUS OPIOIDS MAY MEDIATE THE CENTRALLY-INDUCED GASTROPROTECTIVE ACTION OF NOCICEPTIN AND NOCISTATIN

Aricó G.³, Zádori Z.¹, Shujaa N.¹, Tekes K.², Gyires K.¹ Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Pharmacodynamics, Faculty of Pharmacy, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Dept. of Pharmaceutical Sciences - Pharmacology Section, Faculty of Pharmacy, University of Catania, Italy³

16.22 BIDIRECTIONAL INTERACTIONS OF THE NERVE TERMINALS AND IMMUNOCOMPETENT CELLS IN DIABETIC RATS' SMALL INTESTINE

Altdorfer K., Pongor É., Batbayar B., Fehér E. Dept. of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

- 16.34 **PREDICTION OF GASTRIC EROSIVE COMPLICATIONS IN UREMIC DIABETIC PATIENTS USING MULTIGENE DNA SEQUENCING ARRAYS**
Szőke D.¹, Mándy Y.², Szabó A.³, Berta K.⁴, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Microbiology, University of Szeged, Faculty of Medicine, Szeged, Hungary², 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Üléselnökök/Chairmen:

Fehér Erzsébet, Budapest **Molnár Béla**, Budapest

- 16.46 **AREA POSTREMA LESION POTENTIATES SELECTIVE AND NON-SELECTIVE CENTRAL AND PERIPHERAL CRF2 RECEPTOR AGONISTS-, UCN 1 AND UCN 2-INDUCED INHIBITION OF GASTRIC EMPTYING**
Czimmer J.¹, Million M.², Taché Y.² 1st Dept. of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, CURE: Digestive Diseases and Sciences Centre, University of California, Los Angeles, CA, USA²
- 16.58 **MUCOSAL EXPRESSION OF TOLL-LIKE RECEPTOR (TLR) 2 AND TLR4 IN TREATED COELIAC DISEASE**
Szebeni B.¹, Veres G.¹, Dezsőfi A.¹, Vannay Á.², Vásárhelyi B.³, Korponay-Szabó I.⁴, Arató A.¹ 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Szentágothai Knowledge Centre, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Research Group for Pediatrics and Nephrology, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary³, Dept. of Gastroenterology-Nephrology, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary⁴
- 17.10 **DISTRIBUTION AND LOCALIZATION OF THE NERVE ELEMENTS IN THE LIVER OF DIFFERENT MAMMALS**
Pongor É., Ledó N., Altdorfer K., Fehér E., Dept. of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary
- 17.22 **DECREASED HCHO POOL MEASURED IN ERYTHROCYTES IN COLORECTAL CANCER PATIENTS AFTER COLECTOMY**
Blázovics A.¹, Szilvás Á.², Székely G.², Székely E.³, Czabai G.⁴, Sárdi É.⁵ 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, St. János Hospital, Budapest, Hungary², Central Hospital of the Hungarian State Railways, Budapest, Hungary³, Diachem Kft.⁴, Corvinus University, Budapest, Hungary⁵
- 17.34 **NATURAL SUPPLEMENTARY TREATMENT AND ELEMENT CONTENT IN ERYTHROCYTES OF PATIENTS WITH MODERATELY ACTIVE ULCERATIVE COLITIS**
Szentmihályi K.¹, Kovács Á.², Rapavi E.³, Váli L.³, Blázovics A.³ Institute of Materials and Environmental Chemistry, CRC of the HAS, Budapest, Hungary¹, Dept. of Gastroenterology, Péterfy Hospital, Budapest, Hungary², 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³
- 17.46 **SERUM CHROMOGRANIN A LEVELS AFTER ADMINISTRATION OF A SINGLE DOSE OF PROTON-PUMP INHIBITOR**
Pregun I., Herszényi L., Juhász M., Miheller P., Nagy G., Lakatos G., Sipos F., Pusztai P., Rácz K., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

2007. június 05. Kedd
05 June, Tuesday
18.00 – 19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

EGYÜTT: GASZTROENTEROLÓGUS ÉS KARDIOLÓGUS
TOGETHER: GASTROENTEROLOGYST AND CARDIOLOGYST
RICHTER GEDEON SZIMPÓZIUM / RICHTER GEDEON SYMPOSIUM

Üléselnökök / Chairmen:

Papp János, Budapest

Madácsy László, Székesfehérvár

A LANSOPRAZOLE ERŐS ANTIOXIDÁNS HATÁSÁVAL KIVÉDI A NEM-SZTEROID GYULLADÁSCSÖKKENTŐK ÁLTAL INDUKÁLT GYOMOR MUCOSA KÁROSODÁST

LANSOPRAZOLE PREVENTS GASTRIC INJURY INDUCED BY NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS THROUGH A STRONG REDUCTION OF OXIDATIVE STRESS

Hegyi Péter, Szeged

ASZPIRIN A KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEKBEN

ASPIRIN IN CARDIOVASCULAR DISEASES

Nagy András, Budapest

-tól

BÚCSÚEST /

2007. június 06. Szerda
06 June, Wednesday
10.00 – 13.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**KIHÍVÁSOK ÉS DILEMMÁK / KLINIKOPATOLÓGIA /
ESETISMERTETÉSEK
CHALLENGES / CLINICOPATHOLOGY / CASE REPORTS**
(POSZTEREK / POSTERS)

Üléselnökök/Chairmen:

Simon László, Szekszárd Pap Ákos, Budapest

Poszterbírálók:

Simon Károly, Budapest Bajtai Attila, Budapest
Bálint András, Budapest Kupcsulik Péter, Budapest Schaff Zsuzsa, Budapest
Szalay Ferenc, Budapest

- PARAOESOPHAGEALIS HIATUS HERNIA MŰTÉTE KAPCSÁN FELFEDEZETT ILEOCOECALIS CROHN-CARCINOMA. ESETISMERTETÉS.**
Várady Z.,¹ Schäfer E.,¹ Iványi A.,² Takács I.,³ Bursics A.,² Gyökeres T.,¹ Pap Á.,¹
MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, III. Belgyógyászat, Budapest¹, MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, Sebészet, Budapest², MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, Patológia, Budapest³,
- DIAGNOSZTIKUS ZSÁKUTCÁK SZÖVETTANI LELET ALAPJÁN**
Takács R.,¹ Németh T.,² Hamvas J.,³ I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹, Patológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest², I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest³,
- GYERMEKKORI VÉKONYBÉLTRANSZPLANTÁCIÓ: EGY ESET A SOK KÖZÜL**
Vass N.,¹ Lacaille F.,² Revillon Y.,² Schmitz J.,² Goulet O.,² SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Szeged¹, Hopital Necker-Enfants Malades, Paris²,
- BÜRGER KÓR A CROHN BETEGSÉG DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN- EGY KÖZÉPKORÚ NŐ ESETE**
Szakács A.,¹ Takács R.,¹ Németh T.,² Hamvas J.,¹
I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹,
1 Patológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹,
- SÚLYOS FELSZÍVÓDÁSI ZAVART OKOZÓ BILLROTH II GYOMORRESECTIÓ UTÁNI KÉSŐI POSTOPERATÍV SZÖVŐDMÉNY DIAGNOSZTIKUS ÚTVESZTŐI. ESETISMERTETÉS**
Varsányi M.,¹ Müllner K.,¹ Nagy Z.,² Bursics A.,¹ Takács I.,³ Gyökeres T.,¹ Pap Á.,¹
MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest¹, MÁV Kórház, Sebészet, Budapest², MÁV Kórház, Patológia, Budapest³,

6. **ALSÓ GASTROINTESTINALIST VÉRZÉST OKOZÓ RETROPERITONEALIS DAGANAT**
Tatai O., Dunkel K., Takács R., Hamvas J., I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest
7. **CONTRADICTORY RESULTS OF DIFFERENT IMAGING TECHNIQUES IN A PATIENT WITH SUSPECTED PANCREATIC HEAD NEOPLASIA. CASE REPORT**
Szabolcs A.,¹ Szepes A.,¹ Madacsy L.,² Takacs T.,¹ Lonovics J.,¹ 1st Dept. of Medicine University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Operative Gastroenterology and Endoscopy, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary²
8. **A PALLIATÍV STENTKEZELÉS VISZONTAGSÁGAI INOPERABILIS KLATSKIN TUMOROS BETEGBEN**
Rusznay K., Varsányi M., Varga M., Burai M., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Bel, Budapest
9. **DIAGNOSTIC GENE EXPRESSION SIGNATURES TO PREDICT THE CHEMOTHERAPY RESISTANCE AGAINST ORAL AND INTRAVENOUS 5-FLUOROURACIL**
Munkácsy G.,¹ Györffy B.,¹ Baranyai Z.,² Györffy A.,³ Jakab F.,² Tulassay Z.,³ 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary², 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³
10. **INTRADUCTALIS PAPILLARIS MUCINTERMELŐ NEOPLASMA-ESETISMERTETÉS**
Lásztity N., Varsányi M., Várady Z., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest
11. **SIGMABÉL ADENOCARCINOMA, MALIGNUS RECTUM POLYP ÉS ILEUM CARCINOID TUMOR ELŐFORDULÁSA EGY BETEGBEN. ESETISMERTETÉS**
Merényi K.,¹ Hamvas J.,¹ Varga G.,² Bursics A.,² Takács I.,³ Bodoky G.,⁴ Gyökeres T.,¹ Pap Á.,¹ MÁV Kórház, Gasztroenterológia¹, Sebészet², Patológia³, Szent László Kórház, Onkológia⁴,
12. **TRANSZFÚZIÓT IGÉNYLŐ VASHIÁNYOS ANAEMIÁT OKOZÓ PEUTZ-JEGHERS SZINDRÓMA CSALÁDI ELŐFORDULÁSA**
Penyige J.,¹ Kaszás I.,² Demeter P.,¹ Gasztroenterológiai Osztály, Szent Margit Kórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Szent Margit Kórház, Budapest²,
13. **ACUTE UPPER GI BLEEDING CAUSED BY GASTRIC STROMAL TUMOR**
Hussam S.,¹ Dancs N.,¹ Kárász T.,¹ Erényi Á.,² Horváth V.,³ Paukovics Á.,⁴ Rác I.,¹ Petz Aladár County and Teaching Hospital, 1st Department of Medicine and Gastroenterology¹, Pathology², Surgery³, Radiology Department⁴, Győr, Hungary
14. **GIST**
Bóka B.,¹ Székely G.,¹ Vadinszky G.,² Kiss S.,² Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹, Szent János Kórház Sebészeti Osztály²,

15. **GIST TUMOR RENDHAGYÓ DIAGNOZISA**
Hamvas J.¹, Takács R.², Földházi K.³, Chamdin S.⁴, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest¹, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest², I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest³, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest⁴,
16. **GYOMOR CARCINOMA RITKA METASTASIA**
Mályi I.¹, Takács R.², Németh T.³, Hamvas J.⁴, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest¹, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest², Patológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest³, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest⁴,
17. **HEPATIC ECTOPIC PREGNANCY (CASE REPORT)**
Denkler G.¹, Lakner L.¹, Döbrönte Z.¹, Kneffel P.², Tóth C.³, Márkus B.⁴ Dept. of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary¹, Dept. of Gynecology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary², Dept. of Pathology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary³, Dept. of Surgery, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary⁴
18. **FAMILIAL AUTOINFLAMMATORY SYNDROMES IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC ABDOMINAL PAIN**
Acél P.¹, Sütő G.², Kellermayer R.³, Király Á.¹, 3rd Dept. of Medicine, Medical University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Rheumatology and Immunology, Medical University of Pécs, Pécs, Hungary², Dept. of Genet., Medical University of Pécs, Pécs, Hungary³
19. **THE CHANGE IN THE LEVELS OF CYTOKINES AND GROWTH FACTORS IN HEALTHY YOUNG ADULTS AFTER REGULAR RED WINE CONSUMPTION**
Bekő G.¹, Csák T.², Hagymási K.³, Osztovits J.², Visnyei Z.², Bányai É.⁴, Blázovics A.³ Central Laboratory (Pest), Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Corvinus University, Budapest, Hungary⁴
20. **MASSIVE SMALL INTESTINAL HAEMORRHAGE CAUSED BY CONCENTRATED VINEGAR DRINKING: CASE REPORT**
Dancs N.¹, Kárász T.¹, Hussam S.¹, Vasi I.², Gyűrös P.³, Rácz I.¹ 1st Department of Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary¹, Dept of Surgery, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary², 1st Dept. of Pathology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary³
21. **AKUT MÁJELÉGTELENSÉG ÖT ÜVEG TEQUILA (1330 g ETANOL) FOGYASZTÁSÁT KÖVETŐEN. GYÓGYULT ESET**
Visnyei Z., Gara Á., Sallai L., Csák T., Horváth A., Osztovits J., Szalay F., I.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest
22. **TISZTÁZATLAN EREDETŰ MÁJELÉGTELENSÉG?**
Lambert M.¹, Gervain J.¹, Molnár A.², IV. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár¹, Patológia, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár²,

23. **SZERZETT FIBRINOGEN TÁROLÁSI BETEGSÉG A MÁJBAN**
Nyikos O.¹, Gervain J.², Máj C.³, IV.Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár¹, IV.Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár²,
 Patológiai Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár³,
24. **NEUROLOGIC, VASCULITIC COMPLICATIONS OF INTERFERON ALFA (AND PEG IFN) TREATMENT FOR CHRONIC HEPATITIS C INFECTION: CASE REPORTS AND REVIEW OF LITERATURE**
Varga M.¹, Csefkó K.¹, Torma É.², Schneider F.³ 3rd Dept. of Internal Medicine-
 Gastroenterology, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary¹, Dept. of Neurology, Réthy
 Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary², Dept. of Infectology, Markusovszky Hospital,
 Szombathely, Hungary³
25. **PEGYLATED INTERFERON (PEG-IFN) PLUS RIBAVIRIN (RBV) THERAPY IN CHRONIC HEPATITIS C: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE**
Pálvölgyi A., Nagy I., Korom T., Lonovics J., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged,
 Szeged, Hungary
26. **INTRACYSTIC HAEMORRHAGE IN A PATIENT WITH POLYCYSTIC LIVER DISEASE – A CASE REPORT**
Korom T.¹, Nagy I.¹, Pálvölgyi A.¹, Morvay Z.², Lonovics J.¹ 1st Dept. of Medicine,
 University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Radiology, University of Szeged, Szeged,
 Hungary²
27. **A CASE OF PRIMARY BILIARY CIRRHOSIS (A PROBLEM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS?)**
Müller Z.¹, Máj C.², Ozsvár Z.¹ Dept. of Infectology, St. György County Hospital,
 Székesfehérvár, Hungary¹, Dept. of Pathology, St. György County Hospital,
 Székesfehérvár, Hungary²
28. **SIMVASTATIN KIVÁLTOTTA TRANSZAMINÁZEMELEKDÉS ÉS MYOSITIS**
Dunkel K., Takács R., Hamvas J., I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky
 Kórház, Budapest
29. **22. A JANUS KINÁZ 2 (JAK2) MUTÁCIÓ JELENTŐSÉGE BUDD-CHIARI SZINDRÓMÁBAN**
Vitális Z., Papp M., Palatka K., Kacska S., Altörjay I., Tornai I., DEOEC Belgyógyászati
 Intézet Gasztroenterológia Tanszék
30. **AZ ASCITES LDH ÉS KOLESZTERIN SZINTJE SPONTÁN BAKTERIÁLIS PERITONITIS, ILLETVE TUMOROS ASCITES ESETÉN**
Páli Á.¹, Vass L.², Török I.³, Péter Z.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Pest Megyei
 Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa¹, Kórbonctan-Kórszövettan-Cytologia Osztály, Pest Megyei
 Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa², Központi Prodia Laboratórium, Kistarcsa³,
31. **EPEÚTI SZÖVŐDMÉNYEK MÁJÁTÜLTETÉS UTÁN**
Doros A., Hartmann E., Németh A., Zádori G., Fehérvári I., Görög D., Máthé Z., Járay J.,
Nemes B., Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika

32. **DIAGNOSZTIKAI RENDSZER KIDOLGOZÁSA A GYÓGYSZERMETABOLIZÁLÓ KÉPESSÉG VIZSGÁLATÁRA**
Monostory K.¹, Gulyás J.¹, Kőhalmy K.¹, Porrogi P.¹, Fazakas J.², Gerlei Z.², Korponay Z.³, Járay J.², Sárváry E.², MTA, Kémiai Kutatóközpont, Budapest¹, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², II. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest³,
33. **INOPERÁBILIS KLATSKIN TUMORT UTÁNZÓ, MALIGNUSAN ELFAJULT EPEÚTI TUBULOVILLOSUS ADENOMA (ESETISMERTETÉS)**
Illés K.¹, Burai M.¹, Varga G.², Fekete M.², Bursics A.², Takács I.³, Gyökeres T.¹, Pap Á.¹, MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest¹, MÁV Kórház, Sebészet, Budapest², MÁV Kórház, Patológia, Budapest³,
34. **COLORECTALIS ONCOTEAM KÉT ÉVES MŰKÖDÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK**
Rácz F., Heringh Zs., Bogdán Rajcs S., Veisz L., Jósa András Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gastroenterológia, Sebészeti Osztály, Onkológiai Osztály
35. **PER VIAS NATURALES ÉS PERCUTÁN BEHELYEZETT ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTEK SZEREPE A MALIGNUS TÁPCSATORNAI OBSTRUKCIÓK ELLÁTÁSÁBAN.**
Bánsághi Z.¹, Fülöp C.², Tóth A.¹, Mester T.¹, Főv. Önk. Péterfy S.utcai Kh. Röntgen Osztály¹, Főv. Önk. Péterfy S.utcai Kh. E- belgyógyászat/Gastroenterológia²,
36. **HEMOBILIA CAUSED BY GASTRIC METAPLASIA IN THE GALLBLADDER**
Rábai K.¹, Ender F.², Réti A.², Laki A.³, Székely G.³, Salamon F.⁴, Banai J.¹, National Medical Center, Department of Gastroenterology¹, National Medical Center, Department of Surgery², National Medical Center, Department of Radiology³, National Medical Center, Department of Pathology⁴,

LEARNING CENTER PROGRAM

2007. június 3. 12.40-13.20

Üléselnökök: Bene László, Demeter Pál

Endoszkópos vizsgálatok előkészítése (Döbrönte Zoltán)
Infekció-dysbacteriosis-hasmenés (Bajor Judit)

13.20-14.00

Üléselnökök: Hunyady Béla, Nagy Ferenc

Öntáguló fémstentek a gasztrointesztinumban (Gyökeres Tibor)
Rectális ultrahang vizsgálattal szerzett tapasztalataink (Szepes Zoltán)

2007. június 4. 12.40-13.20

Üléselnökök: Altorjay István, Lakatos László

Elektív endoszkópos beavatkozások és hemostasis (Orosz Péter)
Obskurus vérzések a gasztrointesztinális traktusban (Kristóf Tünde)

13.20 14.00

Üléselnökök: Banai János, Pap Ákos

Dupla ballonos endoszkópia (Papp János)
Argon plazma használata polypectomia során (Novák János)

2007. június 5. 12.40-13.20

Üléselnökök: Rácz István, Simon László

Kapszula endoszkópia újdonságai (Pák Gábor)
IBD-carcinoma, surveillance-profilaxis (Bene László)

13.00-14.00

Üléselnökök: Gyökeres Tibor, Újszászy László

Profilaktikus pancreas stent ERCP kapcsán (Madácsy László)
A hasi szervek keringési zavarai, akut hasi katasztrófák (Demeter Pál)

49. Nagygyűlés

49th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology**ELŐADÁSKIVONATOK***Abstracts
of Lectures and Posters*

2007.

Tihany, 01 - 06 June, 2007.
Tihany, CLUB TIHANY, HungaryELNÖK
PRESIDENT**Rácz István**FŐTITKÁR
SECRETARY-GENERAL**Hunyady Béla**ÜGYVEZETŐ
IGAZGATÓ**Szalay Ferenc****A bíráló bizottság tagjai**

Dr. Altorjay István

Dr. Arató András

Dr. Banai János

Dr. Bálint András

Dr. Bene László

Dr. Döbrönte Zoltán

Dr. Figler Mária

Dr. Gyökeres Tibor

Dr. Harsányi László

Dr. Király Ágnes

Kokas Marianna

Kormosné Török Éva

Dr. Lakatos László

Dr. Lakatos Péter László

Dr. Madácsy László

Dr. Magyar Anna

Dr. Molnár Tamás

Dr. Mózsik Gyula

Dr. Nagy Ferenc

Dr. Pap Ákos

Dr. Pár Alajos

Dr. Rácz István

Dr. Szalay Ferenc

Dr. Szebeni Ágnes

Dr. Székely György

Dr. Szőnyi László

Dr. Takács Tamás

Dr. Tihanyi Tibor

Dr. Tornai István

Dr. Tulassay Zsolt

Dr. Varga Gábor

Dr. Wittmann Tibor

1.

FAMILIAL AUTOINFLAMMATORY SYNDROMES IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC ABDOMINAL PAIN

Acél P.¹, Sütő G.², Kellermayer R.³, Király Á.¹ ³rd Dept. of Medicine, Medical University of Pécs, Pécs, Hungary ¹, Dept. of Rheumatology and Immunology, Medical University of Pécs, Pécs, Hungary ², Dept. of Genet., Medical University of Pécs, Pécs, Hungary ³

Familial autoinflammatory syndromes, including familial Mediterranean fever, are recently recognized group of disorders characterized by seemingly unprovoked inflammation but lacking high-titer autoantibodies. Genetic and clinical tools are improving the ability of the clinician to better approach patients with periodic fever and inflammation. The pathogenesis of many of these diseases are now understood to involve different aspects of a common pathway, largely affecting inflammatory cascades related to IL-1 or tumor necrosis factor- α (TNF- α). Here we report two cases, where patients were presented with periodic abdominal pain, fever, signs of polyserositis and arthritis. IBD, malignancy, porphyria, systemic autoimmune diseases, infection and lead intoxication were excluded. Both patients formerly underwent cholecystectomy and appendectomy during an acute phase without any effect on recurrent complaints. Erythrocyte sedimentation rate, serum CRP and TNF- α levels were found to be increased during acute phase. We have found familiarity in one case where the patient's daughter developed the same symptoms. MEFV (Mediterranean fever) gene mutation was found to be positive in 70-80 % of the cases, however, our patients presented were negative for the syndrome. We propose an algorithm for the evaluation of a patient with periodic fever, taking into account the patient's age, ethnicity, symptoms and signs, and results of laboratory and genetic testing.

3.

ENDOGENOUS OPIOIDS MAY MEDIATE THE CENTRALLY-INDUCED GASTROPROTECTIVE ACTION OF NOCICEPTIN AND NOCISTATIN

Aricó G.³, Zádori Z.¹, Shujaa N.¹, Tekes K.², Gyires K.¹ Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, Dept. of Pharmacodynamics, Faculty of Pharmacy, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², Dept. of Pharmaceutical Sciences - Pharmacology Section, Faculty of Pharmacy, University of Catania, Italy ³

Background: Nociceptin/Orphanin FQ (Noc) and Nocistatin (NS) are two neuropeptides derived from the same precursor protein, pre-pro-Nociceptin (Okuda-Ashitaka and Seiji, 2000). Noc is considered to be the endogenous ligand of the NOP receptor, which exhibits marked structural analogy with the other classic opioid receptors. However, Noc lacks the N-terminal tyrosine necessary for the activation of the opioid receptors, and its effects are usually not reversed by naloxone. Central and peripheral administration of the Noc has been reported to exert multiple effects in the gastrointestinal (GI) tract, for example it has been shown that Noc protects against gastric mucosal damage induced by ethanol (Morini et al., 2002), stimulates gastric acid secretion (Ishihara et al., 2002) and modulates gastrointestinal propulsive activity in the rat (Broccardo et al., 2004). However, data in the literature on the antagonist effect of naloxone on Noc-induced GI actions are contradictory.

Aims: 1. To compare the gastroprotective effects of Noc and NS. 2. To analyse whether an opioid component is involved in their gastroprotective effect.

Methods: Gastric mucosal damage was induced by acidified absolute ethanol in rats. The compounds were given intracerebroventricularly (i.c.v.).

Results: Both Noc and NS induced gastroprotective effect in the doses of 2 μ g/rat i.c.v. However, higher doses (10 μ g/rat i.c.v.) failed to reduce the ethanol-induced mucosal lesions in a significant manner. The effect of both neuropeptides was reduced by naloxone (10 μ g/rat i.c.v.), the delta-opioid receptor antagonist naltrindole (2.2 μ g/rat i.c.v.) and the kappa-opioid receptor antagonist norbinaltorphimine (10 μ g/rat i.c.v.).

Conclusion: Both Noc and NS initiate centrally a series of events which result in gastric mucosal defense. The gastroprotective effect of Noc and NS was naloxone-sensitive, and both delta and kappa-opioid receptors may be involved in the action. The work was supported by ETT Grant 529

2.

BIDIRECTIONAL INTERACTIONS OF THE NERVE TERMINALS AND IMMUNOCOMPETENT CELLS IN DIABETIC RATS' SMALL INTESTINE

Altdorfer K., Pongor É., Batbayar B., Fehér E. Dept. of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Background: Increasing evidence indicates that the different neuropeptide-containing nerve elements are involved in the immune system and influence the inflammation of the gastrointestinal tract. The **aim** was to investigate the morphological localization and distribution of the different immunoreactive (IR) nerve fibers and immunocompetent cells in the small intestine and compare with data from streptozotocin induced diabetic rats.

Materials and methods: The different nerve elements were detected by ABC immunohistochemistry.

Results: The IR nerve fibres were found in all layers but with different densities. These IR nerve fibers were mainly located beneath the epithelial lining, around blood vessels, and among the crypts of Lieberkühn. Some of them were also found in close association with the immunocytes. After one week of treatment the total number of IR nerve fibres was slightly decreased, however, after two and four weeks the total number of IR nerve fibres was increased. The density of Substance P (SP) IR nerve fibres was even higher than that of the control group. Close contact between the IR nerve fibres and immunocompetent cells were statistically even more increased. Some of the immunocompetent cells showed also immunoreactivity for SP and neuropeptide Y (NPY).

Conclusions: These neuropeptide containing nerve fibres might be involved in neuroimmunomodulation, because the investigated neuropeptides are known to be immunoregulators. The immune cells synthesize, store and release these neuropeptides acting in an autocrine/paracrine manner to other immunocytes as well as to the nerve terminals.

4.

SYNCUMAR KEZELÉS ÉS TÁPLÁLKOZÁS

B. Müller K.¹, Tóth J.¹, Figler M.², PTE ETK Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet, Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék Pécs ¹, PTE OEKK KK I. Begyógyászati Klinika Pécs ²,

Bevezetés: A tromboembóliás megbetegedések száma évről évre növekszik, így egyre több ember részesül antikoaguláns kezelésben. A Syncumar terápia nagy odafigyelést, pontos adagolást és rendszeres ellenőrzést igényel. A terápia sikeressége két fontos tényezőtől függ: a Syncumar helyes adagolásától, illetve az elfogyasztott táplálékok K-vitamin tartalmától. Mivel a Syncumar a vérőrg kialakulásának veszélyét a K-vitamin hatásának ellensúlyozásán keresztül csökkenti, a megengedettnél magasabb K-vitamin bevitel fokozott véralvadékonyságot okozhat.

Célkitűzés: Célunk volt felmérni a Syncumart szedő betegek táplálkozási szokásait és tájékozottságukat a gyógyszer szedése és a táplálkozás közötti összefüggésről.

Anyag és módszer: Vizsgálatunkat egészségügyi intézményekben fekvő, kontrollvizsgálaton megjelenő és gyógyszerterápiában Syncumart kiváltó betegek körében végeztük kérdőíves módszerrel. 123 db, 42 kérdésből álló táplálkozással kapcsolatos kérdőívet töltöttünk ki, személyes kikérdezéssel, és értékeltük a kapott eredményeket.

Eredmények: Sokan nem kapnak tájékoztatást, vagy nem érzik súlyát annak hogy a magas K-vitamin tartalmú ételek fogyasztására figyeljenek, így kevesen táplálkoznak helyesen. Szignifikánsan kevesen, csak 33-an figyelnek tudatosan étkezésükre. A megkérdezettek közül többen nem ismerik vércsoportjukat (34 fő), és a többség (85 fő) nem hord magánál igazolást a Syncumar szedéséről. A rendszeres ellenőrzést valamennyien fontosnak érzik és a gyógyszer szedésének időpontját is betartják.

Következtetés: Mivel a gyógyszer hatása függ az elfogyasztott táplálékok összetételétől nagyobb hangsúlyt kell fektetni a Syncumart szedő betegek táplálkozásának rendszeres ellenőrzésére is. Elengedhetetlen, hogy a Syncumar adag beállítása során a kórházban minden beteg találkozzon dietetikussal, s tőle szakszerű szóbeli és írásos tájékoztatásban részesüljön. Fontos a betegekben a felelősségérzet kialakítása diétájuk betartásával kapcsolatban.

5.

ENDOSCOPOS BEAVATKOZÁSOK SORÁN FELLÉPŐ, NEM VÁRT ESEMÉNYEK TECHNIKAI MEGOLDÁSA

Bábics I., Vincze L., Földiné Kiss G., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia

Endoscopos laboratóriumunkban évente kb. 6000 vizsgálatot végzünk, közülük 4, technikailag érdekes esetet kívánunk bemutatni.

1. Á.A. 50 éves, férfitbeteg. Cholecystectomy előtt, biliaris pancreatitisre jellemző kép miatt, ERCP-t, EST-t végeztünk. EST végzése közben a papillotom vágóhúrja (kb. 3 cm-es drót) leválik. Az idegentest eltávolításának módját mutatjuk be esetünk kapcsán.

2. R.M.-né 71 éves nőbeteg. Mechanicus icterus miatt ERCP-t, EST-t végeztünk. Az endoscopos kép Vater papilla tumorra és choledochus (cele) utaló képet mutatott. Az epefolyás biztosítására 3 db 10 Fr-es, 7 és 5 cm-es plastic stentet helyeztünk be. A behelyezés során előforduló technikai nehézséget és annak megoldását mutatjuk be.

3. ROT-NET háló alkalmazása, eltávolított polypok és idegentest kivételénél.

4. Nagyméretű sigma polyp endoscopos eltávolítása előtt endo-loopot helyeztünk fel a polyp nyelére. Az endo-loop rakó meghibásodása miatt, a loopot nem tudtunk elengedni, a loop rakót nem tudtuk eltávolítani a betegből. Bemutatjuk technikai kísérleteinket a loop eltávolítására.

7.

CAUSES AND COMPLICATIONS OF MULTIPLE REPEATED ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMIES

Bak M., Burai M., Gyökeres T., Pap Á., Dept. of Gastroenterology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary

There is little information on the background of repeated endoscopic sphincterotomies (re-EST). We have examined frequency and background of complications of re-EST in our tertiary endoscopic center.

Patients and method: Between 1999 and 2004, we retrospectively investigated the medical records of patients who underwent endoscopic retrograde choledochopancreatography (ERCP) with several (two or more) re-EST-s.

Results: During the 6 years there were 6504 ERCPs including 1689 cases of EST and 266 cases of re-EST with the following etiologies: adenoma of the papilla: 34.2%, choledocholithiasis: 28.2%, chronic calcifying pancreatitis: 12.0%, previous incomplete EST: 5.6%, papillitis: 3.1%, acute pancreatitis: 2.6%, pancreatic tumor: 2.6%, gallbladder tumor: 1.9%, papillary sclerosis: 1.5%, choledochus tumor: 1.5%, tumor of the papilla: 0.8%. The number of patients who repeatedly (twice or more) underwent re-EST was 29. In these cases re-EST was performed 76 times (with an average of 2.6 per patient). The most frequent reasons for re-EST were: choledocholithiasis: 33 (43.2%), papillary adenoma: 29 (38.2%), papilla restenosis of unknown origin: 9 (11.8%), cholangitis: 6 (7.9%), juxtapapillary diverticula: 5 (6.6%), previous incomplete EST: 4 (5.3%), papillary sclerosis: 4 (5.3%), chronic calcifying pancreatitis: 2 (2.6%), choledochus stricture: 2 (2.6%), mucin producing neo plasma: 2 (2.6%), pancreatic carcinoma: 2 (2.6%), papillitis: 2 (2.6%) and acute pancreatitis: 1 (1.3%). The following complications were found in 25% of all re-EST-s bleeding (no transfusion required): 8 (10.5%), cholangitis: 7 (9.2%), pancreatitis: 2 (2.6%), hepatic abscess: 1 (1.3%), choledochus stricture: 1 (1.3%).

Summary: In the examined population of patients (including difficult cases of several hospitals) re-EST was required mostly in cases of choledocholithiasis, adenoma of the papilla and restenosis of unknown origin. Most frequent complications were minor bleedings, cholangitis and pancreatitis. A sufficient length of the primary sphincterotomy probably prevents restenosis of the papilla.

6.

COELIAKIÁS BETEGEK GONDOZÁSA SORÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK

Bajor J., Kovalecsik Z., Török Z., Beró T., Baranya Megyei Kórház Pécs, Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály

Az elmúlt 4 évben gasztroenterológiai szakrendelésünkön 107 coeliakiás beteget vettünk gondozásba. A lisztérzékenység lehetősége a betegek egy részében típusos vagy atípusos gastrointestinális tünetek, másoknál extraintestinális manifesztáció vagy társuló kórkép alapján merült fel. Néhány esetben családszűrés során igazolódott a gluténszenzitív enteropathia.

Módszer: a lisztérzékenység gyanúját szerológiai és szövettani vizsgálattal igazoljuk. A beteget gondozásba vesszük, diétás oktatást követően a helyileg jól működő Lisztérzékeny Csoporthoz irányítjuk. Lehetőség szerint minden betegnél elvégezzük a HLA DQ vizsgálatot, DEXA vizsgálatot, családszűrést és feltérképezzük a társbetegségeket. A betegség aktivitását és a diétás compliance-t szerológiai vizsgálattal monitorozzuk. A diéta bevezetését követően fél évvel a betegek életminőségét kezdővizsgálattal mérjük fel.

Eredmények: az elmúlt években az alapellátás és a társbetegségek bevonásával fokozott figyelmet fordítottunk a coeliakiás betegek felkutatására. A szerteágazó tünetek miatt sokszor még ma is évek, sokszor évtizedek telnek el a betegség felismeréséig, amikor a kialakult szövődmények már nem, vagy alig befolyásolhatók. A szerológiai tesztek szélesebb körű alkalmazása, a rizikócsoportok szűrése lehetőséget ad a „coeliakiás jéghegy” felderítésére. Eredményeinket irodalmi adatokkal hasonlítjuk össze.

8.

PER VIAS NATURALES ÉS PER CUTAN BEHELYEZETT ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTEK SZEREPE A MALIGNUS TÁPCSATORNAI OBSTRUKCIÓK ELLÁTÁSÁBAN.

Bánsághi Z.,¹ Fülöp C.,² Tóth A.,¹ Mester T.,¹ Főv. Önk. Péterfy S. utcai Kh. Röntgen Osztály,¹ Főv. Önk. Péterfy S. utcai Kh. E. belgyógyászat/Gasztroenterológia,²

Cél: Magyarországon évente közel 7500 tápcsatornai daganat kerül felismerésre. A daganatok harmadánál a diagnózis felállításakor már valamilyen fokú passage akadály áll fenn.

A subileus-ileus állapotában érkező, kivizsgálatlan és műtétileg nem előkészített betegnél igen nagy műtéti szövődménnyel (kb. 27%-os intra- és perioperatív mortalitással illetve 50% os morbiditással) kell számolnunk!

Előadásunkban az ilyen esetekben használt fém stentekkel szerzett 5 éves tapasztalatainkról számolunk be az eredmények utólagos elemzése alapján.

Eszköz: A fenti időszakban 15 betegnél ültettünk be 17 db. tápcsatornai stentet. Ebből 11 esetben természetes testnyíláson át, míg 1 alkalommal percután gastrostomán keresztül és 1 alkalommal percutan Wirsung punkción át, 2 betegnél a nyelőcsőbe, 1 alkalommal a gyomorba, 3 esetben a duodenumba, 7 alkalommal a colonba míg 1 esetben a rectumba, 1 esetben pedig a Wirsungba implantáltuk a stentet.

Módszer: A beültetés minden esetben vezetődróton át röntgen átvilágítás mellett történt, 2 alkalommal endoszkópos drótfelvezetéssel. Postprocedurális iv. antibiotikum vagy érzéstelenítő adására csak a percután beültetéseknél volt.

Eredmények: A beültetés minden esetben technikailag sikeres volt. Haláleset nem volt, de egy esetben következmények nélküli, fedett bélruptura alakult ki ballonos utántágitást követően. A 15 betegből 3 alkalommal a stentbeültetést electiv resectio követte (bridge stenting), 9 alkalommal a stent végleges palliációt jelentett. A stentek átlagos bent maradási ideje 58 nap (1-160). Stent migráció vagy elzáródás nem volt. A beavatkozások átlagos hossza 38 perc (13-125)

Összefoglalás: A tápcsatornai stentek beültetése során szerzett tapasztalataink és kezdeti eredményeink azonosak a nemzetközi irodalomban közölt eredményekkel. A módszer minimálisan invazív, legtöbbször könnyen kivitelezhető és a sürgősségi műtétet minden esetben ki kellene váltania.

Következtetés: A fentiek alapján a módszer magyarországi elterjedése és használatát serkentő finanszírozás volna kívánatos.

9.

NAGY PARARECTALIS MYOFIBROMA ELTÁVOLÍTÁSA PERINEALIS FELTÁRÁSBÓL

Baradnay G.,¹ Márton J.,¹ Varga L.,¹ Ormos J.,² Lázár G.,¹ Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem, Pathologia Intézet, Szeged²,

Esetismertetés: Szerzők 48 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél ritka, pararectalis lokalizációjú tumor okozott kismencedei kompressziós tüneteket. Per rectum digitális vizsgálattal lumenbe domborodó térfoglaló folyamat volt tapintható. Kivizsgálása során bal oldali, 11x 8 x 5 cm-es infraperitonealis tumor igazolódott, amelyet a praeoperatív biopsia szövettani feldolgozása benignus myofibromaként azonosított. A tumor perinealis feltárásból került teljes eltávolításra, rectum resectiora nem volt szükség. A beteg zavartalan postoperatív szak után távozott. Utánkövetésre során recidiva nem igazolódott, continentia zavar nem jelentkezett.

Következtetés: A pararectalis lokalizációjú tumorok ritkák, malignusak és benignusak egyaránt lehetnek, leginkább teratomák, rhabdomyosarcomák, lipomák és leiomyomák, valamint endometriosis göbök fordulnak elő. A pontos képalkotó vizsgálat és preoperatív szövettani mintavétel elengedhetetlen a műtéti behatolás és kiterjesztés megtervezéséhez.

11.

ENDOGENOUS OPIOIDS MAY MEDIATE THE CENTRALLY-INDUCED GASTROPROTECTIVE ACTION OF NOCICEPTIN AND NOCISTATIN

Aricó G.,³ Zádori Z.,¹ Shujaa N.,¹ Tekes K.,² Gyires K.,¹ Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Pharmacodynamics, Faculty of Pharmacy, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Dept. of Pharmaceutical Sciences - Pharmacology Section, Faculty of Pharmacy, University of Catania, Italy³

Background: Nociceptin/Orphanin FQ (Noc) and Nocistatin (NS) are two neuropeptides derived from the same precursor protein, pre-pro-Nociceptin (Okuda-Ashtaka and Seiji, 2000). Noc is considered to be the endogenous ligand of the NOP receptor, which exhibits marked structural analogy with the other classic opioid receptors. However, Noc lacks the N-terminal tyrosine necessary for the activation of the opioid receptors, and its effects are usually not reversed by naloxone. Central and peripheral administration of the Noc has been reported to exert multiple effects in the gastrointestinal (GI) tract, for example it has been shown that Noc protects against gastric mucosal damage induced by ethanol (Morini et al., 2002), stimulates gastric acid secretion (Ishihara et al., 2002) and modulates gastrointestinal propulsive activity in the rat (Broccardo et al., 2004). However, data in the literature on the antagonist effect of naloxone on Noc-induced GI actions are contradictory.

Aims: 1. To compare the gastroprotective effects of Noc and NS. 2. To analyse whether an opioid component is involved in their gastroprotective effect. **Methods:** Gastric mucosal damage was induced by acidified absolute ethanol in rats. The compounds were given intracerebroventricularly (i.c.v.). **Results:** Both Noc and NS induced gastroprotective effect in the doses of 2 µg/rat i.c.v. However, higher doses (10 µg/rat i.c.v.) failed to reduce the ethanol-induced mucosal lesions in a significant manner. The effect of both neuropeptides was reduced by naloxone (10 µg/rat i.c.v.), the delta-opioid receptor antagonist naltrindole (2.2 µg/rat i.c.v.) and the kappa-opioid receptor antagonist norbinaltorphimine (10 µg/rat i.c.v.).

Conclusion: Both Noc and NS initiate centrally a series of events which result in gastric mucosal defense. The gastroprotective effect of Noc and NS was naloxone-sensitive, and both delta and kappa-opioid receptors may be involved in the action. The work was supported by ETT Grant 529

10.

THE CHANGE IN THE LEVELS OF CYTOKINES AND GROWTH FACTORS IN HEALTHY YOUNG ADULTS AFTER REGULAR RED WINE CONSUMPTION

Bekő G.,¹ Csák T.,² Hagymási K.,³ Osztovits J.,² Visnyei Z.,² Bányai É.,⁴ Blázovics A.,³ Central Laboratory (Pest), Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Corvinus University, Budapest, Hungary⁴

Objective: Women are significantly more sensitive to the oxidative stress caused by alcohol and their risk of liver cirrhosis is three times higher compared to men. Low level alcohol input does not induce the CYP2E1, but as a result of high level alcohol consumption the isoenzyme level gets highly synthesized. The induction of CYP2E1 has an impact on the oxidative destruction of the liver. Our **aim** was to examine the changes of 9 cytokine and 3 growth factor levels after regular red wine consumption in healthy young adults. **Patients and methods:** Serum samples of 10 men and 9 women (aged 20-25 yrs) were measured before and after red wine consumption (men:3dl/day; women:2dl/day; for a month). Evidence Biochip Array Analyzer was applied to quantify serum levels of IL-1α, IL-1β, IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF-α, IFN-γ, VEGF, MCP-1, EGF levels and 29 other routine chemical parameters. **Results:** In the case of routine parameters no significant difference was found between male and female samples before and after red wine consumption. Concerning the cytokine panel, in female samples, the IL-1α and the growth factors showed a significant increase, while in the male samples only the TNF-α increased. The IL-1α, IL-8, EGF and VEGF decreased (even if their initial value was higher in males) and the IL-1β, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IFN-γ remained constant. **Conclusion:** One-month regular red wine input already influenced the immune-system of the organism, and that of females reacted more sensitively even to the input of a small amount. It is useful for Hungarians to recognize the early immune changes that can lead to liver damages, because of the genetic polymorphism

The work was supported by NKFP 1B/047, ETT 012/2006

12.

BLEEDING FROM THE PAPILLA VATERI - RARE FORM OF GASTROINTESTINAL BLEEDING

Bertha L.,¹ Iványi A.,¹ Schäfer E.,² Gyökerez T.,² Pap Á.,² Bodrogi L.,³ Dorozs A.,⁴ Bursics A.,¹ Surgical Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary¹, Gastroenterological Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary², MÁV Hospital IMC, Budapest, Hungary³, Transplantation Dept., Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Introduction: Bleeding through the papilla Vateri is a rare and insidiously occurring type of gastrointestinal bleeding. The correct diagnosis is difficult thus the therapy is hindered. In chronic pancreatitis pseudoaneurysm can develop if a pancreatic vessel is damaged by the growing pseudocyst. Such bleeding may lead to a life threatening condition, thus necessitating urgent diagnostic and therapeutic measures.

Case report: We report on the case of a 52 year old man, who was acutely admitted to our hospital for epigastric pain and gastrointestinal bleeding. He had unstable circulation and his haemoglobin level was 5.2 g/dl. Urgent gastroscopy revealed bleeding through the papilla Vateri. Abdominal US described enlarged pancreas with cystic lesions in the head. Doppler did not show turbulence in the cysts. Angio CT described a pseudoaneurysm in the head of the pancreas with possible bleeding from a branch of the superior mesenteric artery. Angiography proved the diagnosis and embolisation of the bleeding artery was performed. Some days later the bleeding recurred and was treated conservatively. We performed a scheduled operation where we found the pseudoaneurysm. A cysto-jejunostomy was done. After uneventful recovery the patient was discharged with no further bleeding on the 8th postoperative day.

Conclusion: Bleeding can be a rare, but life threatening complication of chronic pancreatitis. Radiological intervention can be of use but in case of failure surgery remains the therapy of choice.

13.

A PANCREASRÁK KLINIKOPATOLÓGIAI JELLEGZETES-SÉGEINEK VIZSGÁLATA INTÉZETÜNK 60 ÉVES BONCO-LÁSI ANYAGÁNAK TÜKRÉBEN

Blastik M., Plaveczi É., Zalatnai A., Semmelweis Egyetem ÁOK, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

Bevezetés/célkitűzés: A pancreasrák hazai nagy gyakorisága az egyik legnagyobb kihívást jelenti a gastroenterológiai onkológia számára. Nem ismert azonban, hogy ennek hátterében mennyi szerepe van a daganat klinikopatológiai sajátosságainak, ezért ebből a szempontból elemeztük intézetünk elmúlt 60 éves sectios anyagát.

Betegek/módszerek: Áttekintettük az 1947 - 2006. között meghalt pancreasrákos betegek boncjegyzőkönyveit, 10 éves bontásokban elemeztük a klinikai adatokat, és a boncolási leleteket. A daganatokat a legújabb WHO beosztás szerint reklasszifikáltuk.

Eredmények: A fenti időszak alatt 426 pancreasrákos esetet találtunk, köztük enyhe férfi túlsúly volt megfigyelhető. Az életkori megoszlás lényegében hasonló volt, csak enyhe emelkedést mutatott. A diagnózistól a haláláig eltelt idő a kezdeti időszak 2,1 hónapjáról 5,1 hónapra emelkedett. A leghosszabb túlélések ennek megfelelően 12, ill. 36 hónapnak bizonyultak. Lokalizáció szerint minden időperiódusban a fej carcinomái domináltak (60-70%), de a fenti időszakban a test/farok arányban enyhe eltolódás mutatkozott a farki tumorok javára. 1977-től kezdődően a metastasisok aránya mintegy a felére csökkent a korábbiakhoz képest. Meglepően magas viszont (4-5 %) a csontba adott áttétek aránya. Jelentősen csökkent a csak palliativában részesülő betegek aránya, azonban definitív műtét még az utóbbi években is csak 5 % körül mozgott. Külön vizsgáltuk a halálokokat is, és azt találtuk, hogy emelkedett a daganat következtében elhunytak aránya, míg a tumortól független halálokok arányában lényeges eltérést nem láttunk. Ugyanakkor enyhe csökkenés figyelhető meg a T3-T4 stádiumú daganatok arányában.

Következtetés: Az adatok az elmúlt időszakban bekövetkezett jobb diagnosztikus és terápiás lehetőségeket tükrözik, azonban a reszekált betegek aránya így is alacsony. Bár az előrehaladott pancreasrákos betegek aránya enyhén csökkent, a daganat következtében meghaltak aránya viszont emelkedett, ez arra utal, hogy a hasnyálmirigyrák biológiai viselkedése a fenti időszakban megváltozott, agresszívabbá vált.

15.

GIST

Bóka B.,¹ Székely G.,¹ Vadinszky G.,² Kiss S.,² Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály,¹ Szent János Kórház Sebészeti Osztály,²

Ever since GIST has become a disease entity in its own right, it is still only discovered either as a contingency, or diagnosed due to a serious complication. The treatment continues to be surgery but since the introduction of treatment with first imatinib and later sunitinib, the previously high post-surgical mortality as well as the high mortality in absence of surgery have shown a significant drop. For assessing its malignancy and treatability, determination of the gene cKIT has been added to the earlier size and HPF number.

For follow-up and recidiva control, in addition to the abdominal UH, RTG, and CT procedures employed in the past, the more and more widespread PETCT seems to be the most useful, although the latter has not internationally accepted protocol yet for the recommended time intervals.

Case Report: A 50 year old female was admitted with severe anemia and a steady flow of bloody stool requiring 8 E transfusions. Oesophagogastroduodenoscopy and colonoscopy were performed, no bleeding source was found. There was no time for capsule endoscopy. As the success rate of isotope survey is well known to be low, angioCT was performed. The outcome proved to be of great help in localizing the source of the bleeding in the patient who was then surgically operated on. In the course of the operation a growth of size 10 cm was removed. Histological processing showed a high mitosis /5-7/30 HPF/; positive CD117 and CD34; exonanalysis confirmed the presence of cKIT 11 (consequently, good therapeutic effect can be expected for treatment with Glivec. Two months after the surgical operation PETCT was done, the findings indicated the necessity for further exploration, whereby 8 terimes were removed from the spot indicated as diseased. The histological examination found all of these to be reactive lymph nodes. The following questions pose themselves in the clinician's mind: 1) What percent of false positives can be expected from the PETCT? 2) Can and when can the treatment with imatinib begin in case of positive PETCT but where the patient can not be operated on again for some reason?

14.

DECREASED HCHO POOL MEASURED IN ERYTHROCYTES IN COLORECTAL CANCER PATIENTS AFTER COLECTOMY

Blázovics A.,¹ Szilvás Á.,² Székely G.,² Székely E.,³ Czabai G.,⁴ Sárdi É.,⁵ 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, St. János Hospital, Budapest, Hungary², Central Hospital of the Hungarian State Railways, Budapest, Hungary³, Diachem Kft.,⁴ Corvinus University, Budapest, Hungary⁵

Introduction: In neoplasia "methylation imbalance" can be observed. Hypomethylation is accompanied by localized hypermethylation. HCHO can be formed through methylating, demethylating and transmethylation reactions. Data show the importance of HCHO in proliferative as well as apoptotic processes and in the methylation of heme. Free protoporphyrin (FPP) can be observed in cancer and it has pro- and antioxidant properties with concentration dependence. The **aims:** to determine the HCHO and FPP concentrations of erythrocytes in colorectal cancer after colectomy and to establish the therapeutic effectiveness in the tumor. **Patients and methods:** Randomly chosen 25 adult patients, 5-10 years following a colectomy and 9 healthy volunteers were enrolled in this study. Tumour markers (CEA, CA 19-9, AFP), redox parameters (total scavenger capacity (TSC), H-donating ability (HDON), reducing power (RP), free SH-group (FSHG) in plasma SOD, GSHPx activities, HbA1c, HCHO and FPP concentrations were measured in the erythrocytes. **Results:** HCHO concentration was significantly lower in patients following a colectomy than in controls. FPP concentration was very low in patients without metastasis, but in metastasis its concentration was significant. HDON and RP were found to change parallel in the plasma and indirectly with the chemiluminescence intensity. The erythrocyte TSC was significantly lower in colectomy patients. HbA1c level was moderately high in operated patients. **Conclusion:** Significant changes in erythrocyte function can be observed in cancerous processes. Low HCHO, high FPP concentrations of erythrocytes, and the low TSC are very important indices in cancer process. Supports: NKFP 1B/047; ETT 12/2006 projects.

16.

PANCREAS DIVISUM MELLETT MEGJELENŐ PRIMER ÉS SECUNDER PAPILLA ADENOMA EGYÜTTES ENDOSCOPOS PAPILLECTOMIÁJA – ESETISMERTETÉS

Bördös A., Gyökerez T., Schäfer E., Burai M., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászati Osztály

Bevezetés: Régóta vita tárgya a minor és a major Vater papilla premalignus átalakulásának preventív megoldása. Az utóbbi években nyilvánvalóvá vált, hogy az endoscopos papillectomia biztonságos hosszú távú megoldás. Radikális sebészeti excízió – malignizálódás vagy intraductális növekedés esetén - szükséges.

Esetbemutató: 54 éves férfi beteg bal bordaív alatti fájdalommal jelentkezett. ERCP vizsgálat során pancreas divisum, a primer és secunder papilla adenomák elváltozásait találtuk. Első lépésben a minor papillán biopsia, papillotomia, 8F drain implantáció, majd a major papilla papillectomiája történt. Histológiai vizsgálat eredménye mindkét esetben tubuláris adenomát igazolt. Négy hónappal később a secunder papilla ectomiáját végeztük el, amelynek szövettana tubulovillosus adenoma lett éppen eltávolítva. A közben spontán távozó, dorsalis endopancraticus drain után ismét 10F stent beültetésre került sor. Két hónap múlva a minor papillán át újabb 8F drain behelyezés történt a restenosis megelőzése céljából. Az 5 hónapos dupladrén drainage-t követően a stenteket eltávolítottuk. Recidív adenomát 8 hónapos követési idő alatt nem tapasztaltunk, sem a primer, sem a secunder papilla helyén.

Összefoglalás: A primer és secunder papilla együttes adenomája igen ritka elváltozás, endoscopos eltávolításukról nem találtunk adatokat. Munkacsoportunk célja, papilla adenomás beteganyagunk követése, az endoscopos papillectomia hosszú távú eredményeinek feldolgozása különös tekintettel a mindkét papillán együttesen keletkező adenomákra. A közös pathomechanizmusként felmerül a nyomás emelkedés és a pancreato biliaris secretum daganatkeltő hatásának együttes szerepe és az időben elvégzett papillotomia preventív hatása.

17.

ENDOSCOPOS BEAVATKOZÁSOK A KISPAJILLÁN KERESZTÜL

Burai M., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

Bevezetés: a minor papillán (kispapillán) át végzett endoszkopos beavatkozások gyakran nehéz feladatot jelentenek. A fő indikáció a pancreas divisum akut recidiváló vagy krónikus pancreatitissel. Újabban akkor is alkalmazzák az eljárást, ha a főpapilla kanülálása lehetetlen, és a pancreas vezetékét szeretnék elérni endoszkopos úton.

Betegek és módszer: az utóbbi 5 évben 15 betegben végeztünk endoszkopos beavatkozást a kispapillán. A 13 férfi és 2 nő átlag életkora 56 (30-62) év volt. Korábbi pancreas sebészeti beavatkozást 6 betegben végeztek, megelőzően 3 betegben történt endoszkopos terápia. Az ERCP elvégzésének indikációi voltak: fájdalom 14, súlyos testsúlycsökkenés 4, sárgaság 3, pancreatogen ascites 1 betegben. Két betegnek pancreas divisuma volt, a többiek súlyos krónikus calcifikáló pancreatitissel szennyeztek, amely elzárta a fő pancreas vezetékét. Első lépésként endoszkopos pancreas sphinterotomiát végeztünk tűkessel a sekunder papillán 12 betegben. 3 betegben a kispapilla kanülálása sikertelen maradt, kettőben még elővágást követően is. Enyhe és közepes fokú szövődmenyt 4 betegben figyeltünk meg. A betegek átlagosan 4 (1-12) ERCP-n estek át.

Eredmények: a pancreas vezetékbe köveket távolítottunk el 5 betegben, és nasopancreaticus katétert helyeztünk be a kispapillán át citrátos mosás céljából 8 betegben. Végül 7-10 French átmérőjű teflon draint helyeztünk a dorsalis vezetékbe 9 betegben. A kispapillán keresztüli stentelés átlagos időtartama 2,5 hónap volt. 14 beteget követtünk átlagosan 27 (1-60) hónapon át. 11 beteg (78,6%) jól van, tüneteinek ismételt megjelenése nélkül, 1 beteg újabb endoszkopos kezelésre szorult, 2 beteg került sebészeti műtetre, egyikük meghalt.

Összefoglalás: a mellékpapillán végzett endoszkopos terápia sikeres lehet krónikus pancreatitissel és pancreas divisumban is. Többféle endoszkopos kezelési módszer kombinálásával hosszútávon kielégítő eredmény érhető el.

19.

SURGERY FOR LIVER AND BILIARY LESIONS AT OUR DEPARTMENT BETWEEN 2005 AND 2006

Bursics A.¹, Pap Á.², Köveskúti Á.¹, Varga G.¹, Pörncz B.¹ Surgical Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary¹, MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary²

Introduction: Authors evaluate the experiences gained with liver and biliary tract surgery between June 2005 and December 2006.

Patients: During the last 18 months 20 patients were operated for liver or biliary tract lesion at our department. 5 of these were benign whereas 15 were malignant. Amongst the malignant cases 6 were in the gallbladder, 3 Klatskin and 6 metastatic liver (colorectal, pulmonary, gynaecological) tumours. The benign cases were 1 echinococcal cyst, 1 liver adenoma and 3 haemangiomas.

Results and discussion: We performed 3 major anatomical resections: 2 right and 1 left hepatectomies due to metastatic tumours. Two patients had metastasectomies. We performed 3 nonanatomical resections for haemangiomas and 1 pericystectomy for echinococcal cyst. Two patients with Klatskin tumour had resection of the tumorous bile duct with hepato-jejunostomy. A 6 cm in diameter liver adenoma was accidentally recognised and laparoscopically resected during laparoscopic cholecystectomy. We treated 6 gallbladder tumours. 3 of those were T1 tumours accidentally diagnosed during the routine histological examination of the laparoscopic cholecystectomy specimens. We did segmental liver resection for 2 other gallbladder tumours. We had 3 patients (1 gallbladder, 1 Klatskin and 1 metastatic tumors) where the disease was technically and/or oncologically inoperable. We experienced one major complication which required reoperation, but we had no postoperative mortality.

Conclusion: Liver and biliary tract surgery seems to be feasible and safe at our department.

18.

KELL-E OPERÁLNI A GYOMOR LYMPHOMÁIT?

Buris L.¹, Sasi Szabó L.¹, Gergely L.², Sáp P.¹ DEOEC Sebészeti Intézet, Augusztai Sebészeti Központ¹, DEOEC III Belgyógyászati Klinika²,

Az extranodális Non-Hodgkin lymphomák (NHL) esetében a gastrointestinalis (GI) tractus a leggyakoribb lokalizáció. Histomorphologiai és immunhistochemiai jellemzők és a mucosa-asszociált nyirokszövet koncepciója (MALT) alapján a GI tractus primer lymphomáit ma külön entitásként tekintjük. A gyomor lymphomáinak nagy többsége extranodális marginalis zóna B-sejt lymphoma, vagy nagy malignitású MALT lymphoma, melyek az összes gyomordaganatok kb. 4%-át képezik. A korszerű chemo-, vagy chemoradiotherápia kiváló eredményeket tud felmutatni, sok tanulmány szerint jobb 5 éves túlélést biztosít, mint akár a chemoterápiával kombinált sebészeti resectio. Az életminőség tekintetében is kedvezőbb mutatók tapasztalhatók a nem-sebészeti kezelés eseteiben. Mindezeket figyelembe véve a műtéti kezelés napjainkban – joggal – háttérbe szorult, bár önmagában, vagy kombináltan ez is magas százalékban képes komplett remissziót és hosszútávú túlélést biztosítani. Jóllehet sok sebész a resectio műtétet továbbra sem veti el a gyomor korai stádiumú elsődleges lymphomái kezelésekként, saját tapasztalataink alapján is úgy gondoljuk, az operációnak elsősorban sürgősségi eseteknél, biztos szövettani lelet hiányában, vagy véletlen műtéti lelet esetében van létjogosultsága. Előrehaladott esetekben tumor-megkissebbítő céllal, vagy chemoresistentia esetén a resectio elfogadható, de egyéni mérlegelés igényel.

20.

THE HUNGARIAN EPIDEMIOLOGY OF CLARITHROMYCIN RESISTANCE IN HELICOBACTER PYLORI INFECTION

Buzás G.¹, Lotz G.², Kiss A.² Dept. Of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest, Hungary¹, 2nd Dept. of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Introduction: Clarithromycin is a main component of the eradication regimens for Helicobacter pylori infection.

Aims: The purpose of the study is the assessment of the current prevalence of clarithromycin resistance in our district and an overview of the Hungarian data.

Methods: A). From the patients examined at the Department of Gastroenterology of Ferencváros Health Center, biopsy samples were randomly selected from 238 cases. The presence of Helicobacter pylori was confirmed by the modified Giemsa stain and rapid urease test. The resistance to clarithromycin was determined by fluorescence in situ-hybridization. B) Hungarian articles and congress abstracts dealing with resistance to clarithromycin, published between 1995-2006 were reviewed and the data concerning the prevalence of resistance were extracted and analysed. C) The data concerning clarithromycin use since its introduction in 1993 were obtained from the National Institute of Pharmacology.

Results: A) The prevalence of primary clarithromycin resistance was 17.3%. The resistance was complete in 47.4% and partial in 52.6%. Secondary resistance in patients with known previous treatment with macrolides was 55.5%. There was a weak positive correlation between age ($r=0.15$), female gender ($r=0.10$) and smoking ($r=0.16$) and prevalence of resistance, while alcohol consumption, the diagnosis and histological severity of the infection did not influence it. B) Clarithromycin resistance was addressed in 8 papers, including a total of 775 cases. The prevalence of resistance determined by phenotypic methods was 3.9%, while fluorescence in situ-hybridization detected the resistance in 17.0% of the cases. Regional differences were also encountered. Secondary resistance was met in 55.5% using phenotypic and in 49.0% with genotypic methods. C) The use of clarithromycin increased fivefold between 1993-2005.

Discussion: The prevalence of clarithromycin resistance determined by genotypic method is increased as compared to the results of earlier phenotypic methods, which could be due to the more extensive use of macrolides.

21.

FIRST EXPERIENCE WITH ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION OF EARLY GASTRIC CANCER IN HUNGARY

Czakó L.¹, Szalóki T.², Tiszlavicz L.³, Németh I.³, Tóth V.⁴, Lonovics J.¹ ^{1st} Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Gastroenterology, Ödön Jávorszky Hospital, Vác, Hungary², Dept. of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Dept. of Pathology, Ödön Jávorszky Hospital, Vác, Hungary⁴

Background: Early gastric cancer (EGC) is defined as the state in which the tumor invasion is confined to the mucosa or submucosa. The 5-year survival rate of EGC is 96-99%. The incidence of EGC detection in Japan is nearly 60%, whereas in Hungary it is close to 0%. Histological examination of specimens obtained by forceps biopsy sampling of gastric polyps is of only limited accuracy, and their management on this basis is therefore controversial. **Aims:** The aims of this study were to evaluate the efficacy of endoscopic mucosal resection (EMR), to clarify difficulties encountered in the diagnosis of EGC, and to assess the value of forceps biopsy sampling in establishing the correct diagnosis revealed by EMR. **Patients:** 56 subjects with sessile gastric polyps of epithelial origin, at least 0.5 cm in diameter, and not associated with polyposis syndromes, were included. Following forceps biopsy sampling, EMR was performed with an inject-and-cut technique or with cap-fitted methods. The histological results on the forceps biopsy and the resected specimens were analyzed. **Results:** 6 EGCs were diagnosed on histological analysis of the 56 resected specimens. Only 2 of the 6 EGCs had been diagnosed previously by forceps biopsy. There was major disagreement between the histological results on the forceps biopsy specimens and the resected specimens in 4 cases. No complications such as perforation or massive bleeding necessitating surgical treatment were encountered. EMR was considered complete in 4 patients. In 2 cases, cancer cells were detected at the resection lines and further therapeutic intervention was needed (Nd YAG laser therapy and surgical resection). None of the EGCs recurred during the mean 70-month (8-128) follow-up. **Conclusions:** In selected cases, EMR is an effective and safe modality. Forceps biopsy is not fully representative of the entire lesion, and a simple biopsy may therefore lead to a faulty differentiation between neoplastic and non-neoplastic lesions. Sessile gastric polyps should be fully resected by EMR for a final diagnosis and possibly definitive treatment.

22.

ELEVATED PLASMA NOCICEPTIN (N/OFQ) LEVEL AND ALTERATION OF BRAIN N/OFQ SYSTEM IN EXPERIMENTALLY INDUCED CHOLESTASIS IN BILE DUCT LIGATED (BDL) RATS

Csák T.¹, Hantos M.², Horváth A.¹, Folhoffer A.¹, Osztoivits J.¹, Visnyei Zs.¹, Zalatnay A.³, Nagy P.³, Tekes K.⁴, Szalay F.¹ ^{1st} Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University Budapest, Hungary¹, Dept. of Pharmacy Administration, University Pharmacy, Semmelweis University, Budapest, Hungary², ^{1st} Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Dept. of Pharmacodynamics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Background: Nociceptin (N/OFQ) is an endogenous agonist of an opioid-receptor-like receptor. Elevated plasma N/OFQ level has been described in primary biliary cirrhosis (PBC). Opioid-antagonists alleviate the cholestasis associated-itching in PBC indicating the opioids' role in pruritus. N/OFQ-induced itching in mice has been published. **Aim:** To investigate N/OFQ-levels in plasma, liver, and brain tissue in experimentally-induced cholestasis. **Methods:** Cholestasis was induced by common-bile-duct ligation in 14 F344 rats. Twelve sham-operated animals served as control. Animals were sacrificed on 14th postoperative day by exsanguination through the cantus. Blood was collected in K-EDTA- and aprotinin-containing vacutainers. N/OFQ was measured by 125I-radioimmunoassay kit (Phoenix Pharmaceuticals). **Results:** A high plasma N/OFQ level was found in BDL rats compared to the controls (2.43±1.2pg/ml vs. 1.02±0.5pg/ml; p=0.006). There was no difference in liver tissue N/OFQ levels between the two groups (8.2±2.9fg/mg vs. 7.6±3.3fg/mg). Histology and laboratory data confirmed cholestasis without cirrhosis or tumor. In BDL-rats N/OFQ level was elevated in the hypothalamus, but decreased in the hippocampus compared to controls ((43.22±31 vs. 15.13±12pg/100mg tissue; p=0.03 and 45.4±24.2 vs. 115.4±38.2 pg/100mg tissue; p=0.0009). There were no differences in N/OFQ levels neither in the liquor nor in the striatum. **Conclusions:** Bile-duct-ligation-induced cholestasis causes alteration of the N/OFQ system in rats. The elevated plasma N/OFQ level is in concordance with human data. It may be that the brain, not the liver, is involved in the production of excess N/OFQ as indicated by the hypothalamic elevation of this polypeptide. Further investigations are needed to explain the hippocampus-hypothalamus shift and the significance of alteration of the opioid system in cholestasis.

23.

AREA POSTREMA LESION POTENTIATES SELECTIVE AND NON-SELECTIVE CENTRAL AND PERIPHERAL CRF2 RECEPTOR AGONISTS-, UCN 1 AND UCN 2-INDUCED INHIBITION OF GASTRIC EMPTYING

Czimmer J.¹, Million M.², Taché Y.² ^{1st} Dept. of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, CURE: Digestive Diseases and Sciences Centre, University of California, Los Angeles, CA, USA²

Background: Area postrema (AP) located on the 4th brain ventricle's surface lacks normal blood-brain barrier (Van Houten et al. 1983) acts as chemoreceptor zone and has multiple neuronal connections to the nucleus of solitary tract (NTS), a regulatory key centre of gastrointestinal (GI) motility collecting afferent fibers from the GI tract. AP has also been proven to have role in regulation of gastric and colonic functions. Central Ucn 2, a CRF2 receptor agonist inhibits gastric emptying (GE) through sympathetic pathways. **Aim:** To characterize the role of AP in the peripheral and central CRF2 receptor peptide agonists- (Ucn 1 and Ucn 2) induced delay of GE. **Methods:** AP of Sprague-Dawley rats were removed by needle aspiration under microscope 10 days before intravenous (iv) injection of Ucn 1 or Ucn 2 and intracerebroventricular (icv) injection of Ucn 2. **Results:** 20-min-GE of a viscous methylcellulose-phenol red meal was measured (in %). Iv Ucn 2- (*24.0±8.6% compared to control 51.7±11%) or iv Ucn 1 - induced delay of GE (*19.4±10.9%) was potentiated by an AP lesion (*3.2±3.2%). The AP lesion itself did not influence GE of the sham-operated group (48.0±8.7%). Intracerebroventricular (icv) Ucn 2 - induced delay of GE (*27.4±9.7% vs. controls 52.3±13.8%) was also potentiated by an AP lesion (*2.1±1.5% vs AP lesioned controls 50.1±7.7%). Right AP lesion was tested with microscope and impairment of NaCl-aversion test. Results are expressed as means±SE of emptied percentage of gastric lavaged content in 20 min.* means P<0.05 compared to respective controls. **Conclusion:** AP is suggested to have a role in the regulation of gastric motility through modulation of inhibitory NTS and hypothalamic sympathetic CRF2 pathways.

24.

PALLIATIVE SURGERY FOR PANCREATIC HEAD MALIGNANCIES

Csapó Z.¹, Nagy P.¹, Harsányi L.¹, Bodoky G.², Kupcsulik P.¹ ^{1st} Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Oncology, St. László Hospital, Budapest, Hungary²

Pancreatic cancer is a devastating disease that destroys both, the patients quality and quantity of life. At least 80% of patients with pancreatic cancer present with either locally advanced or metastatic disease, which is unresectable at the time of diagnosis. Palliation in these patients is focused on relief of symptoms such as obstructive jaundice, duodenal obstruction and pain. There is no evidence for the need of preventive palliation in patients with no need of any palliation at the time of the surgical exploration. Our aim was to review our own data of pancreatic head malignancy surgeries, and to compare the need of palliative surgical interventions in two periods - without gemcitabine and with gemcitabine therapy. Patients were included whose cytology proved pancreatic cancer and had been operated in our department in two periods (Group A 1997-1998 and Group B 2003-2004) and followed afterwards. In Group A 117 surgeries were done and 14% were resectable. Among the irresectable 101 patients 38(38%) needed no palliation during the primary exploration and 19(18.8%) received both biliary and gastric bypass. During the followup period 5 patients returned to our department for secondary surgery due to their symptoms: 3 gasto-jejunostomies and 2 choledcho-duodenostomies were performed. In the period with effective chemotherapy 335 patients were operated with the resection rate of 25%. Both palliations were done in 36 (14%) patients. 78 (31.1%) received biliary and 49(19.5%) gastric bypass. During their postoperative follow up period four patients returned with the need for surgical palliation: 3 patients for gastric and one for biliary bypass. However, in the literature 10-20% of patients proved to need palliative surgery in a later stage of their disease, among our patients we could prove less than 5% needed palliative surgery during their disease. Although chemotherapy gives longer life expectancy there was no increased need for surgical palliation if it was not done during the previous surgery.

25.

KISMEDENCEI TRANSGASTRICUS FLEXIBILIS ENDOSCOPUS KÍSÉRLETES BEAVATKOZÁSOK

Csicsai L.¹, Váradi G.¹, Jónás A.¹, Kádár B.¹, Kurt G.¹, Lukovich P.¹, Kupcsulik P.¹, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, I. sz Sebészeti Klinika, Budapest², Ilmenauer Technische Universitte, Ilmenau, Germany³,

Bevezetés: A természetes szjadkokon (transvesicalis, transcolonicus, transgastricus) t végzett flexibilis endoscopus intraperitonealis beavatkozások (NOTES) közül a gyomron keresztül végzett behatolás számos okból (infectio, gyógyhajlam) kifolyólag jobb megkzelitsi mdt kínál a többinél. Kifejezetten előnyös t a kismedencei műtétekhez, mivel ilyen esetekben az eszköz a beavatkozás során egyenes állásban van. Korábban munkacsoportunk már végzett transgastricus úton GEA-t, illetve cholecystectomit. A retroversioiban az egyébként is flexibilis eszközök tl gyengének bizonyultak a beavatkozásokhoz. Célunk a módszer kismedencében történő alkalmazhatóságának vizsgálata volt.

Módszer: A korábban alkalmazott Erlangen-fle bioszintetikus modellen 2 hagyományos gastroscopppal, illetve a munkacsatornn keresztül levezetett endoscopus műszerekkel (tpapillotom, endoscopus idegentest fog, endoscopus hurok mellyel az endoloopot helyettesitettk) appendectomiát, oophorectomit és tuba ligaturt végeztünk. A beavatkozásokhoz a munkacsoportunk által NOTES műtétekhez kifejlesztett speciális overtube-ot is használtuk

Eredmény: Az overtube nélkül biztonságán nem sikerültek a beavatkozások, segsgvel azonban mindhárom műtét elvégezhető volt. Kivitelezskhz kb. 30 percre volt szükség. Korábbi transgastricusan végzett műtétek során szerzett tapasztalataink alapján a módszer begyakorlásával ez az idő tovább csökkenthető.

Következtetés: A transgastricus t a kismedencei műtétekhez kifejezetten előnyös. A módszer alkalmazása nem csak a gastroenterolgiban, hanem más szakmkban (pl. ngygyszat) is felmerül.

27.

CAN SEROLOGIC MARKERS PREDICT THE PHENOTYPE OF ULCERATIVE COLITIS?

Csizmadia C.¹, Berki T.², Nagy L.¹, Ills A.¹, Acl P.¹, Lukács M.¹, Király .¹ 3rd Dept. of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Biotechnology, University of Pécs, Pécs, Hungary²

Background: The diagnosis of inflammatory bowel disease (IBD) is supported by clinical findings and complementary tests. The presence of specific serological markers could be helpful in the characterization of this condition. Serological markers for IBD, including anti-neutrophil cytoplasmic antibody (ANCA) and anti-Saccharomyces cerevisiae antibody (ASCA), have a high specificity and positive predictive value in diagnosing IBD. However, neither indication nor use in clinical practice have been clearly established. **Aim:** To assess the prevalence of ANCA and ASCA in a group of patients with ulcerative colitis (UC) and its association with clinical features. **Material and methods:** 50 patients with UC in remission (age range 16-72 years, 33 males) were studied. In a venous blood sample ANCA was measured by indirect immunofluorescence and ASCA by enzyme immune assays for IgG and IgA. **Results:** 44% of patients were positive for ANCA, 9% for ASCA and 6% for both markers. There was a significant correlation between the presence of ANCA and duration of the UC and the number of crises (>5 crises 72.5). The proportion of colectomized patients with positive ANCA was higher (57.1%). **Conclusions:** The prevalence of ANCA in the studied population is similar to the published data. The presence of ANCA was significantly higher in UC patients with shorter evolution, higher number of crises and in those with a history of colectomy. There was a low prevalence of ASCA positive patients.

26.

OBSTRUCTION, MIGRATION AND ENDOSCOPIC REMOVAL OF A SELF EXPANDABLE METAL STENT PLACED IN THE OESOPHAGUS. A CASE REPORT.

Csikós D.¹, Lukovich P.², Taller A.¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Surgery Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: At admission patients with oesophageal carcinoma are sometimes at an advanced stage and are no longer candidates for curative surgical resection. For these, radio-chemotherapy and palliative methods are left. Nowadays for patients with high grade stenosis endoscopically placed prostheses are used and self-expandable metal stents are preferred. **Case report:** We report a case of a 59 years old man who has diabetes mellitus and advanced oesophageal squamous cell carcinoma with dysphagia for solids and liquids. Brachytherapy was started and he was fed via a nasogastric tube. During this treatment bronchopneumonia developed because of aspiration and he became hyperosmotic and comatose. He pulled out the nasogastric tube and afterwards was not able to even swallow beverages. After resolving the hyperosmotic state the oesophageal stenosis was dilated and a self-expandable metal stent was placed. **Results:** After 10 days of eating semi-solid food, he started to vomit and suffered from hiccups. Gastroscopy was carried out. The stent migrated entirely into the stomach. The lumen of the prosthesis was blocked with food. The stent was grasped with a polypectomy snare pulled out through the oesophagus and mouth. The following day he became anaemic because of bleeding from the tumour. Transfusion and PPI were administered and his general state stabilised. **Conclusion:** After placement of an oesophageal stent eager eating might entirely occlude the prosthesis. This may play a role in dislodgement of the stent. If an oesophageal stent migrates into the stomach it can be removed easily like other foreign bodies. However, diffuse bleeding from the tumour mass might occur, even if an overtube was not used.

28.

TRUE ANEURYSM OF THE SPLENIC ARTERY

Csonka S., Fekete ., Nagy Z., Bursics ., Surgical Dept., MV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary

Introduction: Aneurysm of the splenic artery is the third most common form (after the aortic and the iliac ones) of aneurysm within the abdominal cavity. With the widespread use of abdominal US the discovery of the silent aneurysm became more frequent. Their significance lies within the possibility of severe, sometimes fatal complications like bleeding, arteriovenous fistula, portal hypertension etc. The treatment is usually surgical though smaller aneurysm can be treated with endovascular interventions. **Case report:** We report on a 53 year old male, who had no previous medical history. He was referred with urologic complaints and an abdominal ultrasound described a 36x39 mm in diameter calcified cystic lesion in the region of the pancreatic tail. Abdominal CT found a 43x30x34 mm partially thrombosed aneurysm in the splenic artery, close to the spleen. Since the diameter of the aneurysm exceeded the double of the diameter of the artery we planned an elective operation. During the surgery we found the aneurysm and removed it with the tail of the pancreas and the spleen. On the 7th postoperative day we discovered a fluid collection in the left subphrenic area. We drained it by an US guided percutaneous method. The patient then recovered, without any further problems. Histology showed idiopathic media necrosis, saccular aneurysm, and thrombosis of the splenic artery. **Conclusion:** The aneurysm of the splenic artery is not a common condition, but the diagnosis is getting more frequent with the spread of the modern abdominal imaging modalities. Its significance is underlined by the possibility of fatal complications. As our case represents, it can be treated electively which prevents possible complications.

29.

FREQUENCY OF ASSOCIATED CHRONIC DISEASES AMONG OUR PATIENTS WITH COELIAC DISEASE

Csoszánzski N., Nemes Nagy A., Tomsits E. 2nd Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

The **aim** of our study was to determine the prevalence of different associated chronic diseases causing clinical symptoms, in the patients registered with celiac disease at our gastroenterological unit in the spring of 2007. The **method** of the study was a retrospective analysis. **Patients:** 212 children were involved in the study. The female to male ratio was 137 to 75. The mean age was 13 years. Among our patients we could find 33 cases with another associated symptom causing chronic diseases. The distribution is the following: IgA deficiency was diagnosed in 8 cases, diabetes mellitus in 8 patients and hypothyreosis in 5 patients. In 2 children we could confirm mental retardation, three patients are treated for epilepsy, and in another child autism was diagnosed. One child has alopecia areata. One child has Down syndrome, and another 2 girls have Turner syndrome as the basic genetic problem. In one patient systemic lupus erythematosus was confirmed, and in one boy the suspicion of juvenile rheumatoid arthritis arose. **Discussion:** Our data about the associated diseases of coeliac disease patients seem to correlate with the data of the literature except that we couldn't find any glutene-sensitive patient among our patients with Williams syndrome, even though we have already screened two-thirds (n:31) of our Williams patients in another, ongoing study. The symptoms of endocrinopathies and autoimmune diseases commonly start only at an older age. Very often we can diagnose coeliac disease causing very mild or aspecific symptoms. It is important to look for the known associated diseases in a new patient diagnosed with celiac disease, and it is equally as important to look for coeliac disease in a patient diagnosed with one of the common associated diseases. Knowing all the pathophysiological disorders in a patient helps to determine the optimal therapy that would lead to the greatest efficacy.

31.

HEPATIC ECTOPIC PREGNANCY (CASE REPORT)

Denkler G.,¹ Lakner L.,¹ Döbrönte Z.,¹ Kneffel P.,² Tóth C.,³ Márkus B.,⁴ Dept. of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary¹, Dept. of Gynecology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary², Dept. of Pathology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary³, Dept. of Surgery, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary⁴

Background: Ectopic pregnancy is not uncommon in women of reproductive age, but abdominal pregnancies mean only a small fraction of it. We report a very rare special form of the extrauterine pregnancy with hepatic localization, which has been published in the literature only in small numbers. **Report:** A 28-year-old woman presented to the emergency department of the hospital with epigastric pain. Two months earlier she had been examined by a gynaecologist because of spotting without any clinical sign of pregnancy. In her past medical history there were cholecystectomy and two cesarean sections. Recently she looked to be in good condition. She had upper abdominal pain which seemed to be of biliary or gastric origin, however abdominal ultrasonography revealed a well-defined gestational sac on the surface of the liver with a viable fetus of approximately 16 gestational weeks. An elective laparotomy was performed, the fetus was removed, and the considerable amount of bleeding due to partial separation of the placenta was successfully controlled. The patient had a relatively uneventful recovery. During the two-months follow-up period the serum β -hCG concentration declined to undetectable levels. **Conclusion:** Ectopic pregnancy is a major gynaecologic emergency situation owing to the risk of exsanguination and even death. Its presentation can be varied from minor symptoms to sudden collapse. Extrauterine pregnancy localized in the hepatic region should also be taken into consideration in the differential diagnosis of upper abdominal pain in women of reproductive age.

30.

MASSIVE SMALL INTESTINAL HAEMORRHAGE CAUSED BY CONCENTRATED VINEGAR DRINKING: CASE REPORT

Dancs N.,¹ Kárász T.,¹ Hussam S.,¹ Vasi I.,² Gyürüs P.,³ Rácz I.¹ 1st Department of Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary¹, Dept. of Surgery, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary², 1st Dept. of Pathology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary³

Introduction: Ingestion of concentrated acidic solutions typically causes coagulation type necrosis, bleeding and perforation in the upper gastrointestinal tract. Severe small intestinal bleeding with haemodynamic instability in an unusual complication.

Case report: The 51 years old heavy drinker male patient was admitted to our subintensive care unit with melaena, hypotension and epigastric pain 7 days after he ingested 100 ml concentrated vinegar solution by a mistake. After haemodynamic stabilization emergency upper endoscopy was performed showing Los Angeles D grade reflux oesophagitis, Mallory Weiss tear and multiplex antral ulceration as a combined form of bleeding source. During the 3 day long subintensive care with i.v. proton-pump-inhibitor therapy and 3 units of blood transfusion the patient became symptom free and neither the second look upper endoscopy nor the PillCam ESO capsule endoscopy showed any active bleeding. Ten days after his hospital admission suddenly massive melaena with hemorrhagic shock developed with an urgent need of 10 units of blood and 500 ml fresh frozen plasma. Neither repeated emergency upper endoscopy nor colonoscopy identified the source of severe rebleeding. Immediate surgery was performed with intraoperative enteroscopy showing multiple mucosal breaks in a 20 cm long jejunal segment. After resection of this pathological jejunal segment the histological study confirmed multiplex linear jejunal ulceration due to the necrotic effect of concentrated vinegar. After successful surgery the patient recovered without further complications.

Conclusion: Concentrated acidic solutions occasionally may cause significant small intestinal damages with severe bleeding even in the post-acute phase of the accidental event. Careful prolonged observation of such cases is highly indicated to be ready for the immediate treatment of this life threatening condition.

32.

TREATMENT OF OESOPHAGEAL VARICES IN CHILDHOOD

Dezsöfi A.,¹ Görög D.,² Kóbori L.,² Veres G.,¹ Bodánszky H.,¹ Arató A.,¹ Szőnyi L.¹ 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Surgery and Transplantation, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: Between 2000-2004 we treated 26 children with portal hypertension and oesophageal varicosity. **Aim:** to evaluate the effect and safety of endoscopic treatment of varices and the outcome of portal hypertension in childhood. **Patients and methods:** During these 5 years we performed 102 diagnostic and/or therapeutic oesophago-gastro-duodenoscopy in 26 children with suspected oesophageal varices. Mean age at first investigation was 9.7 y, boy:17. The diagnoses causing portal hypertension and oesophageal varices were as follows: biliary atresia, congenital liver fibrosis, autosomal recessive polycystic kidney disease, cystic fibrosis, cirrhosis hepatitis, primary sclerosing cholangitis and others. Twenty of 102 investigations was done because of acute bleeding, 82 were elective interventions. Sclerotherapy was performed a total of 56 times in 16 children, with an of mean of 3.5 times/child, while in two cases rubber band ligation was performed. **Results:** Sclerotherapy decreased the severity of varicosity from grade 3.03 to 2.21. In 3 cases stricture of the oesophagus developed as side effect of treatment. During follow up 2 patients had Transjugular Intrahepatic Porto-Systemic Shunt placement, in 1 case surgical porto-systemic shunt (meso-rex) was applied, 9 had orthotopic liver transplantation and 2 died. Twelve of the 26 are still followed up endoscopically. **Conclusions:** Sclerotherapy/band ligation is a safe and useful tool for the treatment of oesophageal varices in children. In progressive cases shunts and TIPSS can be alternative bridging therapies until liver transplantation is done. Pediatric liver transplantation is the appropriate long term treatment in childhood.

33.

DOES CROHN-COLITIS NEED EMERGENCY SURGERY MORE FREQUENTLY?

Diófalvi K.¹, Schäfer E.², Köveskúti Á.¹, Mikes C.¹, Varga G.¹, Bursics A.¹, MÁV Hospital Dept. of Surgery¹, MÁV Hospital Dept. of Gastroenterology²,

100 patients with Cohn's disease are attended in our hospital between 2005-2006.

Our aim is to summarize those cases, who needed surgical procedures. During this period in 8 cases conventional medical therapy failed, four of them needed emergency surgery, other patients underwent elective surgery.

According to our experiences, we performed more surgical procedures in cases of Crohn's disease involving the colon.. Emergency surgery was performed in four cases, two patients suffered from Crohn-colitis, in two cases both, the small bowel and the large bowel was involved. Patients ad operations Age Sex Indication Location Type of operation Result Emergency 22 F Fistulas, PEM Ileum, colon Colectomy, resection of the ileum recovered N 19 M Abscess, fistula Colon Right hemicolectomy recovered Y 81 F Ileus Ileum, colon Ileoascendostomy, Nissen fundoplication recovered Y 17 M Abscess, fistula, PEM colon ileoascendostomy recovered N 47 F Fistula perianale, stenosis colon Left hemicolectomy, abdominoperianal exstirpation recovered N 48 F Perforation of the colon, perianal fistula Ileum, colon Ileoascendostomy, ileostomy recovered Y 44 F Perforation of the colon, peritonitis, stenosis colon Colectomy, ileostomy Sepsis, died Y 26 M Fistula, abscess, PEM, stenosis ileum ileocoecostomy recovered N

Conclusion: According to our experiences, complex conventional medical therapy is more effective in patients with Crohn's disease involving the small bowel, comparing with patients with Crohn colitis.

35.

A COLONOSCOPIA SZEREPE GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN: A DIAGNÓZISTÓL A KÖVETÉSIG - TAPASZTALATAINK

Dózsa L., Gaál G., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

A gyulladásos bélbetegségek közé tartozó Crohn betegség, a colitis ulcerosa és a Crohn-betegség elkülönítésében, valamint a betegek gondozásában és utánkövetésében az anamnézisnek, a fizikális vizsgálatnak, a laboratóriumi és képalkotó eljárásoknak nagy a szerepe. A módszerek között ma is legfontosabbak az endoszkópos vizsgálatok: a colonoscopy, illetve Crohn betegség esetén felső endoscopyra is szükség van.

2006-ban közel 1500 esetben végeztünk colonoscopyt. Hat esetben Crohnos, 34 alkalommal colitis ulcerosában szenvedő betegeink kontroll vizsgálatát végeztük el. 12 esetben a hasi fájdalom, rezisztencia, perianalis fistula, véres széklet, hasmenés, vérszegénység hátterében újonnan felismert Crohn betegséget diagnosztizáltunk. 22 esetben betegeinknél colitis ulcerosa endoszkópos képét láttuk, melyből 12 esetben csak végbélre lokalizálódott a betegség. 2 esetben az endoszkópos kép alapján a gyulladásos bélbetegség típusa egyértelműen nem volt eldönthető, ezen eseteinkben a szövettani vizsgálat eredménye és a klinikai lefolyás adta a végső diagnózist. Colitis ulcerosás betegeinkben 31 esetben teljes colonoscopyt végeztünk, 2 esetben a jobb, 16 esetben a bal colonfelet vizsgáltuk, 7 esetben a rectosigmoidealis területet tekintettük át. A vizsgálat megszakításának oka leggyakrabban a betegség aktivitása, illetve szükség volt, a végbélre lokalizálódó colitis ulcerosa esetében nem mindig vizsgáltuk az orális bélszakaszt. Colitis ulcerosás betegeink utánkövetésében malignizálódást nem észleltünk. Két esetben történt perforáció, 1 Crohn- és egy colitis ulcerosás betegeinknél, mindkét esetben jelentős klinikai aktivitás mellett, a műtét óta mindketten jól vannak.

Konklúzió: a radiológiai módszerek fejlődés ellenére a gyulladásos bélbetegség diagnosztikájában és utánkövetésében elengedhetetlen szerepe van a colonoscopynak, melynek során lehetőség szerint törekednünk kell a terminalis ileum vizsgálatára és többszörös szövettani mintavételre is.

34.

EPEÚTI SZÖVŐDMÉNYEK MÁJÁTÜLTETÉS UTÁN

Doros A., Hartmann E., Németh A., Zádori G., Fehérvári I., Görög D., Máthé Z., Járar J., Nemes B., Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika

A májátültetés (OLT) után észlelt epeúti szövődmények (ESZ) aránya az irodalmi adatok alapján 6-24 % között van. A közvetlen posztoperatív időszakban kialakuló epeúti szövődmények (epecsorgás, necrosis, stenosis) túlnyomó részben technikai okokra vezethetők vissza, míg a késői, 3 hónapon túl észlelt szövődmények (stenosis, ITBL) kialakulásában más faktorok kerülnek előtérbe. Az 1995-2006 között OLT- n átesett betegek adatait elemeztük retrospektív módszerrel. Vizsgáltuk, hogy milyen tényezők hozhatók összefüggésbe az ESZ kialakulásával (donor, recipiens és műteti jellemzők). Elemeztük a kezelési lehetőségeket, graft és beteg túlélésre gyakorolt hatást. A betegeket két csoportra osztottuk, aszerint, hogy kialakult-e epeúti szövődmény, vagy nem a májátültetés után. 310 beteg közül 76 esetben (25 %) találtunk epeúti szövődményt. Huszonnyolc esetben (9%) epecsorgás, 56 esetben (18%) epeúti obstrukció, 18 esetben (6%) epeúti necrosis, és 10 esetben (3%) ITBL volt. 59 betegnél korai, 28 betegnél késői ESZ volt. Az A és B csoport között az alábbi különbségek voltak szignifikánsak: hepatorenalis syndrome (A=29.5% ; B=16.8% ; p=0.043) ; retranszplantáció igénye (A=14.5% ; B=3.3% ; p= 0.003) ; cholangitis (A=45.3% ; B=3.3% ; p=0.000) ; a.hepatica thrombosis (A=15.6% ; B=6.1% ; p=0.035) ; akut rejeckció (A=61.3% ; B=29.9% ; p=0.000). Epeúti szövődmények kialakulása esetén a kumulatív 1,3, és 5 éves betegtúlélés 71.5%, 62% és 55% volt, míg epeúti szövődmény nélkül 77%, 72% és 66 % (a különbség nem szignifikáns, p=0.3). A 3 hónapon belül kialakult, korai epeúti szövődmények a betegtúlélést is statisztikailag befolyásolják. Az epeúti szövődmények aránya a hazai programban csökkenő tendenciát mutat. Egyértelmű összefüggést találtunk az a.hepatica thrombosis és a korai epeúti szövődmények kialakulása között. Ez egyezik a nemzetközi gyakorlattal. Epeúti beavatkozásra az igazolt esetek 95.3 %- ban került sor, amelyet az esetek 75 %- ában többször is ismételni kellett. A hazai gyakorlatban a nemzetközinek megfelelően az epeúti szövődményeket intervenciós radiológiai módszerekkel kezeljük, jó eredménnyel. ITBL esetén retranszplantáció jön szóba

36.

SIMVASTATIN KIVÁLTOTTA TRANSZAMINÁZEMELEKEDÉS ÉS MYOSITIS

Dunkel K., Takács R., Hamvas J., I.Belgyógyászat-Gasztróenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest

Bevezetés: A dyslipidaemia kezelésének alapvető gyógyszerei a statinok. Statin alkalmazásának ismert mellékhatása a máj transzaminázszintjeinek emelkedése, de ez általában az első hónapban jelentkezik és ritkán haladja meg a normál érték háromszorosát. Ugyancsak ismert mellékhatás a myalgia illetve a CK-emelkedéssel is kísért myositis, súlyosabb esetben akár rhabdomyolysis is. **Esetismertetés:** Cs. J. 70 éves férfibeteg távolabbi anamnéziséből kiemelendő évtizedek óta ismert hypertonia és 2-es típusú diabetes mellitus. Szignifikáns LAD és CX stenosisal járó ischaemiás szívbetegségét. 2006. szeptemberében szövődménymentes LAD PTCA történt. Ekkor kezdtek statin adását (simvastatin). Az ekkor elvégzett laboratóriumi vizsgálat normál májfunkciókat igazolt. A következő hónapokban a statin kezelés különböző készítmények formájában, de mindvégig simvastatinnal folytatódott. 2007. januárjában gyengeség, izomfájdalom, atipikus mellkasi panaszok miatt került felvételre kórházunkba. Akut myocardialis történést kizártak, de laboratóriumi értékeiben extrém magas transzamináz (GOT: 999, GPT: 514), LDH (3393) és CK (CK: 25420, CK-MB: 458) szinteket észleltek, normál szérumbilirubin, ALP és GGT mellett, ezért került átvételre osztályunkra. Az észlelt eltérések hátterében hasi ultrahang alapján gócos májeltérést, epeúttágulatot vagy kövességet kizártunk, hepatotop, és nonhepatotop szerológiai vizsgálatok (HAV, HBV, HCV, EBV) negatív eredményűek lettek. Statin kiváltotta hepatopathiára illetve myositisre gyanakodtunk. A simvastatint elhagytuk, observációnk során a gyógyszer kihagyása mellett enzimértékei jelentős regressziót mutattak (GOT: 91, GPT: 213, LDH: 1783, CK: 2589). Kontroll hasi UH negatív eredményű volt, normál enzimszinteket észleltünk, a beteg korábbi panaszai megszűntek. Magas szérumbilirubin miatt a továbbiakban fibrát szedését javasoltuk. **Következtetés:** Bár a statinok fontos szerepet játszanak a magas kardiiovaszkuláris rizikójú betegek kezelésében, nem feledkeztünk meg az esetleges mellékhatásokról. Esetünk arra példa, hogy a kezelés során nem nélkülözhető a rendszeres laboratóriumi kontroll.

37.

RECTALIS LOKALIZÁCIÓJÚ GASTROINTESTINALIS STROMALIS TUMOR (GIST), ESETBEMUTATÁS

Erőss B.¹, Szilvás Á.¹, Keszthelyi L.², Zsigmond F.³, Szebeni Á.⁴, Székely G.¹, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály, Fővárosi Szent János Kórház, Budapest¹, Sebészeti Osztály, Fővárosi Szent János Kórház, Budapest², IV. Belgyógyászat Gasztroenterológia, BM Központi Kórház és Intézményei, Budapest³, Budakeszi úti Ultrahang Laboratórium, BM Központi Kórház és Intézményei, Budapest⁴,

Bevezetés: A gastrointestinalis stromalis tumorok a rosszindulatú gyomor-bélrendszeri daganatok kb. 1%-át teszik ki. Felfedezésükre gyakran előrehaladott esetekben szövödmények kapcsán kerül sor, az esetek egy részében azonban incidentalisan derülnek ki. **Esetbemutató:** Szakrendelésünket egy 29 éves férfi négy napig tartó, kifejezett alhasi fájdalom miatt kereste fel, vizsgálatára már panaszmentesen került sor. Fizikális vizsgálat során a rectumban ujjal elérhető magasságban egy kb. babnyi tömött terimét tapintottunk, mely alapján rectalis polypus lehetőségét vetettük fel. Panaszai és a talált eltérés miatt a colonoscopia előtt hasi ultrahang vizsgálat és általános laboratóriumi vizsgálat történt, melyek releváns eltérést nem igazoltak. A beteg colonoscopus vizsgálata során a rectumban tapintott elváltozás ellenére kóros eltérést nem láttunk, az eszközt a coecumig vezettük. A fentiek miatt rectalis ultrahang vizsgálat mellett döntöttünk, melynek során a rectum falában egy 1,5cm-es echoszegény solidumot igazoltunk az ép nyálkahártya alatt. Az elváltozást rövid proctológiai műtétet követően szövettani vizsgálatra küldtük, mely alacsony fokú GIST-et igazolt. A műtét a betegség definitív megoldását jelentette, azonban a recidiva és az esetleges regionalis metastasisok kialakulásának veszélye miatt a továbbiakban rendszeres rectalis UH kontroll vizsgálatokat végzünk majd.

Következtetés: A fent bemutatott esetben az egyetlen olyan lokalizációjű GIST-et láthattuk, amely körültekintő fizikális vizsgálattal is felfedezhető, azonban a rectalis UH szerepe a diagnózis felállításában és a beteg további gondozásában kulcsszerepet játszik.

39.

ENDOSCOPIC DRAINAGE OF PSEUDOCYSTS AND ABSCESESSES IN PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS

Fejes R.¹, Székely L.¹, Székely A.¹, Altörjáy Á.², Madácsy L.¹,^{1st} Dept. of Internal Medicine, Gastroenterology, Olympus Medical Care Hungary, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹, Dept. of Surgery, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary²

Background: Endoscopic cystogastrostomy or cystoduodenostomy has been proposed as an alternative to surgical treatment in patients with chronic pancreatitis. Recently, endoscopic drainage of infected early pseudocysts or abscess has been performed also in patients with acute pancreatitis. The **aim** of our current study was to compare the technical success and complications in patients with endoscopic drainage of acute and chronic pancreatitis. **Patients and methods:** Over a period of 2 years (2005-2006), a total of 14 consecutive patients (7 males, 7 females, mean age: 60.4 years) with pancreatic pseudocysts or abscesses underwent endoscopic cystogastrostomy. After abdominal ultrasound and/or CT scan, the optimal puncture site and distance of the pancreatic fluid collections or pseudocysts was assessed with endoscopic ultrasound. After puncture of the pseudocyst with a specialized cystostom, we passed one or two plastic stents through the gastric wall into the cyst. Resolution of the pancreatitis and regression of the pseudocysts was monitored clinically and with repeated ultrasonography. **Results:** 9 patients had pseudocysts caused by acute pancreatitis versus 5 whose pseudocysts resulted from chronic pancreatitis. Technically successful drainage was achieved in 13/14 pts (92.8 %). Complications of endoscopic treatment were encountered in one patient, in whom arterial bleeding required surgical intervention, but the patient later recovered. All of the 12 pts' pancreatic juice was collected for microbiological culture from the pseudocyst, with 9 positive results and supported by a targeted antimicrobial therapy. In 3 patients a nasocystic drain was also inserted and irrigated continuously. A nasojejunal feeding tube was inserted in all patients after endoscopic cystogastrostomy. Surgical necrosectomy was eventually needed in 3 patients. Only one patient died due to necrotizing pancreatitis. After 8-12 weeks of healing period the stents were removed. **Conclusions:** Endoscopic drainage provides a successful and safe minimally invasive approach to pancreatic pseudocyst management both in patients with acute necrotizing and in chronic pancreatitis

38.

CHANGE IN OUR LAPAROSCOPIC ACTIVITY SINCE 2005

Farkas L., Iványi A., Pörncszi B., Mikes C., Harmos F., Bursics A., MÁV Hospital and Central OPD Budapest, Surgical Department

Introduction: We performed our first laparoscopic cholecystectomy in 1993. Since then a lot changed in our laparoscopic activity.

Patients and discussion: In the last two years we performed more than 1000 laparoscopic cholecystectomies and more than 10% of our cases (110 patients) were operated for acute cholecystitis. The conversion rate is below 5% (48 patients) altogether. The cause of conversion was severe inflammation in 42 patients, bleeding in 3 patients, and bowel injury in 3 patients. We performed 10 reoperations, 8 for bleeding and 2 for bile duct injury. We performed 14 hernioplasties (TAPP), 6 of those were bilateral, 7 fundoplications, 8 colonic resections, 1 splenectomy, 1 cardiomyotomy and 1 rectopexy. **Conclusion:** Laparoscopic surgery is thriving. In biliary surgery during the last 2 years we observed a shift from the elective to the acute operations. Between 2005 and 2007 the scope of our laparoscopic activity was widened.

40.

CROHN-BETEGEK TÁPLÁLTSÁGA ÉS TÁPLÁLKOZÁSÁNAK JELLEMZŐI

Fekete K.¹, Lelovics Z.², Henter I.², Molnár A.³, Tátrai L.⁴, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest¹, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest², Numil Kft., Budapest³, Péterfy Sándor utcai Kórház, Budapest⁴,

Bevezetés: A bélfal minden rétegére kiterjedő krónikus gyulladás (Crohn-betegség) leggyakrabban az ileumot a colont érinti, de az emésztőrendszer bármely szakaszán kialakulhat.

Cél: Crohn-betegségben szenvedők tápláltsági állapotának felmérése, valamint táplálkozási szokásairól, valamint gyógyszer- és étrend-kiegészítők fogyasztási szokásainak felmérése.

Betegek és módszer: 42 (10 férfi, 32 nő), átlagosan 10,3 éve Crohn-beteg (átlagos életkoruk 47,7±15,7 év) 2006-ban név nélküli, önkéntes és önkénteltől 39 kérdésből álló kérdőívet töltött ki. Az eredményeket Khi-négyzet statisztikai elemzéssel teszteltük.

Eredmények: A betegek 21%-a BMI < 20, azaz veszélyeztetett az alultápláltságra; 17%-a I. fokú (25 < BMI < 29,9); 10%-a II. fokú elhízott (30 < BMI < 39,9); 2%-uk morbid elhízott (40 < BMI). A vizsgált Crohn-betegek 50%-a normál testtömegű. Az elmúlt 3-6 hónapban nem szándékosan veszített testtömegéből a betegek 45%-a (átlagosan 5,0±2,8 kg-t), a nem szándékosan hízó aránya 31% (átlagosan 6,0±2,5 kg). A rendszeresen szedett gyógyszerek közül a leggyakoribb: a szalicilsav-származékok 86% és az immunszuppresszív szerek 38% használata. Vitaminok közül a legtöbb C- és B12-vitamint, folsavat fogyasztanak, ásványi anyagok közül leginkább vasat és kalciumot használnak. A betegek 48%-a rendszeresen vesz részt dietetikai tanácsadáson. A megkérdezettek naponta többszöri, rendszeres étkezés a jellemző. A betegek 64%-a közvetlen kapcsolatot fedezett fel az elfogyasztott táplálék és a panaszai között. Táplálkozásukra a zsírszegény étrend (71%), a durvarost-mentes (43%), valamint a fehérjedús (36%) jellemző – a betegek állítása szerint (nem vizsgáltuk, hogy valóban jellemző-e ez). A diéta betartásában a betegek 67%-ának annak magas ára okoz gondot.

Összefoglalás: A Crohn-betegek terápiájának a dietetoterápia szerves része, az étrendi tanácsadásához nélkülözhetetlen a betegek saját tapasztalatainak és a körültekintő dietetikus gyakorlatának egyeztetése. A betegek ugyanolyan arányban kapnak gasztroenterológustól, és dietetikustól diétás tanácsot (76%), kisebb arányban vesznek részt a tanácsadásban a háziorvosok (19%).

41.

VALUE OF ESOPHAGEAL IMPEDANCE MONITORING IN CLINICAL DIAGNOSTICS

Felföldi F., Salamon Á., Tam B., Sánta J., Simon L., Juhász E., Tolna County „Balassa János” Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary

Introduction: pH-monitoring is the standard diagnostic tool for proving acid regurgitation in gastroesophageal reflux disease (GERD) patients. Multichannel intraluminal impedance (MII) is a new technique for the evaluation of non-acid, volume, liquid or gas reflux, regardless of its acidic content, or combined with pH-metry (pH-MII). Impedance measurement is used to show the bolus transit in the esophagus (without X-ray). **Aims, methods and result:** Diagnostic and therapeutic values of pH-MII method were investigated in 2 (F) patients suffering from non-erosive form of GERD (NERD), with atypical extraesophageal symptoms, and resistant to previous adequate proton-pump inhibitor (PPI) therapy. Single channel pH-metry (Digitrapper Deta 4 instrument) was performed in all cases both, before and after PPI-therapy. The diagnosis of GERD was confirmed with the result of pH-metry (before the treatment). Clinical symptoms were not significantly reduced by adequate PPI treatment. The repeated pH-metry (during standard PPI-therapy) did not show pH values over 4.0. Esophageal impedance was measured by Sleuth GER Monitoring Recorder, using ZAN-S61CO1E Single use multichannel (6+1) impedance - pH probe. Non-acidic reflux was confirmed in both cases in the background of clinical symptoms. The symptom index was positive in all cases. Two characteristic case reports will be presented in details. **Conclusion:** Esophageal impedance monitoring is a very sophisticated diagnostic method, which can detect reflux with a pH above 4 (weakly acid reflux or non-acid reflux), is reserved for clinically complicated cases approving the indication of antireflux surgery. Up until now more than 32 patients were investigated this way, and our general estimation is that MII must not be included into the routine esophageal diagnostic procedure, but it might be mandatory in cases with unexplainable PPI treatment resistance.

43.

THE ATP-BINDING CASSETTE TRANSPORTER ABCG2 (BCRP) AND ABCB1 (MDR1) VARIANTS ARE NOT ASSOCIATED WITH DISEASE SUSCEPTIBILITY AND DISEASE PHENOTYPE IN HUNGARIAN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Fischer S.,¹ Lakatos L.,² Kovacs A.,³ Molnar T.,⁴ Altorjay I.,⁵ Papp M.,⁶ Tulassay Z.,⁶ Osztoivits J.,¹ Demeter P.,⁷ Tordai A.,⁸ Andrikovics H.,⁸ Papp J.,¹ Lakatos P.,¹ 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Erzsébet Hospital, Budapest, Hungary³, 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, 2nd Dept. of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁵, 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶, Dept. of Gastroenterology, St Margit Hospital, Budapest, Hungary⁷, Dept. of Molecular Diagnostics, National Medical Center, Budapest, Hungary⁸

Background: MDR1 (ABCB1), a member of the ATP-binding cassette (ABC) transporters, is an attractive candidate gene for the pathogenesis of inflammatory bowel diseases (IBD) and perhaps response to therapy. Since limited data are available on MDR1 and ABCG2 polymorphisms in East European IBD patients, our aim was to study the ABCG2 and MDR1 variants and patients' response to medical therapy and/or disease phenotype in Hungarian patients. **Methods:** 414 unrelated IBD patients (CD:265, age:35.2±12.1years, duration:8.7±7.6years and UC:149, age:44.4±15.4years, duration:10.7±8.9years) and 149 healthy subjects were investigated. ABCG2 G34A, C421A and MDR1 C3435T, G2677T/A SNPs were detected using real-time PCR. Detailed clinical phenotypes were determined by reviewing the medical charts. **Results:** The frequency of the ABCG2 and MDR1 SNPs was not significantly different among IBD, CD, UC patients and controls. The risk for steroid resistance was not different in CD patients carrying variant ABCG2 (19.6% vs. non-carriers 18.4%, p=NS) or MDR1 3435T (CC:22.2% vs. CT/TT: 17.6%) alleles. Additionally, carriage of the variant allele was not associated to disease phenotype, presence of extraintestinal manifestations, smoking, response to infliximab therapy or need for surgery. In UC, the carriage of variant ABCG2 alleles seemed to be preventive for arthritis (15.5% vs. 31.7%, OR:0.39, 95%CI:0.16-0.98). **Conclusions:** MDR1 and ABCG2 SNPs were not associated to disease susceptibility or disease phenotype in Hungarian patients, as well as variant alleles did not predict the response to medical therapy or need for surgery. Further studies are needed to clarify the association between the presence of ABCG2 variants and arthritis in UC.

42.

CARNITINE PROFILE IN PANCREATIC ENZYME SUPPLEMENTED PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Figler M.,¹ Talián C. G.,² Bene J.,² Cseh J.,³ Battyányi I.,⁵ D. Fejős S.,⁴ B. Müller K.,⁴ Melegh B.,² 1st Dept. of Internal Medicine University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Medical Genetics and Child Development, University of Pécs, Pécs, Hungary², 2nd Dept. of Internal Medicine University of Pécs, Pécs, Hungary³, Dept. of Human Nutrition and Dietetics University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Dept. of Radiology University of Pécs, Pécs, Hungary⁵

Background: The majority of the carnitine reserves comes from intestinal absorption; the acyl groups of its esters are from the oxidation of fatty acids, or from breakdown of the branched chain amino acids. Chronic pancreatitis associates with malabsorption therefore can influence the carnitine ester metabolism at several points. **Aim:** These considerations prompted us to study the carnitine status in a relatively homogenous group of chronic pancreatitis patients characterized by alcoholic origin, stable condition and long-term alcohol free, pancreatic enzyme supplemented clinical status during the study's period. **Method:** We determined free carnitine and its 24 acyl esters in 56 enzyme treated patients with chronic alcoholic pancreatitis (male/female 33/23, mean age: 62.8 years, range: 54-73 years) by ESI triple quadrupole tandem mass spectrometry and 51 carefully selected clinically healthy age, sex-, weight-, and height matched subjects (male/female 31/20, mean age: 60.7 years, range: 52-71) served as controls. **Result:** We found normal carnitine ester profile both in patients and in controls. **Conclusion:** Our data suggest that the normal mixed diet supplemented with the routine pancreatic enzyme administration are appropriate for the maintenance of an accurate carnitine homeostasis in patients with chronic alcoholic pancreatitis.

44.

EZOMEPRAZOL HATÉKONYSÁGA MASSZÍV GASTRO-DUODENALIS VÉRZÉSBEN

Forgács A., Éles Z., Lukász P., Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Sebészet

A protonpumpa gátlók(PPI) alkalmazása gastro-duodenalis vérzésben általánosan elfogadott jelentős sav szekréció gátló hatásuk miatt. Van-e olyan készítmények azonban, melyek hatásos szekréciógátlók ugyan, de vérzők kezelésében nem ismeretes esetleges kedvező hatásuk. Ilyen gyógyszer az ezomeprazol(E) is, mely hatékony szekréciógátlóként széles körben alkalmazott. Vizsgálatunkban masszív gastro-duodenalis vérzőket vizsgáltunk két csoportba osztva, úgy, hogy omeprazole(O) és pantoprazol(P) hatékonyságát vetettük össze ezomeprazol eredményességével. Ezomeprazolt csak olyan esetekben alkalmaztunk, amikor a készítmény törzskönyvi indikációjában szereplő gastro-oesophagealis reflux is igazolható volt. Mindhárom gyógyszert napi 2x40 mg-os dózisban infúzióban, illetve bólusban használtuk intra vénásan. Gyógyszers mellékhatást nem észleltünk. Minkét csoport minden betegénél - amennyiben indokolt volt- éltünk az endoszkópos vérzéscsillapítás lehetőségével. Az O/P csoport esetszáma 15, átlagéletkora 54 év, az E csoport 30 esetének átlagéletkora 64 év volt. Az O/P csoportban átlagosan 3,7E, az E csoportban 3,8E vért adtunk. Az iv. kezelést 1,3, illetve 2,6 napig folytattuk. Az O/P csoportban 2 esetben az E csoportban 5 esetben végeztünk műtétet. Az O/P csoport 15 betegéből 1 beteget, az E csoport 30 esetéből 3 beteget veszítettünk el.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy az ezomeprazol hatékonysága gastro-duodenalis vérzésben egyenértékű az általunk vizsgált más PPI készítményekkel. Eredményeink alapján megfontolásra javasoljuk a törzskönyvi indikáció kiterjesztését.

45.

A HAPTOGLOBIN POLIMORFIZMUS ÉS A COELIAKIA KLINIKAI MEGJELENÉSENEK KAPCSOLATA

Földi I.¹, Papp M.¹, Nemes É.², Máté I.¹, Hársfalvi J.³, Várvölgyi C.⁴, Barta Z.⁵, Altorjay I.¹, Udvardy M.⁶, Korponay-Szabó L.⁷, Debrecei Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum II. Belklinikai Gasztroenterológiai Tanszék¹, Gyermekklinika², Klinikai Kutató Központ³, I. Belklinikai⁴, III. Belklinikai⁵, II. Belklinikai, Haematológiai Tanszék⁶, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest⁷

Elméleti háttér: A haptoglobin (Hp) egy haemkötő glycoprotein, melynek komoly antioxidáns és immunmoduláns hatása van. Genetikailag két allél (Hp1 és Hp2) kódolja és három fenotípusa ismert (Hp1-1, 2-1 és 2-2). Hp2-1 fenotípus esetén a molekula komplex alegység szerkezete eltér mind az 1-1, mind a 2-2 fenotípustól. A Hp fenotípusok közötti funkcionális különbségek miatt a molekula polimorfizmusa számos gyulladásos betegség prevalenciáját és klinikai lefolyását befolyásolhatja. **Célkitűzés:** Coeliakiás betegekben elsőként vizsgáltuk a Hp polimorfizmus megoszlását és annak esetleges kapcsolatát a betegség klinikai megjelenésével. **Módszerek:** 550 coeliakiás beteget (gyermek: 295 és felnőtt: 255) és 384 egészséges kontroll egyént vizsgáltunk. A Hp fenotipizálás szérum mintákból sodium-dodecil-szulfát poliakrilamid gradiens gél elektroforézissel majd immunoblottal történt. A betegek klinikai adatait a kezelőorvos által kitöltött részletes kérdőív alapján nyertük. **Eredmények:** Coeliakiában a Hp fenotípus megoszlás szignifikánsan eltért az átlagpopulációban észleltől (Hp1-1: 7,5% vs. 11,5%, Hp2-1: 60,7% vs. 46,1%, Hp2-2: 31,8% vs. 42,4%; $p < 0.001$). Ezek az arányok a különböző gasztrointesztinális és extraintesztinális tünetek miatt illetve szűrővizsgálattal felfedezett esetekre is jellemzők voltak, de Hp2-2 fenotípus esetén szignifikánsan gyakoribbak voltak a súlyos malabsorptió formájában jelentkező esetek (51,4%), mint a 2-1 (26,7%) és 1-1 fenotípusnál (19,5%). Következtetések: A coeliakiás betegekben a Hp 2-1 fenotípus gyakrabban, a 2-2 fenotípus ritkábban fordul elő, mint az átlagnépességben, de 2-2 fenotípus esetén nagyobb valószínűséggel alakul ki súlyos általános állapothoz vezető tünetegyüttes, mely összefügghet a Hp 2-2 gyengébb anti-inflammatorikus hatásával.

47.

NEW GENE EXPRESSION MARKERS OF COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA SEQUENCE

Gálamb O., Gálamb B., Solymosi N., Sipos F., Spisák S., Tóth K., Molnár B., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Background and Aims: Gene expression analysis of colon biopsies using high-density oligonucleotide microarray can contribute to the understanding of local pathophysiological alterations and to functional classification of precancerous adenoma, and different stages of colorectal carcinomas (CRC). As most CRC develop on the basis of villous adenomas, we focused on the gene expression aspects of adenoma-dysplasia-carcinoma sequence. **Methods:** Total RNA was extracted, amplified and biotinylated from frozen colonic biopsies of 15 patients with CRC, 15 with villous adenoma and 8 normal controls. Genome-wide gene expression profile was evaluated by HGU133Plus2.0 microarrays. Gene expression was also measured by Taqman real-time PCR. RMA background correction, quantile normalization and median polish summarization were used. Kendall's rank correlation was performed for quantification of association between the expression level and the disease stages. **Results:** 17 genes were identified which shows significantly increasing gene expression tendency both in microarray and RT-PCR analysis ($p < 0.05$), according to the normal-adenoma-dysplasia-carcinoma sequence. The genes which increased expression tendency the most were melanoma cell adhesion molecule, collagenIV- α 1, biglycan, interleukin-8, matrix GLAprotein, thrombospondin-2, von Willebrand factor, and osteopontin. Five genes showed significantly decreasing expression pattern both in microarray and RT-PCR analysis ($p < 0.05$), including prostaglandin D2 receptor, chemokine (C-X-C motif) ligand 12, amnionless homolog and brain creatine kinase. **Conclusions:** The genes which were identified as an increasing or decreasing tendency according to the adenoma-dysplasia-carcinoma sequence, can be the progression markers of the colorectal carcinogenesis and tumor progression. Tissue microarray analysis of the potential markers at protein level on an expanded set of samples is planned. Furthermore, our whole genomic microarray analysis of biopsies provides discriminative signatures, and insight into pathophysiological background of colonic diseases.

46.

GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZŐ BETEGEK ELŐKÉSZÍTÉSE ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATRA – TAPASZTALATAINK

Gaál G., Dózsa L., Burai M., Schäfer E., Gyökerez T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

Osztályunkon az elmúlt években évente átlagosan 20 esetben végzünk urgens colonoscopiát keringés megindulással járó, a haematokrit, több mint 10 %-os csökkenését okozó masszív alsó gasztrointesztinális vérzés miatt. Az urgens colonoscopiát az állapot súlyosságától függően 3-72 órán belül végezzük el, a beteg hemodinamikai stabilizálását, szükség esetén transzfundálását követően. Nagy mennyiségű, lehetőleg szondán keresztül végzett ortograd bélmosás után, az esetleges coagulopathia rendezése mellett a masszív vérző betegek döntő többsége megvizsgálható volt és az endoszkópos vérzéscsillapító eljárást megkísérelhetjük Tonogénes infiltrálással, illetve hemoklip felhelyezésével. Az esetek többségében a vérzés spontán megszűnt a vizsgálat idejére. Az elmúlt évben 2 alkalommal volt sikertelen az endoscopos vérzéscsillapítás és volt szükség sürgős műtétre.

Évente átlagosan 100-130 esetben végzünk urgens gastroscopiát haematemesis, melaena miatt. Endoscopos beavatkozás előtt ezen betegek minden esetben osztályunk szubintenzív részlegére kerülnek, ahol egységes protokoll szerint készítjük elő őket a vizsgálatra. Haemodinamikai stabilitás (vénabiztosítás, alvadási paraméterek rendezése, transzfúzió, stb.) mellett, minden esetben nasogastricus szondán keresztül acepraminos gyomormosást végzünk. Ezáltal előzetes információt nyerhetünk a vérzés típusára, intenzitására vonatkozóan, valamint az endoscopos team számára könnyebben vizsgálhatóvá válik az oesophago-gastro-duodenum és a vérzéscsillapító eljárások számára optimálisabb környezetet biztosíthatunk. Az osztályunkon alkalmazott előkészítés csak néhány esetben volt sikertelen, a vérzésforrás azonosítása céljából ismételt vizsgálatra csak ritkán kényszerültünk.

Konklúzió: A sürgősségi diagnosztikus, és a vérzés végleges ellátását is célzó endoscopos vizsgálatnak lehetőség szerint stabil keringési viszonyok mellett kell megtörténnie.

48.

COLONIC LUMINAL SERINE-PROTEASE ACTIVITY: A PATHOPHYSIOLOGICAL FACTOR IN DIARRHEA-PREDOMINANT IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Gecse K.¹, Róka R.¹, Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Ferrier L.², Eutamene H.², Lonovics J.¹, Fioramonti J.², Wittmann T.¹, Bueno L.² 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institut National de la Recherche Agronomique, Neuro-Gastroenterology & Nutrition Unit, Toulouse, France²

Introduction and aims: A recently detected elevated colonic luminal serine-protease activity in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) raised our interest in search for an organic background in the poorly understood pathogenesis of the disease. The aim of this study was to evaluate the possible role of elevated fecal serine-protease activity in visceral hypersensitivity and increased colonic paracellular permeability (CPP), two characteristic features of IBS. **Methods:** Abdominal muscle EMG response evoked by colorectal balloon distensions was registered in mice 60 min after intracolonic administration of fecal supernatants from IBS-D patients, healthy controls and supernatants from IBS-D patients previously incubated with serine-protease inhibitors. CPP was evaluated in vitro by Ussing chambers on colonic strips of wild type or protease-activated receptor 2 (PAR-2) deficient mice by measuring the mucosal to serosal flux of fluorescein-isothiocyanate dextran 60 min after the administration of fecal supernatants from healthy controls, IBS-D patients or IBS-D supernatants previously incubated with serine-protease inhibitors. **Results:** IBS-D supernatants significantly enhanced abdominal muscle EMG response at low distension volumes compared to supernatants from healthy subjects (0.02 ml: 30.6 ± 5.9 vs. 3.5 ± 1.7 ; 0.04 ml: 73.4 ± 7.9 vs. 18.9 ± 7.5 ; 0.06 ml: 73.4 ± 4.4 vs. 18.9 ± 14.3 mV*s, respectively), an effect that was prevented by serine-protease inhibitors. Compared with healthy controls or saline, supernatants from IBS-D patients significantly increased CPP (128 ± 16 and 100 ± 6 vs. 192 ± 13 ; respectively). Elevated CPP was prevented by the administration of serine-protease inhibitors and was absent in PAR-2 deficient mice. **Conclusion:** Increased colonic luminal serine-protease activity may be responsible for the pathogenesis of visceral hyperalgesia and - through PAR-2 activation - for increased colonic permeability in IBS-D, which may offer novel therapeutic targets in the treatment of the disease.

49.

COMMON NOD2/CARD15 VARIANTS ARE NOT ASSOCIATED WITH SUSCEPTIBILITY OR CLINICOPATHOLOGIC CHARACTERISTICS OF SPORADIC COLORECTAL CANCER IN HUNGARIAN PATIENTS

Gemela O.¹, Hitre E.², Szalay F.¹, Zinóber K.³, Fuszék P.¹, Horváth H.¹, Lakatos L.⁴, Fischer S.¹, Osztoivits J.¹, Papp J.¹, Ferenci P.³, Lakatos P.¹ ¹1st Dept of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary ², Dept. of Internal Medicine 4, University of Vienna, Austria ³, 1st Dept. of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary ⁴

Background: Epidemiological observations suggest that cancer arises from chronically inflamed tissues. Inflammatory bowel disease (IBD) is a typical example as patients with longstanding IBD are at an increased risk for developing colorectal cancer (CRC) and mutations of the NOD2/CARD15 gene increase the risk for Crohn's disease (CD). Recently, NOD2/CARD15 has been associated with a risk for CRC in some studies, which stemmed from ethnically diverse populations. Our **aim** was to identify common NOD2/CARD15 mutations in Hungarian patients with sporadic CRC. **Methods:** A total of 194 sporadic CRC patients (m/f: 108/86, age at diagnosis of CRC: 63.2 ± 9.1 years old) and 200 healthy subjects were included. DNA was screened for SNP8, SNP12 and SNP13 NOD2/CARD15 mutations by denaturing-HPLC and confirmed by direct sequencing. **Results:** NOD2/CARD15 mutations were found in 28 patients (14.4%) and in 23 controls (11.5%, $p=NS$). Allele frequencies for SNP8/R703W (1.8% vs. 1.5%) SNP12/G908R (1.8% vs. 1.8%) and SNP13/3020insC (3.6% vs. 2.5%) were also not statistically different between patients and controls. The clinicopathologic characteristics of CRC patients with or without NOD2/CARD15 mutations were not significantly different. **Conclusion:** Our results suggest that common NOD2/CARD15 mutations alone do not contribute to CRC risk in the Hungarian population.

51.

SERUM DIPEPTIDYL PEPTIDASE IV ACTIVITY IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Ghyczy D.¹, Lengyel G.¹, Varga T.¹, Somogyi A.¹, Selmeci L.², Firneisz G.¹, Fehér J.¹ ¹2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, Dept. of Cardiovascular Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary ²

Background: Previous reports found increased serum dipeptidyl peptidase IV (DPPIV) activity in patients (pts) with different chronic liver diseases and also recently a few DPPIV inhibitors were introduced into the treatment of type 2 diabetes mellitus (DM2). **Aims:** We aimed to study the serum DPPIV activity in pts with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) due to the phenomenon that a significant proportion of NAFLD pts harbours characteristics overlapping with the metabolic disorder. Therefore we performed 75gCH oral glucose tolerance test in pts with previously unknown DM2 and NAFLD. Known DM2 NAFLD pts received a standard test meal (50gCH) to observe postprandial serum DPP IV activities. **Methods:** Serum DPPIV activity was measured by microplate-based (Multiskan-Plus-MKII, Labsystem) kinetic assay in 17 pts (F:M=9:8) with NAFLD and 22 (F:M=14:8) healthy controls. Gly-Pro-pNA (Bachem, Bubendorf, Switzerland) was used as substrate. Results are expressed in nmol/ml/min (U/L) pNA hydrolysis. T-test and Pearson correlation were used. Glucose, HbA1c, CRP, TG, LDL-C, HDL-C, Creatinin, Cystatin-C, ALAT, ASAT, gGT, ALP, BI, UA were determined according to the standard methods. **Results:** No changes in serum DPPIV activity were detectable in pts with NAFLD after OGTT(0', 60', 120', 180'). Serum fasting DPPIV activity was significantly higher in pts with NAFLD ($30.77[5.19]p<0.05$) than in healthy controls ($26.05[3.93]$). Significant positive correlation was found between the DPPIV activity and the gGT levels (Pearson Corr:0.643, $p<(2\text{-tailed signif.}):0.0072$). In addition to the 4 pts with previously known DM2, we have diagnosed 2 pts with IGT and one pt with diabetes. The body mass index (BMI) was also significantly higher ($30.42[4.3]$, $p=0.0003$) in pts with NAFLD compared to the healthy controls ($24.04[4.81]$). **Conclusions:** The higher fasting DPPIV activity in pts with NAFLD could provide a step towards the understanding of NAFLD and might also have therapeutic consequences. The significant correlation found between the serum DPP IV activity and gGT levels needs to be further investigated.

50.

OVERVIEW OF ULTRASOUND-GUIDED INTERVENTIONS CARRIED OUT AT OUR REGIONAL GASTROENTEROLOGY CENTRE BETWEEN 2001 - 2006

Gervain J.¹, Gajdán L.¹, Nyikos O.¹, Kovács G.¹, Lambert M.¹, Csomán É.¹, Máj C.², Molnár A.², Szilágyi A.² ¹4th Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ¹, Dept. of Pathology, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ²

Introduction: Due to their high diagnostic and therapeutic values and the low risk of complications, ultrasound-guided interventions have an evolving role among minimally invasive techniques in gastroenterology. At our centre, we have been carrying out interventional ultrasound examinations for 10 years with the following diagnostic and/or therapeutic purposes: a) biopsy of focal or diffuse lesions and b) puncture/drainage of fluid retentions. The **aim** of this paper is to summarize our experience and to overview the indications, the methods and the result of the interventions carried out in the past 6 years. **Patients:** There were 322 cases of ultrasound-guided intervention between 2001 and 2006. 48% of the patients ($n=154$) were female and 52% were male ($n=168$). Age distribution was the following: <1 year:2, 11-20 years:1, 20-70 years:253, and >70 years:66 patients. **Methods:** Examinations were carried out by CoreVisionPro (Toshiba) color Doppler ultrasound machine. Biopsy: 17-20 G Braun Sonocan needle with free hand technique or under guidance with central channel transducer; Puncture: 17-18 G needle under ultrasound guidance followed by suction with vacuum bottle; Drainage: 6-7.5 F pigtail catheter. Interventions were followed by biochemical, microbiological, histological and cytological examinations of the samples. **Results:** Indications for ultrasound-guided interventions: chronic hepatitis C:93, chronic hepatitis B:5, focal hepatic lesion:96 (hepatocellular carcinoma:28, metastasis:37, hepatic cirrhosis:6, steatosis:25), tumor of the pancreas:11, hepatic or pancreatic abscess/cyst:57, other:60 cases. No complications occurred. **Summary:** Ultrasound-guided interventions done for well-established indications by experienced staff following proper preparation, have very high diagnostic and therapeutic value with a very low complication rate (none in our case). More widespread use of this minimally invasive technique should be encouraged in gastroenterology.

52.

THE FORREST IA TYPE UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE DURIN THE PAST DECADE

Gurzó Z.¹, Fazekas L.², Gáll L.², Ilyés S.², Bordás L.², Ottlakán A.³, Novák J.² Endoscopic Laboratory, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary ¹, Dept. of Gastroenterology, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary ², Dept. of General Surgery, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary ³

Introduction: The authors have experienced that in the several years of time Forrest type IA hemorrhage in the upper digestive tract has appeared more often. Retrospectively they have analyzed the data of the past ten years (1996-2006), patient's gender, history of the disease, localisation of lesion, effectiveness of haemostatic procedures applied, and necessity of surgery. **Discussion:** In 1996 137 patients (58 females, 79 males) were treated for non variceal upper digestive tract hemorrhage, while in 2006 we treated 151 (69 females, 82 males) patients for the same symptom. In 1996 we have found Forrest IA type haemorrhage in only 3 patients (2%). Drug induction as the cause of haemorrhage was not proved in any of these cases. In one patient the source of hemorrhage was pyloric, in two patients bulbar ulcer with arterial stump was found. Haemostatic therapy was given by injection in all three cases, but surgery was still required in these three patients. In 2006 we found Forrest IA type of hemorrhage in 10 patients (6%) (2 females, 8 males). Drug-induced hemorrhage (ASA, Ticlopidin and NSAIDs) was presumed in 7 patients. The localization of bleeding in 5 patients was in the stomach, in 2 patients the duodenum, 2 patients had an anastomotic bleeding with arterial stump and in 1 patient we diagnosed caliber persistent gastric lesion. Haemostatic therapy by injection was given in every case, in 4 patients HPU coagulation, in 6 patients hemoclip was also used. Surgery was required in 4 patients. One patient died in the post-operative period due to cardiac complications. **Conclusion:** In the past ten years the proportion of Forrest IA lesions has not increased significantly, but the rate of gastric localization significantly increased compared to the duodenal one. The explanation may be found in drug induction. Surgical treatment is still required, but its percentage has decreased.

53.

24 ÓRÁS NYELŐCSŐ IMPEDANCIA VIZSGÁLAT

Gyenisné Jakab J., Király Á., PTE AOK III. BELKLINIKA Pécs

A gastroesophagealis reflux betegség populációvizsgálatok alapján az emberek ötödét érintő megbetegedés. Háttérben az alsó oesophagealis sphincter rendellenességén, a nyelőcsőtest motilitászavarán és a gyomorürülési zavaron túl a nyelőcső hyperszenzitivitása is szerepet játszik. Kivizsgálásában az elmúlt években egyre inkább előtérbe kerültek a nyelőcső funkcionális diagnosztikáját alkotó módszerek. Nyelőcső manometria segítségével motilitászavar igazolása lehetséges, a 24 órás pH-metria a savas, Bilitest vizsgálat az epés reflux kimutatására szolgál. A funkcionális diagnosztikában a legújabban alkalmazott eljárás a 24 órás nyelőcső impedancia vizsgálat, melynek segítségével különbség tehető savas és nem savas, illetve folyadék és gáz halmazállapotú refluxátum között. A vizsgálat elve azon alapszik, hogy más a folyadék és a gáz vezetőképessége és ezáltal az elektromos ellenállása. Az ionokat tartalmazó folyadék vezetőképessége jó, ellenállása alacsony, míg a gáz vezetőképessége rossz, ellenállása magas. A vizsgálat során nyelőcső manometriát követően naso-oesophagealis szondát helyezünk le, mely egy vagy több standard pozícióban lévő pH mérő szenzort is tartalmaz, ezáltal eldönthető, hogy adott időpontban a nyelőcsőbe jutó bólus pH-ja 4 alatti-e, azaz savas bólus tranzitja történt-e, vagy semleges pH-jú bólus okozott panaszt a betegnek. Ezen vizsgálat segítségével lehetőségünk nyílik a korábban alkalmazott módszerekkel nem detektálható enyhén savas és volumen reflux kimutatására, ezáltal minden eddigénél pontosabb képet kaphatunk a nyelőcsőben történő pH változások és a tünetek összefüggéséről.

55.

KORAI VAGY HALASZTOTT CHOLECYSTECTOMIA ENDOSCOPOS EPEÚTKÓ ELTÁVOLÍTÁS UTÁN

Hágendorn R., Czimmer J., Rumi G., Szabó I., Karádi O., Pakodi F., Hunyady B., PTE OEKK KK I. sz. Belgyógyászati Klinika

Célkitűzés: Az endoscopyos epeútkó extrakciót követő cholecystectomy tervezett időpontra történő halasztásának (42 nap utáni) kockázatát vizsgáltuk a korai (42 napon belüli) műtéthez képest. Határnapként a jelenlegi finanszírozás szerinti maximális ápolási napot tűztük ki.

Módszer: Retrospektív elemzés a rendelkezésre álló betegdokumentáció, ill. telefonos konzultáció alapján.

Betegek: 2003-2006 között klinikánkon endoscopyos epeútkó extrakción átesett, a beavatkozás előtt még nem cholecystectomyizált 42 beteg. Vizsgált paraméterek: sürgősségi műtétet vagy ismételt ERCP-t indokló egyéb biliaris komplikációk, mint biliaris pancreatitis, recidív epeúti kövesség, tünettel járó cholangiohepatitis előfordulása a várakozási idő alatt. „Korai” műtét: a kőextrakciót követően 42 napon belül elektíven elvégzett műtét (inclusive). (4 betegnél a beavatkozást követő 72 órán belül került sor sürgősségi cholecystectomyra, őket a feldolgozásból kihagytuk.) „Halasztott” műtét: az epeútkó extrakciót követően 42 napon túlra halasztott elektíven műtét, vagy a kimutatott cholecystolithiasis ellenére sem vállalt műtét (ez utóbbiak többnyire nagy műtéti kockázatú betegek).

Eredmények: A „korai” csoportban 42 napon belül operált 13 beteg közül 6 esetben jelentkezett biliaris komplikáció a műtétig. A „halasztott” csoportban 42 napon belül műtétre nem került 25 beteg közül 3 esetben lépett fel előbbre hozott beavatkozást indokló biliaris komplikáció, további két betegnél elektíven történt meg a cholecystectomy. A csoport 20 betegénél a cholecystectomy elhagyása hosszú követési idő alatt (medián 17 hónap) sem vezetett biliaris komplikációhoz.

Konklúzió: Előzetes adataink alapján az endoscopyos epeútkó extrakciót követően a cholecystectomy 42 napon túlra halasztása vagy a nagy műtéti kockázatú betegnek elhagyása nem jelent nagyobb biliaris kockázatot, mint a „korai” időpontban tervezett műtét.

54.

PANCREAS DIVISUM AS A NEW CHALLENGE FOR THERAPEUTIC ENDOSCOPY. OUR EXPERIENCES IN CHRONIC PANCREATITIS.

Gyökeres T., Burai M., Pap Á., Dept. of Gastroenterology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary

Background: Pancreas divisum (PD) is a common congenital abnormality. It can be the cause of acute relapsing pancreatitis, chronic obstructive pancreatitis (CP) and chronic abdominal pain without pancreatitis. Endoscopic therapy is nowadays considered as an accepted treatment modality.

Patients and methods: In a five-year period, we had 28 patients with the diagnosis of PD observed by ERCP. There were 15 women and 13 men, the median age was 57 (22-86) years. 11 patients had chronic pancreatitis, 8 had acute pancreatitis (4 of them had several acute attacks of relapsing pancreatitis, 3 patients had pancreatitis of biliary origin and 1 patient presented with his first acute attack). 5 patients had chronic abdominal pain without acute pancreatitis. In 4 cases the diagnosis of PD was accidental and irrelevant to the symptoms. Endoscopic therapy including minor papillotomy, stone extraction, stricture dilation and temporary pancreatic stenting via the minor papilla was applied in 6/11 chronic pancreatitis patients and in 1 out of 4 with acute relapsing pancreatitis.

Results: In 1 patient with CP the cannulation of the minor papilla was unsuccessful. In 5 CP patients with endotherapy the median number of ERCPs was 4 (3-12). After a mean of 34 months follow up 4 out of 5 patients were symptomfree. In 5 CP patients without endotherapy 3 were followed for 15, 59 and 36 months, respectively. Only the latter one had an acute flare-up during follow up.

Conclusion: With an appropriate patient selection the endoscopic therapeutic interventions on the minor papilla could be effective for long term in a selected group of PD patients with chronic pancreatitis.

56.

GIST TUMOR RENDHAGYÓ DIAGNÓZISA

Hamvas J., Takács R., Földházi K., Chamdin S., I. Belgyógyászati Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Budapest

Bevezetés: A mesenchymális tumorok között kiemelt jelentőségű gasztrointesztinális strómális tumor (GIST) A tirozin kináz családba tartozó c-kit proto-onkogén funkciószerű mutációja következtében alakul ki. A diagnózist a CD117 és CD34 pozitív immunhisztokémia biztosítja.

Esetismertetés: KO 60 éves férfibeteg távoli anamnézisében peptikus gyomor panaszok miatti korábbi teljes kivizsgálás, hypertonia, hyperlipidaemia szerepel. Külföldi munkavállalás és biztosítás alapján sigma polyp eltávolítás történt. Polypectomiát 2 nappal követő rectalis vérzés miatt láttuk el. Előkészítést követő colonoscopia során vérzés már nem volt. 1 hónapon belül jelentkező bizonytalan diffúz hasi-mellkasi panaszok miatt további vizsgálatok, gastroscopia is történt, gastritis, erosív reflux miatt PPI kezelést indult, hasi UH diff. májlaesiót írt el. 6 hónappal később elvégzett kontroll colonoscopia kapcsán polypus recidíva nem volt. 3 hónap múlva ismételt felvétele történt alhasból kiinduló polycolor, bizonytalan tünetek kapcsán. Korábbi vizsgálatait nem ismételtük, terheléses laborvizsgálatok maldigestiót nem igazoltak, pszichiatriai vizsgálat alapján Pánik sz. Hasi manifestatio gyanú miatt alprazolam kezelés indult, valamint SSRI beállítását javasolták. A továbbra is fennálló diffúz panaszok miatt külföldi munkavállalása alatt hasi CT vizsgálat történt, mely gyomor kiscsöbület mentén extraluminaris 1,5 cm-s solid képletet, 1 cm alatti paraaortikus nyirokcsomókat írt le, GIST lehetőségét vetették fel. Tumormarker vizsgálatok negatívak voltak. Laparoscopus műtét során az intramuralis localizációjú tumort macroscoposan az ében távolították el. Immunhisztológiai vizsgálat a GIST tumort igazolta. A beteget esetlegesen fennálló metastasisok felderítésére PET CT-re előjegyezték.

Következtetés: A funkcionális tünetek a gastrointesztinális betegségek kivizsgálását, kezelését legtöbbször megnehezítik. Bizonyos esetekben azonban a megismétlődő orvosi konzultáció és az egyre szofisztikáltabb vizsgálati eljárások – kényszerű – alkalmazása nem várt, ritka diagnózishoz vezet, esetünkben előnyös terápiás életkilátásokkal.

57.

REGIONÁLIS COELIAKIA REGISZTER

Haraszi B.¹, Papp M.¹, Földi I.¹, Nemes É.², Várvolgyi C.³, Barta Z.⁴, Tumpek J.⁵, Korponay-Szabó I.², Altörjay I.¹, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, II. Belklinika, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Gyermekklinika², I. Belklinika³, III. Belklinika⁴, Regionális Immunlabor⁵,

Elméleti háttér: A coeliakia gyakori, sokszínű klinikai formában megnyilvánuló betegség. A korszerű és könnyen elérhető szerológia módszerek ellenére a felismert és kezelt betegek mellett a nem vagy helytelenül diagnosztizált esetek száma még mindig magas.

Módszerek: 2004-2006 közötti időszakban a Debreceni Egyetem OEC gyermek- és felnőtt gasztroenterológiai szakrendeléseinek nyilvántartott 320 coeliakiás beteg adatait dolgoztuk fel, ezek közül 86 beteg 220 elsőfokú rokonának szerológiai szűrővizsgálata is megtörtént. A pozitív endomysium illetve transzglutamináz antitest eredmény alapján szövettani vizsgálatot végeztünk a diagnózis megerősítésre.

Eredmények: A diagnózis felfedezésekor a vezető tünetek 15%-ban vashiányos anaemia, 24%-ban malabsorptio ill. súlyos fogyás, 29%-ban egyéb gasztrointesztinális tünetek, 6%-ban dermatitis herpetiformis valamint 12%-ban, extraintestinális tünetek voltak. Az esetek 14%-át panaszmentes állapotban, szűrővizsgálattal (családpopulációs szűrés) diagnosztizáltuk. A szerológiai vizsgálatokat 54,3%-ban gasztroenterológiai szakrendelés kérte, 45,7%-ban a betegek panaszaiakkal egyéb szakrendelésen jelentkeztek (hematológia, endokrinológia, immunológia, bőrgyógyászat, ritka betegség). A betegek 75%-a tartja a gluténmentes diétát. A hozzátartozók között a coeliakia előfordulása közel 20% volt.

Következtetések: A tünetmentes és a tünetekkel rendelkező coeliakiás betegek hatékonyabb diagnosztizálása, követése és a rokonok szűrővizsgálata csak egységes, a társszakmakkal szorosan együttműködő rendszerben képzelhető el. Jól lehetőséget kínál erre egy regionális regiszter létrehozása.

59.

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF COLORECTAL CANCER SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE

Harisi R.¹, Bodoky G.², Flautner L.¹, Kupcsulik P.¹, Weltner J.¹ 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary¹, Dept. of Oncology St. László Hospital, Budapest, Hungary²

The **aim** of the current study was to construct a colorectal cancer specific quality of life questionnaire (CRC_QoL). **Patients and methods:** 372 patients with rectal cancer were included in this prospective study. The CRC_QoL was prepared in order to analyze the correlation between the characteristics of the colorectal cancer and its treatment. The questionnaire consists of 62 questions and can be answered in about 20 minutes. There are 2-5 possible answers in a simple choice system. The possible scores and scales were chosen in collaboration with the patients. Bigger numbers mean worse, while smaller values mean better quality of life. In an earlier pilot study we asked healthy volunteers concerning the importance of different values, and the results of these interviews resulted in the values of the different answers on the scale of each question. The scale can also be seen as a percent distribution, where the best quality is 100. The results were evaluated by question as well as by patient group. Statistical routines were administered with the use of MiniStat and statistical significance of the data was determined using the Student's t-test. **Results:** Internal consistency of each factor was assessed by calculating Cronbach alpha values and was found satisfactory. For the test-retest reliability analysis the questionnaires were re-assessed. Correlation analysis showed that the answers were consistent, Pearson values ranging from 0.991-1.00 ($p < 0.01$ in all cases). Discriminative validity analysis of the factors showed a significant difference in all cases which proves that these items discriminate between patients operated for colorectal cancer and the healthy population. **Conclusion:** This questionnaire, can be used to detect changes in QoL over time in patients with colorectal cancer. Its use as an additional outcome measure of surgery and chemotherapy should be encouraged.

58.

COELIAKIA A HÁZIORVOSI PRAXISBAN

Harbula I.¹, Hamvas J.¹, Takács R.¹, Gastroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹, Tordas Háziorvosi Praxis²,

Bevezetés: Azok a betegek, akiknél már felismerték a coeliakiát, valószínűleg csak a jéghegy csúcsát jelentik. A klasszikus körképpel napjainkban egyre ritkábban találkozunk. Gyakoribb a tünetszegény, vagy monoszimptomás forma, például terápia rezisztens vashiányos anaemia, kóros soványság. A lakossági szűrővizsgálatok alapján a betegség előfordulása 1:250 az észak európai származású fehér bőrű személyek között, de ritka az afrikai és ázsiai eredetűek között. Az, hogy a coeliakia klinikai diagnózisa az USA-a lakosságának körében 1:500, arra utal, hogy a legtöbb esetet nem diagnosztizálják.

Betegek és módszerek: Esetünkben 26 éves nőt egy görcsös hasi fájdalom miatt láttak el egy sürgősségi osztályon. Itt néhány órás observáció, vérvizsgálat, EKG után Colica rennis diagnózissal emittálták. Háziorvosi rendelőnkben másnap jelentkezett leleteivel, melyből a jelentős microcyter anaemia emelendő ki. Anamnézisében jelentős betegség nem volt ismert, későbbi részletes kikérdezéskor azonban gyermekkorától ismert vashiányos anaemiáról számolt be. Hosszabb elbeszélgetés után derült ki, hogy édesapjának coeliáciája van. A beteget, illetve testvéreit eddig nem vizsgálták ilyen irányban, bár mindhármuk gyermekkoruk óta ?vérszegény?. A család az édesapát kivéve diétát nem tartott. Gastroenterológiai kivizsgálást javasoltunk, coeliakia irányában.

Eredmények: Hasi UH nephrolithiasist igazolt, laborjaiban urininfekció jeleivel. Nagyfokú vashiány volt észlelhető. Weber negatív volt. Szerológiai eredmények coeliakiát igazoltak. Felső panendoscopia során atrophias nyálkahártyát, szövettannal súlyos erosiv duodenitist, subtotalis boholyatrophia jelenlétét, CD8 pozitivitást találtunk. Hasi panaszai diéta mellett megszűntek, vérvértékei rendeződtek.

Következtetés: Már a háziorvosi rendelőben fontos a jó anamnézis felvétele. Az ismertetett esettel szeretném felhívni a figyelmet az alapellátási szűrések jelentőségére, hogy hasonló esetek is időben felismerésre kerüljenek.

60.

ÉTREND-KIEGÉSZÍTŐK HASZNÁLATÁNAK VIZSGÁLATA DIETETIKUSOK KÖRÉBEN

Henter Izabella, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

Az étrend-kiegészítők használata részben megkérdőjelezhető miszerint a mai élelmiszerválaszték mellett a kiegyensúlyozott táplálkozás biztosítja a szervezet számára a létfontosságú mikro- és makrotápanyagokat. Ugyanakkor a lakosság kis százaléka követi a táplálkozási ajánlásokat. Az élelmiszerek gyártása és tárolása során is sok értékes tápanyag megy veszendőbe. A dohányzás, a stressz, a helytelen táplálkozás és életmód fokozott terhet ró a szervezetre, és megváltozik a tápanyagszükséglet. Betegségek és különösen a helytelenül összeállított diéták is okozhatnak hiánytüneteket. Felmérések szerint minden negyedik magyar polgár fogyaszt valamilyen étrend-kiegészítőt.

Vizsgálatunkat (2005. december – 2006. január között) dietetikusok körében végeztük. (n=115, 111 nő és 4 férfi, átlagéletkor: 34,4 év, SD: 11,4). Az önkéntes alapon emailben visszaküldött egyszerű választásos ill. kifejtendő kérdéseket tartalmazó kérdőív segítségével jártunk utána: miért, mit, mennyit, meddig fogyasztanak és használnak az étrend-kiegészítőkből. A készítményekkel kapcsolatos kérdéseken kívül foglalkoztunk a választ adók jártasságával is ebben a témában.

Kollégáink négyötöde használt ill. jelenleg is alkalmaz étrend-kiegészítőt - több mint 50%-uk prevencióra, egyharmaduk hiányállapot megelőzésére. 40% körüli azoknak a szakembereknek a száma akik ajánlanak munkájuk során ilyen készítményeket. A dietetikusok 87%-a a termékekkel kapcsolatos információkat elsősorban szaklapokból ill. konferenciákon szerzi.

A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a dietetikusok is olyan szakirányú ismeretekkel bírnak, amivel ennek a területnek hiteles szakértői lehetnek. Ugyanakkor az étrend-kiegészítők sokasága komoly szakmai tanulmányok nélkül aligha tekinthető át könnyűszerrel. A szakemberek, a gyártók és forgalmazók közös felelőssége és érdeke biztosítani a lakosság számára szükséges korrekt információkat.

61.

HELICOBACTER PYLORI POZITÍV ITP-S BETEGEK ERADIKÁCIÓJÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Heringh Z., Rácz F., Jóna András Oktató Kórház I. Belgyógyászat-Gastroenterológia

Az ITP az egyetlen olyan extraalmentális kórkép, amelyben a H. pylori patogenetikai szerepe nagyon valószínűnek látszik.

Ez alapján vizsgáltuk az elmúlt időszakban haematológiai szakrendelésen megjelent ITP-s betegek H. pylori státuszát. A pozitív esetekben a standard hármas kezeléssel eradikációt végeztünk 10 napig.

Vizsgáltuk az eradikáció hatásosságát, valamint a sikeres eradikáción átesett betegek thrombocyta szám változását.

Az eradikációt az ITP szempontjából sikeresnek találtuk, ha az eradikációt követően a thrombocyta szám 150 ezer fölé emelkedett. Részlegesen sikeresnek akkor minősítettük, ha a thrombocyták száma 50 és 150 ezer között volt.

63.

A LEMMEL-SYNDROMA

Horvát G.¹, Kovács L.¹, Kozák R.¹, Németh M.², Bodó M.², Szoó G.² Markhot Ferenc Önkormányzati Kórház-Ri., I. Belgyógyászat és Gasztroenterológiai Osztály¹, Radiológiai Osztály, Eger, Hungary²,

A mechanikus epeelfolyási zavarok leggyakoribb okai a malignus folyamatok, illetve a benignus eltérések között az epehólyag (Mirizzi-szindróma) vagy az epeúti kövesség. Gyakoriak főleg idős korban a juxtaapillaris diverticulumok (JPDD), melyek hajlamosítanak a kőképződésre. Az ERCP vizsgálatok során előfordul, hogy a JPDD mellett nem találunk a mechanikus icterus hátterében más eltérést. Ennek egyik oka lehet a Lemmel-szindróma. Ez a JPDD okozta epeelfolyási zavar. Maga a diverticulum vagy a diverticulumba bejutott étel bezoár összenyomja az epeút intrapapillaris szakaszát, mely az epeelfolyást tartósan vagy átmenetileg akadályozza. A klinikai tünetek megegyeznek az elzáródásos icterussal. Kialakulhat pancreatitis és recidív cholangitis is. 10 éves ERCP-s anyagunkban 1800 vizsgálatból 10%-ban találtunk JPDD-t. Ezek közül több mint 30%-ban más okát nem találtuk az epeelfolyási zavarnak. Ha az EST után megszűnt az icterus, akkor valószínűsítettük a Lemmel-szindrómát. A korrekt differenciáldiagnózishoz kellene az MRCP, HIDA, epeúti manometria, de ez jelenleg főleg finanszírozási és manometria hiánya miatt nehezen kivitelezhető. Anyagunk alapján feltételezhető, hogy a Lemmel-szindróma nem is ritka kórkép!

62.

METHYLATION STATUS OF THE P16 TUMOR-SUPPRESSOR AND DAP-KINASE GENES IN COLON BIOPSIES FROM NORMAL AND ULCERATIVE COLITIS SAMPLES

Hevér-Pálfi T., Galamb O., Spisák S., Galamb B., Molnár B., Tulassay Z. 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Background and Aims: The normal methylation patterns in tumor tissues are altered in numerous genes. Some of these like p16 and DAP-kinase genes may show a hypermethylation pattern in the CpG islands of their promoter regions in colorectal cancer. The aim of the study was to examine the methylation status of these genes in ulcerative colitis.

Methods: DNA was extracted from frozen colon biopsies of 5 healthy patients and from 5 with ulcerative colitis, using High Pure PCR Template Purification Kit. Bisulfite conversion of the samples was performed with CpGenome DNA Modification Kit. Methylation-specific PCR was carried out using CpGWIZ p16 Amplification Kit and CpGWIZ DAP-kinase Amplification Kit, to check the conversion and to visualize the changes. Each kit contains three primers and three control DNA for unmethylated, methylated and wild-type allele sequences.

Results: Methylation status was determined in 10 samples, for both p16 and DAP-kinase genes. The results showed unmethylated homozygous state for methylation in normal samples both at the p16 locus and the DAP-kinase locus. No methylation was found in the p16 promoter region in the ulcerative colitis samples, but two cases displayed heterozygous state for methylation in the DAP-kinase promoter region.

Conclusions: The DAP-kinase hypermethylation in ulcerative colitis samples can refer to the startpoint the further malignant alteration.

64.

APPLICATION OF SELF-EXPANDING ENTERAL METAL STENTS FOR THE PALLIATIVE TREATMENT OF MALIGNANT GASTROINTESTINAL OBSTRUCTIONS

Horváth L.¹, Székely I.¹, Székely A.¹, Józsa A.¹, Altorjay Á.², Madácsy L.¹ 1st Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital and OMCH Endoscopy Lab, Székesfehérvár, Hungary¹, Dept. of Surgery, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary²

Introduction: Self-expanding metal stents (SEMSs) are currently the best treatment for inoperable and lumen obstructive cancers of the GI tract. Although this type of endoscopic therapy is not reimbursed in Hungary, we had the privilege (thanks to OMCH) to apply these stents in all current indications to the benefit of our patients. The **aims** of our current study were to summarise our initial experience with enteral stenting and to assess the outcome and complications of this procedure. **Methods:** In the period from November 2005 to January 2007 we deployed 26 enteral SEMSs in 22 patients. All procedures were performed in the fluoroscopy/ERCP unit. After positioning the endoscope above stricture, we first localize the extent of the stricture by contrast filling. Then a guide-wire positioned over the stricture that was followed by fluoroscopy. Finally the SEMS was pushed over the wire through the stricture, and the opening was monitored with fluoroscopy and sometimes also with endoscopy too. Endoscopic follow-up procedures were performed 3 days later and we routinely entering and passing the stent inside to check the complete opening and the optimal position. **Results:** 21 patients had malignant and 1 patient had benign stricture. Out of 26 stenting procedure, 20 esophageal, 3 colorectal, 1 gastric, 1 duodenal and 1 oesophago-jejunal SEMS application were completed. The mean age was 67 years (35-86), with a male vs. female ratio of 2,6:1. Mean length of patient survival was 120 days (4 months) and 12 patients are still alive. The primary technical success rate was 18/22 (81%), failure was due to early stent migration and malposition (in proximal esophageal tumors) in 2-2 patients. No early complication occurred. Late complications were tumor expansion (2), stent fracture (1), and tracheomalacia (1). **Conclusion:** SEMS application is a relatively easy, safe and definitive therapy of patients with malignant GI obstruction. In comparison to palliative surgery SEMSs are more cost effective and less invasive, therefore it must be supported by the health care financial system.

65.

A NASOJEJUNALIS SZONDA LEVEZETÉSE ENDOSZKÓP NÉLKÜL, RÖNTGEN ELLENŐRZÉS MELLETT

Horváth K., Berecz M., Polgár K., Pikóné Babos G., Forgóné Bodnár É., Smausz E., Papp G., Altörjay L., DEOEC, II. Belklinika, Gasztroenterológiai Tanszék

Az elmúlt néhány évben vált széles körben elfogadottá súlyos akut pancreatitis betegek ellátása során a nasojejunalis tápszonda használata. Ennek lejtatása azonban nem mindig könnyű feladat. Klinikánkon két módszert használunk szonda levezetéséhez. Az első esetben endoszkóp segítségével juttatjuk a szondát a megfelelő helyre, ekkor az endoszkópos orvos mellett két asszisztensre, valamint utólagos RTG ellenőrzésre lehet szükség. A második esetben a RTG képerősítő segítségével, endoszkóp nélkül juttatjuk le a szondát a második jejunum kacsig, ekkor optimális esetben egyetlen asszisztensre van szükség.

Tudomásunk szerint az utóbbi módszer még kevésbé elterjedt, bár költség-hatékonysága, gyorsasága meghaladja az endoszkópos formát, s a beteg számára is kisebb traumát jelent.

Előadásunkban ezt a módszert szeretnénk részletesen bemutatni

67.

ENDOSCOPIC THERAPY OF POSTOPERATIVE INTESTINAL STRICTURES

Hunyady B.¹, Czimmer J.¹, Karádi O.¹, Pakodi F.¹, Rumi G.¹, Szabó I.¹, Faludi S.², Molnár K.², Móró Z.² ^{1st} Dept. Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary ¹, Dept. of Radiology, University of Pécs, Pécs, Hungary ²

Aim: To analyse efficacy and safety of endoscopic therapy of postoperative intestinal strictures.

Methods: In a retrospective analysis, the outcome of endoscopic balloon dilatation in nine patients with upper (2) or lower (7) gastrointestinal postoperative strictures has been reviewed. Surgery resulting in strictures included gastric resection (1), pancreatic head resection (1), ileocecal resections for Crohn's disease (2), and colorectal resections (5). Patients with oesophageal or biliary tract strictures have not been reviewed.

Results: Primary endoscopic balloon dilatation was successful in all nine patients. A dilatation for acute obstruction was effective to resolve acute intestinal obstruction (ileus) in all three patients. Subsequent surgical reconstruction of intestinal patency has been electively performed in two of three patients with such ileus (time to surgery after dilation: 2 and 5 weeks). Subsequent to the primary dilatation procedure, a self-expanding enteral metal stent was inserted in two other patients to maintain intestinal patency. Permanent solution of the strictures has been achieved in the other five patients with repeated endoscopic dilations (2 to 3 sections of dilations in each patient). No major complications (perforation, bleeding, and/or septic complication) were observed after the procedures.

Conclusion: Endoscopic dilation with or without subsequent stenting is an effective and safe method to manage postoperative intestinal strictures.

66.

ALEMTUZUMAB KEZELÉST KÖVETŐEN FELLÉPETT ADENOVÍRUS OKOZTA GASTROENTERITIS

Horváth-Pacsirta K.¹, Rumi G.¹, Sülle C.¹, Kollár B.¹, Rajnics P.¹, Kocsondi L.², Egved M.¹ Kaposi Mór Oktató Kórház Belgyógyászat ¹, Somogy Megyei ÁNTSZ ²,

Az alemtuzumab (MabCampath) olyan monoclonalis antitest, amely fludarabin resistens B sejtes CLL kezelésében eredményesen alkalmazható. A kóros lymphocyták felszínén nagy mennyiségben expresszáldó CD 52 molekulához kapcsolódik és a szervezet immunrendszerének effector mechanizmusait használva a leukaemiás sejtek pusztulását okozza. Mivel a cellularis immunrendszer is expresszálja a CD 52 molekulát, ezért a kezelés általában súlyos cellularis immunhiányt okoz. Az irodalmi adatok szerint a betegeken herpes vírus reaktiváció (herpes simplex vírus, herpes zooster vírus, Epstein-Barr vírus, cytomegalovírus), Pneumocystis carinii infekció gyakori és az utóbbi években adenovírus infekciót is leírtak. A szerzők alemtuzumab kezelést követő adenovírus okozta gravis gastroenteritis esetét mutatják be a sikeres ribavirin és interferon terápiát kolonoszkópos képekkel illusztrálják.

Summary Alemtuzumab is a monoclonal antibody, could be effectively used in fludarabin resistant B cell CLL. Binding the CD 52 molecule, expressed excessively on the leukemic cells can cause the death of the target cells via using the effector mechanisms of the immune system. The treatment can cause severe cellular immunodeficiency because the CD 52 molecule is expressed on the cells of the cellular immune system. Herpes virus reactivation (herpes simplex, herpes zooster, Epstein-Barr virus, cytomegalovirus), Pneumocystis carinii infections are frequently reported in the literature. Adenovirus infection is reported sporadically in the last year. Ribavirin and interferon seems to be the recommended treatment. The authors present so gastroenteritis infection in CLL patient caused by adenovirus. It is illustrated by colonoscopic pictures.

68.

ACUTE UPPER GI BLEEDING CAUSED BY GASTRIC STROMAL TUMOR

Hussam S.¹, Dancs N.¹, Kárász T.¹, Erényi Á.², Horváth V.³, Paukovics Á.⁴, Rácz I.¹ Petz Aladár County and Teaching Hospital, 1st Department of Medicine and Gastroenterology¹, Pathology², Surgery³, Radiology Department⁴, Győr, Hungary

Introduction: Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are the most common mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract. A relationship to the interstitial cells of Cajal (ICCs) has been proposed, and expression of CD 117, the c-kit receptor present in the ICCs, has been suggested as a marker of GISTs. 70% of the cases appear with abdominal discomfort, pain, gastrointestinal bleeding or ileus respectively however 20% of the cases are asymptomatic, only 10% discovered at autopsy.

Case report : A 63 years old woman patient was admitted to our department with acute hematemesis. During an urgent upper endoscopy a 10 cm in size tumor ulcerated on the top was located in the lesser curvature of the stomach, GIST was suspicious. Abdominal CT was performed, which confirmed the stomach wall tumor. Further imaging investigations showed no spread of the tumor beyond the organ of origin. Surgical resection with negative margins was done, the histopathology confirmed the CD 117 positivity. Oncology treatment was unneeded. The patient is regularly controlled.

Conclusion: The potential treatment is surgical resection of the tumor, chemo-radio-oncotherapy shows no response. Recently treatment of the metastasis with tyrosine kinase inhibitor (Glivec) shows shrink and reduce progression of the tumor.

69.

CHANGES IN DISORDERS FOUND DURING COLONOSCOPY IN THE PAST TWELVE YEARS

Igaz I., Sipos G., Taller A., 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary

Introduction: The number of colonoscopies has noticeably increased during the last several years. On the basis of findings of widespread screening examinations patients with malignancies attend more frequently the endoscopic out-patient consultation. **Aim** of our study was to investigate the differences in the endoscopic findings before initiation of endoscopic screening program compared with the findings of previous years. **Method:** Comparison of data of patients who underwent colonoscopy in 1993 and 2005 in Uzsoki hospital. **Results:** The number of colonoscopies was 324 (144 sigmoidoscopies and 180 colonoscopies) in 1993 and 1228 (292 sigmoidoscopies and 936 colonoscopies) in 2005. Whereas in 1993 nearly half of the examinations were sigmoidoscopies in 2005 less than a third were sigmoidoscopies. Although the number of examinations quadrupled the percentage distribution of the negative findings, the inflammatory bowel diseases or malignancies did not change. Number of polyps increased nevertheless the increment was not significant. Polypectomies increased from 26.2 % to 61.9 %. The mean age of patients with tumours was 70.6 years in men and 73.2 years in women in 1993 and 69.2 years in men and 71.5 years in women in 2005. **Conclusion:** The increased number of colonoscopies did not change the prevalence of diseases, conversely more polyps could be removed and more patients with malignancies could undergo surgery in time. Nowadays endoscopic examination of the colon has become more common. Tumours were found in the later period, on average a year earlier in males as well as in females. Males with colorectal cancer were somewhat younger at the time of diagnosis than females.

71.

EFFECT OF BIOFEEDBACK THERAPY ON AUTONOMIC INNERVATION IN FECAL INCONTINENCE

Illés A., Csizmadia C., Acél P., Nagy L., Király Á., 3rd Dept. of Medicine, Medical University of Pécs, Pécs, Hungary

Background: Biofeedback was shown to be effective in the treatment of patients with fecal incontinence. The exact mechanism of action has not been proven yet. We postulated that the response may be associated with changes in the functional extrinsic autonomic nerves.

The **aim** of this study was to investigate the role of autonomic nervous system in the response to biofeedback therapy.

Patients and methods: 7 consecutive patients (7 females, median age: 54 yrs) were enrolled in the biofeedback treatment program. Colonoscopy and endoanal ultrasonography were performed to exclude structural damage. Anorectal manometry was performed to detect the perception thresholds and measure sphincter function. Functional abnormalities were excluded by defecography. Patients with perception abnormality were excluded by anorectal manometry before the study. The severity of incontinence was determined by the Cleveland Score System. Before and after biofeedback therapy RR interval on the electrocardiogram was measured in resting, after deep breathing, during Valsava maneuver and standing.

Results: RR interval did not change significantly after biofeedback therapy during resting (837.1 ± 32.8 vs. 720.0 ± 43.8 ms, NS), after deep breathing (768.6 ± 39.5 vs. 676.0 ± 48.3 ms, NS) and during Valsava manoeuvre (651.4 ± 41.8 vs. 668.0 ± 34.4 ms, NS), however in standing situation RR interval decreased significantly (728.6 ± 36.5 vs. 644.0 ± 44.0 ; $p < 0.05$).

Conclusion: The extrinsic autonomic nerve system was not significantly affected by biofeedback treatment.

70.

CHARACTERIZATION OF ACID/BASE TRANSPORTERS IN PARIETAL CELLS ISOLATED FROM HUMAN GASTRIC BIOPSY SAMPLES

Ignáth I., Rakonczay Jr Z., Takács T., Schnúr A., Venglovecz V., Szepes A., Szepes Z., Czakó L., Tiszai A., Rosztóczy A., Molnár T., Izbéki F., Lonovics J., Varró A., Hegyi P., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Physiology, School of Biomedical Sciences, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom²

Background: The acid/base transporters of human parietal cells have not been characterized yet. However, these transporters may play a role in the mechanism of acid secretion. The **aim** of this study was to investigate the transporters of the parietal cells obtained from human biopsy samples and dissects the mechanisms relevant to human pathology. **Methods:** Gastric glands were isolated from human biopsy samples by enzymatic digestion and then cultured for 48h. Parietal cells were identified using FITC-conjugated Dolichos biflorus lectin. The intracellular pH (pHi) of parietal cells was measured by using the fluorescence dye BCECF-AM. **Results:** Removal of Na^+ from the standard HEPES solution perfusing the parietal cells caused a rapid and marked intracellular acidosis. Re-introduction of Na^+ to the solution caused a complete pHi recovery. Since the solution did not contain HCO_3^- , this finding confirms the presence of a Na^+ dependent H^+ efflux mechanism in parietal cells. The Na^+/H^+ exchangers could be partially blocked by amiloride. The administration of standard $\text{HCO}_3^-/\text{CO}_2$ rapidly and greatly decreased pHi. pHi recovery was not detected after the acidification suggesting the marginal role of HCO_3^- efflux into the parietal cells. In the absence of HCO_3^- , Cl^- removal caused a small reversible alkalization in parietal cells suggesting the small availability of HCO_3^- ions in the cytoplasm. However, in HCO_3^- containing solution a significantly higher alkalization was observed. These results confirm functionally active $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$ exchange mechanisms in parietal cells. We found that histamin could stimulate proton secretion which could be blocked by ranitidine and pantoprazole. **Conclusions:** The fluorescence measurements revealed that human parietal cells express functionally active Na^+/H^+ and $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$ exchangers and proton pumps. However, we could not identify functionally active $\text{Na}^+/\text{HCO}_3^-$ co-transporters. This method is also suitable to study the regulation of the proton pump. This work was supported by OTKA, MTA and OM

72.

INOPERÁBILIS KLATSKIN TUMORT UTÁNZÓ, MALIGNUSAN ELFAJULT EPEÚTI TUBULOVILLOSUS ADENOMA (ESETISMERTETÉS)

Illés K., Burai M., Varga G., Fekete M., Bursics A., Takács I., Gyökér T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest¹, MÁV Kórház, Sebészet, Budapest², MÁV Kórház, Patológia, Budapest³

Bevezetés: Az epeúti adenoma ritka kórkép, az epeúti villosus adenomák carcinomás elfajulása hosszú folyamat. A diagnózis felállítása nehéz feladat. Az epeúti adenomák jól körülhatároltak, nagyságuk változó. Lehetséges, hogy reaktív válaszként alakulnak ki egy korábbi fokális károsodásra. Premalignus elváltozások a malignus elfajulás lehetőségével, a vastagbél carcinogenesisében megismert adenoma-carcinoma sequenciának megfelelően. Az epeúti adenoma diagnózisának felállításához az ERCP, PTC és MRCP nyújt segítséget, bár ez utóbbi kevésbé alkalmas a kis epeúti laesiók fellelésében, mint az ERC/PTC. A hilaris cholangiocarcinoma (Klatskin tumor) invazív, progresszív típusú malignoma. Irodalmi adatok alapján mind az intrahepatikus, mind az egyéb extrahepatikus típusú cholangiocarcinomák gyakoribbak, mint a hilaris típusú carcinoma.

Esetismertetés: A szerzők egy fiatal nőbetegük esetét ismertetik (DVD dokumentáció), akiben a klinikum, a hasi ultrahang és az MRI alapján inoperábilis Klatskin tumor gyanúját vetették fel a fájdalomtalan kialakult sárgaság kórokaént. Az osztályunkon elvégzett ERC vizsgálat során vált láthatóvá az epeútban helyet foglaló, onnan Dormia-kosárral előhúzható adenoma, melynek biopsziás vizsgálata focalis tumoros elfajulást igazolt. A reszekciós műtét során Roux szerinti hepatico-jejunostomiát, cholecystectomyt végeztek. A reszekált, felvágott choledochusban makroszkóposan villosus tumor volt látható. A szövettani vizsgálat kifeléelyesedett adenoma villosumot igazolt góccokban adenocarcinomás átalakulással és az epeút falának felszínes infiltrációjával.

Összefoglalás: Bár az epeúti adenoma ritka kórkép, de előfordul, s malignus elfajulásával éppúgy számolni kell, mint a colon adenomái esetében. A diagnózis felállításában elsősorban a biopsziával kombinált ERC nyújthat segítséget. Az idejében felismert és sebészileg eltávolított tumor esetén a beteg életkilátása kitűnő.

73.

SURGERY FOR PANCREATIC MALIGNANCIES AT OUR DEPARTMENT BETWEEN 2005 AND 2006

Iványi A.,¹ Harmos F.,¹ Nagy Z.,¹ Varga G.,¹ Gyökerez T.,² Pap Á.,² Bursics A.,¹ MÁV Hospital and Central OPD Budapest, Surgical Department¹, MÁV Hospital and Central OPD Budapest, Gastroenterological Department²,

Introduction: Authors evaluate the experiences gained with surgery for pancreatic malignancies between June 2005 and December 2006.

Patients: During the last 18 months 24 patients were operated for pancreatic tumour at our department. 3 of these were benign whereas 21 were malignant. The benign lesions were either cystadenomas (1 case) or duodenal adenomas (2 cases).

Discussion: We performed 2 pancreatic head resections (1 Whipple and 1 PPPD) and 1 distal pancreatic resection for benign conditions. From the 21 malignant tumours we resected 8 patients. This means 38% resectability rate. In this group we did 6 PPPD-s, 2 Whipple procedures. We had 1 surgical complication: a leak from the pancreato-gastric anastomosis. This was successfully treated by converting the operation for total pancreatectomy. We also performed 13 palliative procedures - biliary and/or enteral diversions. We lost 2 patients, 1 from the resected group for non-surgical reason and 1 from the palliation group who developed insufficiency of a hepato-jejunostomy.

Conclusion: Pancreatic surgery seems to be feasible and safe at our department. The resectability rate was above the ration cited in the literature.

75.

ENDOSCOPIC SPHINCTER OF ODDI MANOMETRY IN PATIENTS WITH POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME AND PERSISTING BILIARY PAIN DESPITE PREVIOUS ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY

Jóó I.,¹ Kurucsai G.,¹ Szepes A.,² Lonovics J.,² Madácsy L.,¹ 1st Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction: Persistent pain after endoscopic sphincterotomy (EST) is reported in 5-10% of patients with sphincter of Oddi dysfunction (SOD), about 1-5 years after papillotomy, is believed to be due to incomplete papillotomy or Vater papilla stenosis. In both pathogenic condition residual SO pressure can be demonstrated by endoscopic SO manometry (ESOM). The **aim** of our present study was to prospectively measure SO residual pressure with ESOM in those SOD patients (pts), who had returned because of persistent or recurrent pain following EST. **Methods:** 11 consecutive, female, SOD pts with persistent or recurrent biliary pain after EST were investigated by ESOM, which was successfully completed in all patients. After recording the duodenal reference pressure, the manometric catheter (Lehman short, 2 channel, 1 suction) was introduced high into the CBD, and the CBD resting pressure was determined. Then a stationary pull through recording was performed in the sphincter zone. Finally, a rapid pull through recording was completed and the length of the residual pressure zone was measured in mm. Four SOD pts with intact SO were also measured by ESOM and served as controls. **Results:** No endoscopic signs of incomplete EST were observed, and the cannulation was done without any resistance in all patients. Only 4 out of 11 pts had abnormal residual SO pressure indicating an incomplete papillotomy or stenosis. The remaining 7 pts had either no (4 pts) or only minimal (under 25 mmHg) (3 pts) residual SO pressure. All 4 SOD pts with intact SO had abnormal manometry. The mean CBD and residual SO pressures were: 5.9 vs. 2.0 vs. 12.7 mmHg, and 53.2 vs. 6.8 vs. 53 mmHg, respectively. The average length of the SO was 2.9 vs. 4.75 vs. 9.5 mm. **Conclusion:** Restenosis of the SO is a rare phenomenon in SOD pts with persisting pain after EST. In pts with restenosis re-EST, but in pts without residual SO pressure a short term endoscopic stenting (7 F) is preferable.

74.

TECHNIQUE AND SAFETY OF MAGNETIC ANASTOMOSES

Jónás A.,¹ Lukovich P.,² Váradi G.,¹ Bata P.,³ Tari K.,² Kupcsulik P.,² Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Dept. of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background: In the last few years many clinical studies were published examining a new technique of creating anastomoses, namely using magnets to perform different anastomoses (e.g. gastroenterostomy or bilioenterostomy). Our group examined the technical execution and safety of endoscopic gastroenteric anastomosis using magnets (EGAM) and the technique with a new potential therapeutic use of magnets for treating Zenker's diverticulum.

Materials and methods: The EGAM procedures were performed with endoscopic and fluoroscopic guidance on biogenic specimen taken from slaughtered domestic pigs. Two coated rare-earth magnets (NdFeB, magnetic remanency: 1.2 Tesla, H: 5mm, D: 10mm) were introduced perorally by guide wires and duodenal probes. The first was positioned in the first jejunal loop, the second in the stomach, and finally they were matted transmurally to create EGAM. To examine the safety of magnetic anastomoses, another experiment was performed in male Whistar rats. The magnets (H: 1 mm, D: 1mm) were surgically placed into the digestive tract to make gastroenteric anastomosis. The rats were monitored by fluoroscope and the anastomoses were examined histologically. Performing the experimental intervention on biogenic model to treat Zenker's diverticulum the first magnet (H: 40mm, D: 8mm) was placed into the diverticulum, the second one into the esophagus and they were matted through the septum including the cricopharyngeal muscle.

Results: The technique of making EGAM was easy and rapid to carry out. Thus these interventions probably will not need any anesthesia. The anastomoses in the rats were developed by the 7th-10th postoperative day. There was no leakage and the adhesion was wide enough, but the magnets were damaged by the gastric acid. The experiment of treating Zenker's diverticulum was performed successfully and in our opinion it could be a new indication of using magnets.

Conclusions: EGAM is safe enough to create anastomosis. More animal investigations are needed to find the ideal power and shape of magnets. To protect the magnets it may be necessary to cover them with some material, e.g. silicon.

76.

HIGH PREVALENCE OF COELIAC DISEASE AMONG FIRST-DEGREE RELATIVES OF COELIAC PATIENTS IN HUNGARY

Juhász M.,¹ Csökör K.,¹ Berczi L.,² Zágonyi T.,¹ Székely H.,¹ Herszényi L.,¹ Peregú I.,¹ Tulassay Z.,¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: The prevalence of coeliac disease (CD) among first-degree relatives (FDR) is estimated to be as high as 10%.

Aim: To evaluate the prevalence of CD among FDRs in our patient cohort. **Patients and methods:** Since 1999, following the diagnosis of CD in an index patient, we have offered the FDRs serology screening (EMA and tTG). Positive serologies were confirmed by histology applying the modified Marsh criteria. Index patients represented all of the major geographic areas of Hungary. **Results:** During this period, we advised family screening to 72 coeliac patients, 25 of them (35%) agreed to bring a total of 54 FDRs to undergo serology (average of 2 FDRs/family). There were 8 families with 1 screened FDR, 11 families with 2 FDRs, 2 families with 3 FDRs, 3 families with 4 FDRs, and 1 family with 6 FDRs. We found a marked difference concerning the ratios of Marsh criteria between the group of cooperating index patients (n=25) and the non-cooperating index patients (n=47) with Marsh 3a 28.5% vs. 23%, 3b 28.5% vs. 20%, 3c 43% vs. 57%, respectively. CD was diagnosed in 9/54 FDRs (17%). **Conclusions:** The rate of participation in family screening was acceptable but still far from optimal. CD patients with less severe mucosa damage showed seemingly much more interest in clarifying the serology status of their relatives. The 17% prevalence of CD among FDRs is almost two-fold higher than the generally accepted prevalence rates, warranting much greater attention to family screening in Hungary and confirming FDR status as one of the leading high-risk groups for the development of CD.

77.

A GASZTROENTEROLÓGIÁN DOLGOZÓ ASSZISZTENSEK VEZÉLYEZETETTSÉGE A BURN OUT SZINDRÓMA KIALAKULÁSÁBA

Kabai A., Kátai Gábor Kórház Gasztroenterológiai szakrendelés

Bevezetés: A szakma profiljából, jellegéből fakadóan az endoscopos asszisztensek nagy fizikai, pszichés megterhelésnek, növekvő szakmai, erkölcsi elvárásoknak vannak kitéve, melyek együttesen a stressz kialakulásához vezetnek. Az elvárt teljesítmény, az adott munkakörülmények és a szociális viszonyok között ellentét feszül. Ezen tényezők összessége az egyén kiégéséhez vezethet.

A vizsgálat célja: Megismerni a kiégéshez vezető összetevőket és a kiégés mértékét a vizsgált populációban.

Hipotézisek: A burn out élményével az endoscopos laborban dolgozó asszisztensek valamennyien találkoznak. Az érintettségük mértéke azonban eltérő lehet. A kiégés intenzitását befolyásolja a stressz, a fizikai és pszichés megterhelések fokozott megélése.

Munkamódszer: Munkamódszerként leíró statisztikát alkalmaztam. A kiégés mértékét egy gyakorlattal vizsgálom, mely kitöltésével az meghatározhatóvá válik.

A vizsgálati eredmények összefoglalása: A felmérést az országban működő endoscopos labor asszisztensei között végeztem. Összesen 348 asszisztens van nyilvántartva. A felmérésből kiderül, hogy a kiégés első és második stádiuma van jelen legnagyobb mértékben. Ez leginkább a megfelelni akarás igényét fejezi ki, frusztrációt és stresszt von maga után, amennyiben ezt hosszú távon fizikai megterhelés is kíséri az a harmadik stádiumba vezet át, melyben nagyobb a kockázata a pszichoszomatikus jelenségek kialakulásának. Ez a vizsgált populációban még nem szignifikáns.

Javaslatok: A kiégés megelőzéséhez kezeléséhez fontos, hogy képesek legyünk felismerni a változtatás szükségességét és megtaláljuk az utat a pozitív irányú változtatás felé. A kiégés bármely ciklusa megtörhető és módosítható. Nevezetesen a (külső körülmények) és az egyén szintjén. Az egyén szintjén fontos a stressz levezetés technikájának megtalálása, relaxáció, rekreáció, célok meghatározása, pozitív gondolkodás, ismeretek bővítése. A szervezet szintjén képzett munkaerő biztosítása, megfelelő munkakörülmények kialakítása, és kimondott erkölcsi elismerés.

79.

A POSSIBLE METHOD OF DECREASING BLEEDING AND INFECTION RISK IN THE COURSE OF TRANSGASTRIC SURGERY

Kádár B.¹, Lukovich P.², Kurt G.³, Váradi G.¹, Jónás A.¹, Csicsai L.¹, Huba A.⁴, Kupcsulik P.² Faculty of Medicine 6th year, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², Technische Universität Ilmenau, Ilmenau, Germany ³, Budapest University of Technology, Budapest, Hungary ⁴

Introduction: During the last years many people expressed their doubts whether the rapid development of minimal invasive transgastric surgery increased the risk of bleeding and infection. To solve the problem the literature recommends the use of antibiotic washout, sterile instruments and overtube. So far there has been no specially designed overtube for the transgastric technique. **Aim:** To design and produce an overtube which overcomes the challenges. **Method:** Our device was tested on the gastrointestinal tract of a slaughtered pig. The length of the tube was 70 cm, the diameter was 3 cm, and the thickness of its wall was 0.5 mm. It was made of silicon. The overtube was compressed parallel to the longitudinal axis and put into a cover. On the gastric end of the overtube there were two separately inflatable ring-formed balloons to fix the tube to the stomach wall. With a needle knife an incision was made on the gastric wall, through which we managed the compressed end of the overtube into the abdominal cavity. The cover was pulled back and the distal balloon was blown up. With minor force the overtube was moved back while the distal balloon stretched to the outer surface of the gastric wall. From the proximal balloon the cover was removed and it was also blown up. With the help of the overtube a Fallopien tube ligation was performed. **Result:** Using the overtube we led two flexible endoscopes quickly and safely into the abdominal cavity, moreover, other instruments could also be used and exchanged without any difficulties. The injury of the esophagus could be avoided. With the use of the overtube as a consequence of the compression and closure between the two balloons the risk of bleeding and infection can be reduced. An insufflator can be attached to the overtube so the abdominal pressure becomes measurable. An unexpected result was that as the overtube gave greater rigidity to the instruments the performance of the tube ligation was easier and faster. **Conclusion:** To lower the risks even further besides the use of specially designed surgical instruments other subsidiary devices are also needed.

78.

FENNTARTÓ INFIXIMAB KEZELÉST KÖVETŐ RECTUM CARCINOMA CROHN BETEGBEN

Kacska S., Palatka K., Altörjay I., DEOEC, II. Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Tanszék

Az infiximab fenntartó kezelése jelentős előrelépést jelent a Crohn betegek remissio fenntartásában. A TNF alfa ellenes antitest kezelés mellékhatás profilja összességében kedvező, allergiás reakciók, opportunisták fertőzések mellett elsősorban lymphomák kialakulásának veszélyére hívták fel a figyelmet. Bár a közvetlen oki kapcsolatot a kezelés és a lymphoma képződés között nem tudtak kimutatni. A Crohn betegség és a colon valamint rectum carcinoma együttes előfordulásával kapcsolatos adatok ellentmondásosak.

Eddig az irodalom három esetről számolt be, ahol fenntartó (több mint 1 év) infiximab kezelést követően adenocarcinoma kialakulását észlelték.

Esetünkben 36 éves Crohn colitises betegről számolunk be, akinél középsúlyos aktivitási (CDAI>140) tünetek miatt indukciós kezelést követően 8 hetente adott 5 mg/kg infiximab fenntartó kezelést végeztünk 70 hétig.

A beteg azathioprin intolerancia miatt korábban 5-ASA kezelés mellett folyamatosan változó dózisu steroidra szorult. Infiximab kezelés mellett a steroid igény csökkent, majd kihagyhatóvá vált. A 28. héten végzett endoscopia jelentős javulást mutatott, a szövettani vizsgálat dysplasiás eltéréseket nem jelzett. A kezelés befejezését követő 3. hónapban székelési panaszok miatt colonoscopia történt, mely közvetlen az anus nyílás mögött infiltráló terítet talált, a szövettani vizsgálat mucinosus adenocarcinomát igazolt. Total-colectomia történt, anus praeternaturalissal, szövattan: G3, pT2, pN1, pM0, std. Dukes C/1. A műtétet követően súlyos Pseudomonas aeruginosa sepsis zajlott. Az elmúlt 1 évben a beteg tumormentes, a Crohn betegség nem recidivált.

Esetünk felhívja a figyelmet az infiximab kezelés és egyben a biológiai terápia potenciális mellékhatásaira. A fenntartó kezelés kivitelezésével, idejével, hatékonyságával és biztonságosságával kapcsolatban jelenleg a tapasztalatok korlátozottak. A közölt esetek alapján felmerül a fokozott endoscopos ellenőrzés, dysplasia kontroll szükségessége, figyelembe véve a folyamat gyors progressióját, a közölt esetek előrehaladott stádiumait.

80.

A VÉKONYBÉL DAGANATOS BETEGSÉGEINEK DIAGNOSZTIKUS NEHÉZSÉGEI

Kanyári Z., Kincses Z., Juhász B., Damjanovich L., Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Sebészeti Intézet

Bevezetés: A vékonybél malignus és semimalignus daganatai a gastrointestinalis tractus daganatainak csak mintegy 1%-át teszik ki. Viszonylag későn okoznak tüneteket, gyakran csak a szövödmény (ileus, vérzés, perforáció) hívja fel rá a figyelmet. A diagnosztika számára is nehezen megközelíthető a vékonybél. **Betegek és módszer:** Szerzők a vékonybél malignus és semimalignus tumor miatt operált betegek retrospektív elemzését végezték el, három csoportra osztva betegeiket. Az első csoportba a primer adenocarcinoma (10 beteg) és más szervek daganatainak metastasisa (4 beteg) miatt operált betegeket sorolták. A betegek fele sürgősséggel került műtetre. A daganat mérete egy kivételével minden esetben 5 cm felett volt. A primer tumorral operáltaknál 7 esetben már távoli áttétet találtak. A második csoportba a carcinoid miatt operált betegeket sorolták. Itt 25 éves periódus alatt 23 vékonybél carcinoid igazolódott. Két esetben volt hormonaktív a tumor. Nyolc betegnél a tumor mérete 2 cm alatt volt, a többi esetben e fölött. A harmadik csoportba a GIST miatt operált betegeket kerültek. A vizsgált időszakban 12 beteg került műtetre GIST miatt. A közel 50 műtétnek egyharmada akut műtét volt. A fennmaradó műtétnek a hagyományos képkalkító eljárások mellett sok esetben CT és MR igazolta a betegséget. Két esetben angiographia igazolta a vérzést. Egy betegnél intraoperatív colonscoppal végzett ileum endoscopia derített fényt a kisméretű vérző tumorra. Egy alkalommal kapszula endoscopia segített a diagnózis felállításában. **Megbeszélés:** A vékonybél daganatai ritkák, de kórjóslatuk igen rossz. Korán adnak áttétet, és későn kerülnek felismerésre. A diagnosztikában a radiológiai vizsgálati módszerek (passage vizsgálat, UH, CT, MR), és az endoscopia mellett a kapszula endoscopia és a PET CT vizsgálat jelenthet előrelépést. Egyértelmű diagnosztikus módszer a daganat sokszínűsége miatt jelenleg nem áll rendelkezésünkre. Ezt az irodalmi adatok és saját tapasztalatunk is alátámasztja.

81.

A PSZICHIÁTRIAI DISTRESSZ, A KATASZTROFIZÁLÁS ÉS A FÁJDALOM SZEREPE AZ

Kerékvártó O.,¹ Kovács Z.,² Hamvas J.,⁴ I. Belgyógyászat, Bajcsy Zsilinszky Kórház, Budapest¹, Pszichiátriai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², I. Belgyógyászat, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest⁴,

HÁTTÉR: Az IBS jelentős, esetenként az IBD-t is meghaladó életminőség romlással jár, magas pszichiátriai komorbiditás, fokozott betegségtudat jellemzi, ami gyakori orvosi konzultációhoz és ismételt, kivizsgáláshoz vezet. Az IBS hagyományos kezelésének nehézségei és az orvos-beteg kapcsolat frusztrációi szükségessé teszik a betegek életminőségében szerepet játszó testi és pszichológiai tényezők meghatározását, az IBD-től való megkülönböztetésüket.

MÓDSZER: 88 IBS-beteg (17 férfi, 71 nő; életkor: 41,59±13,71) 66 IBD beteg (CU, MC) (20 férfi, 46 nő; életkor: 38,89±13,30) Kérdőívek Fájdalom súlyosság skála, IBS Életminőség, Derogatis-féle tünetlista, Fájdalom Megküzdés. Statisztika: t-próba, többváltozós varianciaanalízis

EREDMÉNYEK: A IBS-betegek életminőség romlása a legtöbb mért faktorban és az összesített értékben is meghaladta a IBD-betegeket. IBS-betegek öt pszichiátriai tünetben (szomatizáció, depresszió, szorongás, ellenségesség, fóbia), és a pszichiátriai distressz összesített mutatójában szignifikánsan magasabb értéket adtak, mint a IBD-betegek. Az IBS csoport egyedül a fájdalom katasztrofizálásban haladta meg szignifikánsan a IBD csoportot, a többi fájdalom megküzdési stratégiában nem különböztek egymástól. Az életminőség romlás varianciáját az IBS csoportban a katasztrofizálás 15%, a pszichiátriai tünetek 8%, a fájdalom súlyossága 5%, a IBD csoportban a fájdalom súlyossága 21%, a pszichiátriai tünetek 8%, a katasztrofizálás 3% magyarázta.

KÖVETKEZTETÉSEK: Eredményeink az organikus és funkcionális bélbetegségek eltérő terápiás megközelítését szorgalmazzák: míg az előbbiben a tünetek és a fájdalom csökkentése, utóbbinál az adaptív megküzdési módok kialakítása és a betegségtudat csökkentésére irányhat. Adataink alátámasztják az IBS kognitív elméletét, mely szerint a gyomor-bélrendszer történéseire irányuló fokozott figyelem, valamint azok katasztrofizálása és téves betegség attribúciója a tünetek felerősödését eredményezhetik.

83.

ANAL VECTOR VOLUME ANALYSIS PREDICTS ANAL SPHINCTER INJURY IN PATIENTS WITH FECAL INCONTINENCE

Király Á.,¹ Illés A.,¹ Kassai M.,² Nagy L.,¹ 3rd Dept. of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Surgery, University of Pécs, Pécs, Hungary²

Background: The aim of this study were 1. to determine the role of anal vector manometry in the assessment of anal sphincter injury, 2. to establish the most suitable method of anal vector volume analysis for identifying significant anal sphincter (EAS) injury in patients with fecal incontinence.

Methods: A total of 15 consecutive women with a history of instrumental or traumatic vaginal delivery were recruited. Anal ultrasonography and anal vector manometry were performed. Receiver-operator characteristic curves were used to determine the usefulness of anal manometry and anal vector volume analysis in the identification of significant EAS disruption (full thickness, more than one quadrant involved) detected by ultrasonography.

Results: 3 women had significant EAS disruption identified by anal ultrasonography. Anal vector manometry provided complementary functional information. Anal vector symmetry index (VSI), determined by analysis of mean maximum squeeze pressure, yielded 100% sensitivity for significant EAS disruption, with a positive predictive value of 65%.

Conclusion: Anal vector manometry correlates with endoanal ultrasonography. Anal vector symmetry correlates well with anal sphincter disruption identified by intracavitary ultrasonography.

82.

RITKA GYOMORTUMOROK MINIMÁL INVÁZÍV KEZELÉSE A PRAEOPERATÍV DIAGNOSZTIKA EREDMÉNYEINEK BIRTOKÁBAN.

Kincses Z.,¹ Kanyári Z.,¹ Juhász B.,¹ Sasi Szabó L.,² Antek C.,³ Damjanovich L.,¹ Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum I. sz. Sebészeti klinika¹, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum II. sz. Sebészeti klinika², Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék³,

Előzmények: A rosszindulatú gyomortumorok alig 5 %-át teszik ki a ritkán előforduló daganatok. Közülük a gastrointestinalis stromális tumorok, és a carcinoid tumorok a leggyakoribbak, s zömében semimalignus viselkedésűek. A pontos szövettani diagnosztika, az immunhisztokémiai vizsgálatok, és a vékonytű biopszia lehetőséget adnak a korai esetekben, minimál invazív beavatkozásra. Irodalmi adatok szerint GIST leggyakrabban a gyomorban 60-70%-ban, míg a carcinoid csupán 0, 5-1 %-ban fordul elő.

Beteganyag: A DEOEC Sebészeti Intézetben 1991. január 01. és 2006. december 31. között GIST miatt 35 beteget operáltunk. A 19 férfi és 16 nő átlagéletkora 60 (27-82) év volt. Carcinoid tumor miatt 1980. január 1-től 2006. december 31-ig 60 beteget operáltunk.

Eredmények: Vezető tünet a gastrointestinalis vérzés, a tapintható hasi terime, és a fájdalom volt. A legtöbbször hasi UH, CT vizsgálat illetve endoszkopos vizsgálat derítette ki a betegséget. 14 esetben véletlen leletként, vagy acut műtét során igazolódott GIST, illetve a carcinoid. Valamennyi esetben resectio történt, 4 műtét palliatív volt. Négy esetben alakult ki recidíva. 3 esetben praeeoperatív tübiopszia birtokában laparoscopus resectiot indikáltunk, s 2 esetben sikerült a tumort laparoscopus úton eltávolítani.

Következtetések: A gastrointestinalis stromális tumorok, és a carcinoidok igen ritkák, a sebészeti műtétek néhány ezreléke történik miattuk. Preoperatív diagnosztikájuk nehéz, legtöbbször a szövettani vizsgálat adja meg a pontos diagnózist. Tekintettel arra, hogy viselkedésük függ a daganat méretétől, és a kis tumorok legtöbbször benignus viselkedésű, takarékos resectio elegendő a kezeléshez. A CT vezérelt tübiopszia a C-kit meghatározás és az immunhisztokémiai vizsgálatok lehetővé tették, hogy válogatott esetekben a laparoscopus műtét megoldást válasszunk. Irodalmi adatok alapján jóval kisebb megterhelés mellett ugyanolyan jó túlélést és gyógyulást hoz, mint a hagyományos műtéti eljárások.

84.

MESENCHIMALIS PROGENITOR SEJTEK IZOLÁLÁSA FOGEREDETŰ SZÖVEKBŐL

Király M.,¹ Kádár K.,¹ Molnár B.,¹ Gera I.,² Varga G.,¹ Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék¹, Semmelweis Egyetem, Parodontológiai Klinika²,

Bevezetés: A közelmúltban mesenchimalis posztnatális őssejtek jelenlétét mutatták ki fogeredetű szövetekben. Célul tűztük ki primer sejtenyészeteket létrehozását emberi gyökérhártya szövetből (PDL) és pulpából (DP), és ezekben megvizsgáltuk a klonogén, progenitor tulajdonságokkal bíró sejtek (SC) jelenlétét. Tanulmányoztuk a főtális borjúsérum (FCS), az epidermális növekedési faktor (EGF) és a zománcmátrix-kivonat Emdogain hatását a sejtek szaporodására. Anyag és módszer: Az emberi eredetű PDL és a DP izolálását követően az extracelluláris mátrixot I. típusú kollagenáz-diszpáz keverékben -MEM médiumban, stan-dardæmlesztettük (1 óra, 37°C-on). A sejtenyésztést körülmények között végeztük (30°C, 5% CO₂). A kolónia-formáló képességet 4%-os formalinos fixálást követően 2%-os Giemsa festéssel vizsgáltuk. A STRO-1 mesenchymalis őssejtmárkert pozitív populáció azonosítására immuncitokémiai eljárást és FACS analízist végeztünk. A FCS-nek, az EGF-nek és az Emdogainnak a sejtek proliferációjára gyakorolt hatását MTT-assay és 3H-timidin inkorporációs eljárással vizsgáltuk. Eredmények: Sikeresen hoztunk létre primer sejtenyészeteket PDL-ből és DP-ből. A tenyészetek sokszorosán átvihetők, klonogén és STRO-1 immunpozitivitást mutató sejteket tartalmaztak. A szérumban minden vizsgált koncentrációban jelentős mértékben serkentette a sejtek osztódását a szövetkultúrákban, míg az EGF a körülményektől, illetve az alkalmazott koncentrációtól függően változó hatást gyakorolt a sejtszaporodására. Az Emdogain növelte az életképes PDL sejtek számát a szérumban tenyésztett kontrollhoz képest. Megbeszélés: Vizsgálataink igazolják a STRO-1 mesenchymalis őssejt markert expresszáló sejtek jelenlétét a PDL és DP eredetű kultúrákban. Ezen kultúrákban a sejtosztódás jelentősen függ szérumban, növekedési és differenciálódási faktorok jelenlététől. Modellünk le-hetóvé teszi a fogeredetű, így potenciálisan fogszövet megújítás-ra képes sejtek osztódásának és differenciálódásának molekuláris szintű tanulmányozását.

85.

KRÓNIKUS HEPATITIS C BETEGSÉG STANDARD (PEGINTERFERON-RIBAVIRIN) KEZELÉSE SORÁN ÉSZLELT MELLÉKHATÁSOK

Király O., Semegi É., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest¹,

A hepatitis C vírusfertőzés kezelésétől akkor várható a legnagyobb hatékonyság, ha a beteg a 6-12 hónapos kúrát megszakítás nélkül tudja befejezni. A kezelés során rendszeres orvosi és laboratóriumi ellenőrzés szükséges, a kezelés felfüggesztésének ill. dózis csökkentésének azonban a vérképzőszervi mellékhatásokon kívül gyakori oka a betegek panasza. Leggyakoribb mellékhatások: influenzaszerű tünetek, gyengeség, fáradékonyság, viszkető, száraz bőr, hajhullás, étvágytalanság, szorongás, depresszió, fokozott fertőzés hajlam, valamint a pajzsmirigy túlműködéssel, vérszegénységgel kapcsolatos egyéb tünetek.

Betegek és eredményeink: Az elmúlt 2 évben osztályunkon közel 40 beteg állt kombinált peginterferon-ribavirin kezelés alatt. A kontrollvizsgálatok eredményeit, valamint a kezelés során fellépő mellékhatásokat egy egyszerű, jól áttekinthető táblázat segítségével követjük, ezáltal kellő időben észrevételre kerülnek és lehetőségünk nyílik a tünetek csillapítására, kezelésére ill. esetleges megelőzésére. Leggyakoribb mellékhatás a gyengeség, fáradékonyság volt, mely néhány esetben munkaképesség csökkenéssel is járt. Gyakori panasz a bőrvizketés, mely bőrgyógyász által javasolt lokális krémekkel enyhíthető, 1 esetben észleltünk súlyos, foltos hajhullást. Gyakori mellékhatás az étvágytalanság, a testsúly több, mint 10%-át meghaladó fogyást azonban csak 5 esetben észleltünk. Súlyos depresszió ill. pszichózis miatt 3 esetben kényszerültünk a kezelés felfüggesztésére. 4 esetben pajzsmirigy túlműködés kialakulása miatt gyógyszeres kezelésre volt szükség, azonban az antivirális kezelést nem kellett abbahagyni egyik esetben sem. Köhögés, fulladás hátterében 4 esetben pneumonitis kialakulását észleltük, mely miatt dóziscsökkentésre kényszerültünk 2 esetben.

Konklúzió: A peginterferon-ribavirin kezelés során fellépő kedvezőtlen mellékhatások a betegek mindennapjainak minőségi változásával járhatnak, a rendszeres kontroll vizsgálatok, a heti injekciózások terhet jelenthetnek a betegek számára. A maximális hatékonyság eléréséhez fontos a mellékhatások felismerése, szükség esetén kezelése.

87.

INTRACYSTIC HAEMORRHAGE IN A PATIENT WITH POLYCYSTIC LIVER DISEASE – A CASE REPORT

Korom T.¹, Nagy I.¹, Pálvolgyi A.¹, Morvay Z.², Lonovics J.¹ ¹st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Radiology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Background: Polycystic liver is an autosomal dominant hereditary disease commonly associated with polycystic kidney disease. Most of these cysts cause no symptoms. Large hepatic cysts tend to be symptomatic and can cause more complications (haemorrhage, infection, rupture and torsion) than smaller ones. **Case report:** We report here on a patient with polycystic liver disease who later developed upper abdominal pain due to intracystic haemorrhage. At the age of 44 years in 2006, she was referred to our hepatology unit for verification of her polycystic liver disease. Her hepatomegaly was diagnosed at the time of the labour with her third child. Abdominal ultrasonography (US) revealed numerous cysts (from 10 to 90 mm in diameter) in her liver, while the blood vessels and bile ducts were intact, and there were no cysts in her kidneys or pancreas. She had no complaints, her liver function tests were normal, and her virological (HBsAg and anti-HCV) and tumour markers (AFP and CA19-9) were negative. Her mother too had polycystic liver, but her children were cyst-free. A regular 6-month follow-up, including laboratory and US controls, was proposed. In January 2007, severe pain developed in the right subcostal region. The first examinations (US and blood tests) demonstrated inner echoes in the largest cyst as a consequence of intracystic haemorrhage, but without a significant decrease in the serum haemoglobin level or any impairment of the liver function. In February 2007, the patient underwent US-guided drainage followed by the instillation of povidone-iodine. The cyst diminished in size and the patient has subsequently remained symptom-free. **Conclusions:** Percutaneous aspiration and sclerotherapy is a safe, effective and minimally invasive method of treatment of intracystic haemorrhage in polycystic liver disease. A patient with large hepatic cysts may benefit from this intervention by preventing further complications.

86.

EXTRAESOPHAGEALIS VARIXVÉRZÉS KEZELÉSE CYANOACRYLATTAL AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISTENS FELADATAI

Kokas M., Lakó K., Pécsi G., Rácz I., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia

Az extraesophagealis varixvérzés kezelésére a varixokba adott N-butyl-2-cyanoacrylat (Histoacryl) injekció széles körben elterjedt módszer. A szerzők az általuk alkalmazott kezelési eljárást ismertetik. A kezelés főbb elemei: a szubintenzív rendszerű betegőrzés, a korai elektív kezelési mód, az 1:1 arányú cyanoacrylat-lipiodol elegy a standard videoendoszkóp és injektor használata voltak. Az endoszkópos szakasszisztens szerepe az endoszkóp és tartozékok, illetve az elegy előkészítése és beadása kapcsán a kezelés pontos megtervezésében részletesen ismertetésre kerülnek.

Röviden az általuk 8 betegben végzett 11 kezelés eredményei és szövödményei is ismertetésre kerülnek.

88.

ERCP-S MÓDSZEREINK VÁLTOZÁSA BILLROTH II SZERINT RESECALT BETEGEKEN

Koromosné Török É., Sümegi J., Orosz P., BAZ Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat

Bevezetés: A billroth II szerint resecalt betegeknél végzett ERCP-k módszertana nem egységes. Azt az egyes munkahelyek a rendelkezésre álló eszközök és a személyes tapasztalatok alapján önmaguk alakítják ki.

Betegek és módszer: 1997. március 1. és 2006. december 31. között 49 előzetesen Billroth II. szerint resecalt betegnél végeztünk ERCP-t összesen 66 esetben. 48 betegnél obstructio icterus, 1 betegnél postoperatív pancreas sipoly volt az indikáció. Az 1997. március 1. és 2003. december 31., valamint a 2004. január 1. és 2006. december 31. között végzett vizsgálatok során alkalmazott módszereket, a diagnosztikus és terápiás sikerességet hasonlítottuk össze. A vizsgálatokhoz mindig új, egyenes kanült használtunk, a bélperisztaltikát gyógyszeresen leállítjuk.

Eredmények: A 2003. december 31-ig végzett 37 vizsgálatból 32-t végeztünk duodenoscoppal, az azóta végzett 29 vizsgálatból csak 6-ot, míg 16 esetben gastroscopot, 7 esetben mindkét eszközt használtuk. Az első időszakban vizsgálatok 73%-ában, az utóbbi periódusban 100%-ban jutottunk diagnózishoz, a terápiás siker a vizsgált időszakokban 66% és 85% volt. Míg kezdetben több papillotomiás módszert kipróbáltunk, a második periódusban 17 esetben stent vezérelt sphinterotomiát, mély, szelektív kanülálás hiányában tükés papillotomiát végeztünk. Az első időszakban 2 szövödményünk (5.4%), a második periódusban 3 szövödmény (10.5%) jelentkezett, közülük 1 exitussal végződött.

Tapasztalataink: A Vater papilla elérése gastroscoppal könnyebb, gyorsabb, a kanülálás is rendszerint sikeres. A duodenoscopot csak sikertelen gastroscopos próbálkozás esetén, vagy vastag plastic stent behelyezésére alkalmazzuk. Ha a kanülálási kísérletek sikertelenek néhány perc után tükés papillotomiát végzünk. A stent vezérelt sphinterotomia a legtöbb esetben gastroscoppal is gyorsan, biztonságosan végezhető. Ha a vizsgálatot kb. fél óra alatt nem tudjuk sikeresen befejezni, néhány nap múlva második ülésben folytatjuk, így a terhelés a beteg és a személyzet számára is jól elviselhető.

89.

COELIAKIA ANTITESTEK VIZSGÁLATA DEAMIDÁLT GLIADIN PEPTIDEKKEL: DIAGNOSZTIKUS ÉRZÉKENYSÉG ÉS KAPCSOLAT A TRANZGLUTAMINÁZ EPITÓPOKKAL

Korponay-Szabó I.¹, Nemes É.¹, B. Kovács J.³, Vecsei Z.², Király R.², Szegedi L.⁴, Dahlbom I.⁵, Maki M.⁶, Debreceni Egyetem, Gyermekklinika¹, Debreceni Egyetem, Biokémiai Intézet², Heim Pál Gyermekkorház Coeliakia Centrum, Budapest³, Kenézy Kórház, Debrecen⁴, Uppsalai Egyetem, Svédország⁵, Tamperei Egyetem, Finnország⁶,

Bevezetés: A gliadin-ellenes antitestek vizsgálata régi eljárás a coeliakia diagnosztikában, a hagyományos gliadin antigénnel nyert eredmények azonban az endomysium (EMA) és transzglutamináz (TG2)-ellenes antitestek kimutatásához képest sokkal kevésbé érzékenyek és egyáltalán nem specifikusak. A TG2 enzim működése a gliadin rendezett deamidációjához vezet. **Célkitűzés:** Deamidált szintetikus gliadin peptideket (DGP) tartalmazó gyári ELISA kit (Inova Celiac Peptide Screen) tesztelése diagnosztikus nehézséget okozó klinikai betegsávokkal és monoclonalis anti-TG2 eger antitestekkel. **Betegek és módszerek:** 193 coeliakiás és 60 ép vékonybél nyálkahártyával rendelkező kontroll beteg (medián kor: 8.7 év) savójából mértük a DGP-hez kötődő antitesteket humán IgA-t és IgG-t egyaránt felismerő konjugátum alkalmazásával. Vizsgáltuk továbbá 12 TG2-specifikus monoclonalis antitest kötődését. **Eredmények:** A vizsgálatokban az IgA hiányos coeliakiás betegek 100%-ban (57/57), a dermatitis herpetiformis betegek 94%-ban (63/67) adtak pozitív eredményt. Azoknál a betegnél is 74%-ban (23/31) pozitív volt a DGP ELISA eredménye, akiknél gluten-függő boholyatrophia igazolódott, de a savóban az EMA kétes vagy negatív volt. Az összes kontroll beteg negatív volt. A plate-n található epitópokat 3 különböző TG2-specifikus monoclonalis antitest is felismerte, és ezek kötődése gátolható volt rekombináns humán TG2-vel vagy coeliakiás betegek IgA antitestjeivel. A monoclonalis antitestek azonban nem tudták teljesen megakadályozni a coeliakiás IgA antitestek kötődését. **Következtetések:** Deamidált gliadin peptidek alkalmazásával kiváló hatásfokkal lehet a coeliakiára jellemző szérumszintű antitesteket kimutatni. Ebben szerepet játszhat, hogy egyes DGP epitópok struktúrájának hasonló a TG2 epitópokhoz, és így közrejátszhatnak a TG2-ellenes antitestek indukciójában.

91.

Upper gastrointestinal bleeding in childhood

Kovács M.¹, Kelemen Á.², Rác L.³ Dept. of Pediatrics, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary¹, Pediatric Intensive Care Unit, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary³

Background: Upper gastrointestinal (UGI) bleeding is a potentially life-threatening problem, that is more common in adults than in children. **Aim:** The purpose of this study was to evaluate the clinical symptoms of UGI bleeding, the causes of bleeding, the endoscopic findings, the role of *Helicobacter pylori* and the underlying diseases. **Patients and methods:** From January 2000 to July 2006 we investigated 19 children with UGI bleeding. We reviewed the medical records retrospectively. **Results:** Fifteen patients had manifest bleeding (hematemesis, melena), 4 patients had occult bleeding. The endoscopic images included esophageal varices (2 cases), esophagitis (5 cases), hemorrhagic gastropathy (4 cases), gastric ulcer (1 case), gastric vascular lesion (1 case), haemorrhagic duodenopathy (1 case) and duodenal ulcer (1 case). Five patients received endoscopic hemostatic therapy. One case showed negative findings. Three cases were not investigated with an upper endoscopy (1 case Schönlein-Henoch purpura, 2 cases severe coagulopathy and respiratory failure). Fifteen patients (79%) had acute or chronic underlying diseases. *Helicobacter pylori* infection was detected in 4 patients (26%). **Conclusions:** The majority of the children with UGI bleeding had underlying diseases. *Helicobacter pylori* does not play an important role in our subgroup of children with UGI bleeding. Correct etiologic diagnosis of UGI bleeding in children is fundamentally important to adopt adequate pharmacological and endoscopic treatment.

90.

INOPERÁBILIS NYELŐCSŐ CARCINOMÁS BETEG MESTERSÉGES TÁPLÁLÁSA

Kovács F., Varsányi M., Müllner K., Burai M., Varga M., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

Bevezetés: Onkológiai betegek esetében létfontosságú a korai kiegészítő táplálás. Így a betegek könnyebben elviselik az onkológiai kezelés okozta stresszt és megelőzhető vagy lassítható cachectizálódásuk. A nyelőcső carcinoma okozta dysphagia, az onkológiai kezelés okozta anorexia, a gyakori hányások mind alultápláltsághoz vezetnek. Esetismertetés: Egy 45 éves férfibetegnél, a betegség felismerésekor már inoperábilis nyelőcső planocellularis carcinoma okozta szűkület miatt 2004.11. hó-ban a tumort áthidaló 15/12 cm. hosszú, fedett, öntáguló fémstentet (átm.18/23 mm) helyeztünk be osztályunkon, dysphagiás panaszai mérséklésére.

Ezt követően 2004.12.28.-2005.01.21.-ig 30,6 Gy összdózisú besugárzást és kemoterápiás kezelést kapott. Az első ciklust követően a restaging során progresszió igazolódott. A további chemoradioterápiába a beteg nem egyezett bele. 2005.02.hó-ban kezdtük el a naso-jejunalis tápszondán át történő enterális táplálását. A beteg sorsát rendszeres kontrollvizsgálatok során követtük. Esetünkben a naso-jejunalis tápszondán át történő enterális és az ezt kiegészítő per os mesterséges táplálás megfelelőnek bizonyult (egyenértékű a parenterális táplálással, ennek potenciális szövődésményei nélkül). Amikor a beteg önhatalmúlag abbahagyta a mesterséges táplálást gyorsan romlottak a táplálási mutatói, hypalbuminaemiás oedemák jelentkeztek. Az enterális táplálást újra kezdve állapota javult. A beteg túlélése 14 hónap volt.

Összefoglalás: Az esetismertetés kapcsán kiemeljük, hogy a betegség inoperábilis volt, a kombinált onkológiai kezelés nem hozta meg a várt eredményt. Ilyen esetekben a palliáció lehetőségei között a mesterséges táplálás különösen fontos. Az enterális táplálás, mely egyszerűen kivitelezhető a beteg otthonában is, olcsó és az életminőség javulását illetően is bizonyítottan eredményes.

92.

SPONTÁN RECTUM PERFORÁCIÓ CHURG-STRAUSS SYNDROMA ÉS TARTÓS STEROID TERÁPIA TALAJÁN (ESETISMERTETÉS-VIDEODEMONSTRÁCIÓ)

Kozák R., Lipkovics J., Horvát G., Fütő L., Markhot Ferenc Kórház Ri. Eger

A szerzők egy 70 éves nőbeteg esetét ismertetik. Kórtörténetében 2000. óta ismert Churg-Strauss szindróma (tüdő-, és veseérintettség), és tartós steroid terápia (4-8 mg/die) szerepel. Aktuálisan alhasi fájdalmak miatt került kivizsgálásra, mely során spontán rectum perforáció igazolódott a rectum sacrum felé eső oldalán (colonoscopiával, fistulografiával és kismedencei CT vizsgálattal alátámasztva). Műtét során széklet diversio (anus prae kialakítással) és a perforációs nyílás zárása történt. Az esetet raritása és az érdekes endoscopos és radiológiai kép miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

93.

INZULINNAL KEZELT DIABETESES BETEGEK ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOKRA VALÓ ELŐKÉSZÍTÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Kozma M., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

Bevezetés: Az inzulinnal kezelt diabeteses betegek száma egyre nő. Az endoszkópos vizsgálatokra való előkészítésük nagy figyelmet és gondosságot igényel egyrészt a szénhidrátháztartás felborulásának megelőzése, esetleges súlyos hypoglykaemiás rosszullét elkerülése szempontjából, másrészt a diabeteses neuropathia, következményes gastro-, és enteropathia jelenléte miatt.

Mindennapi gyakorlatunkban a rutin gastroscopia során speciális előkészítés nem történik, vércukorellenőrzés mellett a beteg reggeli inzulin adagját nem adjuk be, szövödménymentes vizsgálatot követően a beteg korábbi inzulin algoritmusát folytatjuk. Polypectomia, gasztrointesztinális vérzés, ill. egyéb komplikáció esetén orvosi utasítás szerint, egyéni kezelés válik szükségessé a beteg állapotától függően. ERCP vizsgálat előtt sc. gyorsított inzulin beadása mellett parenteralis glucose adását végezzük, vizsgálat előtt és után szoros vércukorellenőrzéssel. A colonoscopia előkészítése kihívást jelent mind a beteg, mind a szakápolók számára. A pszichés vezetés mellett külön problémát jelent a hypoglykaemia kivédése. Az előkészítés során fellépő hypoglykaemia veszélyeztetheti a beteg állapotát, valamint a tervezett vizsgálat elvégzését. Osztályunkon előnyben részesítjük diabeteses betegeinknél az orális tápszer mellett, korábban beállított inzulin dózisok alkalmazásával történő, Macrogolumos előkészítést. Ezáltal az előkészítés nem jelent éhezést a beteg számára, salakanyagmentes tápszerrel való előkészítés során bélszennyezettséggel sem nehezítjük a vizsgálatot, a beteg inzulin dózisait nem kell módosítanunk a megfelelő szénhidrát bevitel miatt, megelőzhető a hypoglykaemia, hypovolamemia, hypokalaemia, kollaptiform rosszullét. Javul a beteg együttműködése, biztonságérzete, félelem és éhezés nélkül, tiszta bélben sikeresen végezhető el a vizsgálat.

Összefoglalás: Az endoszkópos vizsgálat előkészítése diabeteses betegek-nél a szokottnál is szorosabb beteg-nővér-dietetikus-orvos együttműködését igényel a sikeres vizsgálat és a normoglykaemia megőrzés érdekében.

95.

LAPAROSCOPOS VASTAGBÉLRESECTIO ONKOLÓGIAI SZEMPONTJAI

Kupcsulik P., Papp A., Nehéz L., Weltner J., I. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

2004-2007 között 114 laparoscopos vastagbélresectiora került sor. A betegek válogatás nélkül kerültek LAP megoldásra, a műtéti kapacitás függvényében. Ezek közül 102 esetben malignus folyamat miatt történt LAP beavatkozás az alábbiak szerint: abdominoperinealis exstirpatio= 4, rectumresectio= 28, sigmaresectio=27, b.o-i hemicolectomia 12, jo-i hemicolectomia= 22, segmentalis resectio = 9. Ugyanezen periodus alatt 398 hagyományos vastagbélműtét történt. A LAP műtetre került betegek-hez demografiai adatok alapján párosítottuk a nyitott műtre került betegeket. Összehasonlítottuk a műtéti preparatumokat a ressecios szél tumormenésége, illetve távolság, az eltávolított nyirokcsomók száma, valamint az értelmezhető R0 resectio vonatkozásában. A rectum tumorok esetében a LAP műtét pathológiai szempontból kedvezőbb, a többi műtét esetében azonos volt, mint a nyitott műtétek. A LAP műtétek sebészeti onkológiai tekintetben azonosak a nyitott műtétekkel.

94.

POST ERCP-S SZÖVÖDMÉNYEK MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE - TAPASZTALATAINK

Krecsik J., Burai M., Schäfer E., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

Az ERCP vizsgálat során, vagy után 2-10%-ban szövödmények alakulhatnak ki: hasnyálmirigy gyulladás, vérzés, perforáció, gyulladásos szövödmények. Ezek közül a perforáció vagy a vérzés esetleg műtéti beavatkozást tehet szükségessé, de az esetek nagy részében konzervatív kezeléssel a szövödmények kezelhetők. Osztályunkon évente hozzávetőleg 1000 ERCP vizsgálat történik, 250-350 betegben végzünk endoscopos sphincterotomiát. Leggyakoribb szövödmény a postERCP-s amylase emelkedés, mely legtöbbször 24 órán belül normalizálódik és a hasnyálmirigy gyulladás klinikai tüneteit nem észleljük. Néhány esetben klinikai tünetekkel, hasi fájdalommal kísért pancreatitis alakul ki, mely akár súlyos is lehet. Osztályunkon ezért a postERCP-s pancreatitis megelőzése, illetve fellépése esetén az időbeni kezelés elkezdése céljából, különösen idős betegekben, vagy Oddi sphincter dysfunctió miatt végzett sphincterotomia után nasojejunalis tápszonda lehelyezésével fejezzük be a beavatkozást. A tápszondán keresztül a folyadékpótlás, a későbbiekben szükség esetén enterális táplálás is megkezdhető. Évente átlagosan 20-30 esetben észlelünk papillotomia kapcsán vérzést, mely az esetek döntő többségében a vizsgálat során spontán szűnik, vagy endoszkópos vérzéscsillapítás végezhető. Néhány esetben masszív, transzfúziót is igénylő vérzés, illetve újravérzés miatt ismételt endoscopyra, angiographiára ill. sebész megoldásra kényszerültünk. Amennyiben a papillotomia során vérzést kapunk, vagy epeúti gyulladás áll fenn, nasobiliaris draint hagyunk bent az proximális epeutakban. Ezen keresztül a vérzés ismételt megjelenését könnyebben észlelhetjük. Súlyos kísérőbetegségek fennállása, ill. a beavatkozás jellegétől függően a betegek egy részét beavatkozás után szubintenzív részlegünkön figyeljük meg. Ezáltal egységes alapelvek alapján történik a betegek obszerválása mind vérzés, mind pancreatitis, esetleges perforáció irányában, valamint lehetőségünk van ezen, ill. a cardiopulmonalis szövödmények kivédésére, szükség esetén időbeli ellátására. Külön figyelmet érdemelnek az antikoaguláns terápia-ban részesülő, valamint diabetesben szenvedő betegek is.

96.

SOMATOSENSORY CHANGES IN THE REFERRED PAIN AREA IN PATIENTS WITH POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME (PCS) BEFORE AND AFTER ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY (EST)

Kurucsai G.,¹ Joó I.,¹ Székely A.,¹ Szepes A.,² Várkonyi T.,² Funch-Jensen P.,³ Madácsy L.,¹ ^{1st} Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ¹, ^{1st} Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Dept. of Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark ³

Introduction: Somatosensory hyperalgesia in the referred pain area (RPA) reported in patients with abdominal pain syndromes, which may result from convergence of nerve fibres from visceral and somatic tissue at spinal and supraspinal levels. Persistent hyperexcitability of neurons in the CNS may explain chronic biliary pain in PCS patients (i.e. biliary hypersensitivity) despite the original disease has been eliminated (cholecystectomy and sphincterotomy). The **aim** of the present study was to evaluate cutaneous neural sensibility in the referred pain area in PCS patients with persisting biliary pain before and after EST. **Methods:** Patients were asked to help the doctors assigning the RPA in the RUQ. The sensation threshold was than determined by Neurometer®CPT with transcutaneous electrical stimulator at frequencies of 5, 250, and 2000 Hz, and at a current intensity range from 0.01 to 9.99 mA. The contralateral region of the abdomen (LUQ) was also measured, and represented the control area. Then the ratio of the sensation threshold between the RPA and the contra-lateral area was determined. Standardized questionnaire and visual analogue scale (VAS) were applied to assess PCS symptoms in all pts. **Results:** 10 pts with definite SOD before EST (VAS=6.8), and further 10 SOD pts with persisting biliary pain despite of previous complete EST (VAS=7.5), and 27 asymptomatic, healthy controls (VAS=0.2) were investigated. The measured sensitivity threshold ratios (LUQ/RPA) were 1.85 vs. 2.62 vs. 1.03 on 2000 Hz; 2.18 vs. 2.72 vs. 0.98 on 250 Hz; and 1.88 vs. 3.20 vs. 1.12 on 5 Hz; respectively. Significant hypersensitivity in the RPA were detected in both pt groups vs. controls (p<0.0006 and p<0.0001). **Conclusions:** Continuous visceral pain – biliary pain – caused by local inflammatory/sensitizing processes or CNS malfunction could lead to significant hypersensitivity in SOD patients. Hypersensitivity could explain the persisting biliary pain after EST in these SOD patients.

97.

THE INCIDENCE OF GASTRODUODENAL ULCERS, GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HELICOBACTER PYLORI INFECTION BETWEEN 1995 AND 2005

Lakatos G., Herszényi L., Juhász M., Peregú I., Miheller P., Zágonyi T., Molnár B., Németh A., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Background: There is a decreasing trend in the frequency of Helicobacter pylori (H. pylori) associated peptic gastroduodenal ulcers (PUD), while the incidence of gastro-esophageal reflux disease (GERD) is increasing. It has been suggested, that there could be an inverse relationship between the presence of H. pylori infection and GERD. **Aims:** To evaluate in a retrospective study the incidence of H. pylori infection, PUD and GERD. **Methods:** Between 1995 and 2005 18122 patients underwent upper gastrointestinal endoscopy in our Endoscopic Unit. Medical records of patients with endoscopically proven PUD and GERD were retrospectively reviewed. H. pylori status was diagnosed by histology, urease breath test and rapid urease test. **Results:** H. pylori infection was detected in 43.5% of all cases (no significant differences between 1995 and 2005). PUD was present in 125 patients (1995) and in 85 patients (2005) (9% and 5.6% of total endoscopies, respectively). The rate of H. pylori positive PUD decreased significantly from 1995 to 2005 (87% and 59%, respectively, $p < 0.01$). GERD was diagnosed in 48.5% of all patients. The incidence of GERD significantly increased between 1995 and 2005 (43.6% and 52.1%, respectively, $p < 0.05$). In the H. pylori positive patients GERD was diagnosed in 51.1% of the cases and in patients without infection in 52.7% (no significant difference between 1995 and 2005).

Conclusions: We found a significant increase in the incidence of H. pylori negative, and a significant decrease in the H. pylori positive PUD between 1995 and 2005. The incidence of GERD significantly increased in the last 10 years. No significant difference was observed in the frequency of GERD in patients with and without H. pylori infection. H. pylori infection seems to have no influence on the incidence of GERD in this population.

99.

CAPSAICIN-SENSITIVE AFFERENTATION IN HELICOBACTER PYLORI POSITIVE GASTRITIS BEFORE AND AFTER ERADICATION

Lakner L., Dömötör A., Tóth C., Meczker Á., Hajós R., Kereskai L., Szekeres G., Döbrönte Z., Mózsik G., 3rd Dept. of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary¹, Dept. of Pathology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Medical and Health Centre, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Dept. of Pathology, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Histopathology Ltd., Pécs, Hungary⁵

Background: The capsaicin-sensitive afferent nerves (CSANs) have an important role in protecting the gastric mucosa. The participation of CSANs in the development of chronic gastritis caused by different factors (Helicobacter pylori, drugs, etc.) was studied earlier by our team (Dömötör et al., Dig. Dis. Sci. 2007, 52:411-417). **Aim** of the study: to investigate the immunohistochemical distribution of capsaicin receptor (transient receptor potential vanilloid 1=TRPV1), calcitonin gene related peptide (CGRP), substance P (SP) in H. pylori positive chronic gastritis before and after eradication therapy. **Patients and method:** The biopsies of 18 patients (6 men, 12 women, mean age: 56.4 years) who suffered from H. pylori positive chronic gastritis were collected during gastro-duodenoscopy before and after eradication. H. pylori positivity was detected by the Warthin-Storry silver impregnation technique and urea breath test. TRPV1, CGRP and SP were detected by labeled polymer immunohistological method (Lab Vision Corp. USA) using polyclonal rabbit antisera (TRPV1, CGRP), and rat monoclonal antibody (SP) (Abcam Ltd, UK). 20 patients with functional dyspepsia were enrolled as histologically healthy controls. **Results:** Positive cases of TRPV1 immunodistribution were 35% (n=7) in controls, 89% (n=16) before and 72% (n=13) after eradication. Immunohistochemistry of CGRP was positive in 40% (n=8) of controls, and in 100% (n=18) of patients before and after eradication. The SP immunodistribution was negative in 75% (n=17) of control persons, 94.5% (n=17) in patients before and 100% (n=18) after eradication. **Conclusion:** 1. The capsaicin receptor (CSANs) and the CGRP are involved in the development of H. pylori positive chronic gastritis. 2. The time period between the gastro-duodenoscopies (before and after H. pylori eradication) could not be enough to change the immunohistochemical distribution of TRPV1, CGRP and SP in the gastric mucosa. 3. Not only H. pylori infections, but also other factors may be involved in the development of these cases of chronic gastritis.

98.

DOUBLE-BALLOON ENTEROSCOPY FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBSCURE BLEEDING, INFLAMMATORY BOWEL DISEASES AND POLYPOSIS SYNDROMES: WE SEE MORE BUT DO WE KNOW MORE?

Lakatos P.L.,¹ Fuszek P.,¹ Horvath H.,¹ Zubek L.,² Papp J.,¹ 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background/Aims: Our aim was to report our experience with the Fujinon EN-450 T5 therapeutic double-balloon endoscope (DBE) in the diagnosis of small bowel diseases. **Methodology:** Between August 2005 and October 2006, 52 DBE procedures were conducted in 47 consecutive patients (M/F: 22/25, age: 51.6 SD 19.5 years) presenting at our tertiary referral hospital (37 and 7 patients from oral and anal route, respectively; 5 patients from both). All procedures were performed using i.v. anesthesia, at our outpatient clinic. **Results:** Indication included suspected small-bowel bleeding in 28 patients, suspected/known IBD in 12 and polyposis/suspected neoplasia in 7. In obscure bleeding small-bowel abnormality was found in 18 patients (64.3%) including angiodysplasias/erosions and one polypoid lesion. In suspected IBD, it was diagnosed in 2 out of 8 cases. In patients with polyposis syndromes, polyps were found in two Peutz-Jeghers patients, while another patient with suspected stenosis was diagnosed with primary adenocarcinoma. The average insertion length was app. 213 cm. No severe complications were observed. **Conclusions:** Based on our experience DBE is a safe and useful method for evaluating and treating small bowel disease in selected patients with obscure bleeding, IBD or polyposis syndromes, however, the clinical importance of minute lesions still needs to be determined.

100.

TISZTÁZATLAN EREDETŰ MÁJELÉGTELENSÉG?

Lambert M.,¹ Gervain J.,¹ Molnár A.,² IV. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár¹, Patológia, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár²,

Bevezetés: Osztályunkon gyakran találkozunk a májelégtelenség klinikai képével. Általában krónikus betegség végstadiumában alakul ki, de ritkán előfordul fulmináns formája is, melyet több károsító tényező válthat ki. Esetünkben azért tartjuk bemutatásra érdemesnek, mert retrospektíve sem tudjuk megmondani az exitussal járó májelégtelenség etiológiáját.

Beteg: A 62 éves nőt 2,5 hétig észleltük osztályunkon. Kórelőzményében 9 évvel korábban retroperitonealis tumor miatt hasi exploráció szerepelt. Az elváltozásból vett szövettani minták – egy bizonytalan pozitív eredmény kivételével – malignitást nem igazoltak. A felajánlott onkológiai vizsgálatot a beteg elhárította. Ezután kórházi kezelés kórtörténetében nem szerepelt, a család elmondása szerint felépült, dolgozott. Jelen felvétele előtt két héttel gyengeség, hasmenés miatt utalták a Sürgősségi Osztályunkra. Laboratóriumi leletei csökkent protrombin- és fehérjeszintet mutattak, májfunkciós vizsgálata nem történt, hasi UH mérsékelt hepatomegáliát, echodús hepárt és szabad hasi folyadékot igazolt, hasi tumor irányába negatív volt. A beteg az osztályos felvételt nem fogadott el. 5 nappal később ismét kórházunkba szállították romló tudatállapot, hányás miatt, elesett állapotban. Cerebrális történet feltételezve koponya-CT készült, mely körjelző eltérést nem talált. A klinikai kép és laboratóriumi eltérései (mérsékelt emelkedett transzaminázok, enyhe icterus, alacsony protrombin, pszeudokoleszteráz, albumin) májcirrhosisnak feleltek meg. Auto- és heteroanamnézis az alkoholos eredetet kizárta. Lege artis kezelés mellett állapota hullámzott, és csendben exitált. Kóroki boncolása során májcirrhosis nem igazolódott, a máj inkább mállékony állagú volt, heveny, toxikus májkárosodásra utaló képet mutatott.

Megbeszélés: A betegnél észlelt súlyos laboratóriumi eltérések hátterét, valamint a 9 évvel korábban detektált, kiterjedt, malignusnak véleményezett tumor és a jelenleg talált csekély elváltozások közötti diszkrpanciát in vivo nem tudtuk magyarázni, de a boncolás eredménye és a hisztológiai leletek sem adtak választ a májbetegség eredetéről és a beteg halálának az okára.

101.

COELIAKIA PREVALENCIA MAGYARORSZÁGI FELNÖTT POPULÁCIÓBAN, A SZÖVETI TRANSGLUTAMINÁZ SZŰRÉS DIAGNOSZTIKAI ÉRTÉKE.

László A.,¹ Miklós K.,² Pánczél P.,³ Szabó Z.,² Németh J.,² SE, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Gasztroenterológiai Ambulancia, Budapest¹, Országos Gyógyintézet Központ, Immundiagnosztikai Laboratórium, Budapest², SE, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest³,

Célkitűzés: a coeliakia magyarországi prevalenciájának meghatározása a felnőtt populáció körében, valamint a szöveti transzglutamináz (tTG) szűrőteszt (IgA+IgG) diagnosztikai értékének vizsgálata.

Beteganyag, módszer és eredmények: ELISA szűrőteszttel 3778 egészséges véradó mintáját teszteltük coeliakiára. A 63 pozitív mintát (1.6%) izotípus specifikus tTG enzimtesztben és endomysium (EMA) indirekt fluoreszcencia (IFA) tesztben tovább vizsgáltuk. A szűrőn fennakadt minták közül 24 (38%) a tTG azonosító ELISA és az EMA IFA tesztben egyaránt pozitív volt. Ezeket tekintettük szerológiai igazolt coeliakiának. Ezen véradóknak gasztroenterológiai kivizsgálást ajánlottunk. A 63 tTG screen pozitív mintából 7 (19.4%) izoláltan tTG IgG pozitív volt (EMA IgA, IgG negatív). Ennek coeliakia szempontjából diagnosztikus értéket nem tulajdonítottunk. Izoláltan tTG IgA pozitív mintákat nem találtunk.

Munkánk másik részében a gasztroenterológiai szakambulancián különböző panaszokkal jelentkező betegek körében 476 esetben vér- és a posztbulbaris duodenumból szövetmintát vettünk. 20 beteg (4.2%) duodenum biopsziájának histológiai vizsgálata során észleltünk valamilyen boholytérést, ebből 14 (70%) szövetmintában típusosan coeliakiára jellemző atrophia volt megfigyelhető, az IEL-k számának emelkedésével, míg 6 esetben nem típusos szövettani eltérést rögzítettünk. A típusos szövettani pozitivitást minden esetben alátámasztotta a szerológiai pozitivitás is, azonban 2 esetben csak az EMA teszt volt pozitív a tTG nem.

Következtetések: 1./Adataink alapján a coeliakia prevalenciáját Magyarországon a felnőtt, "egészséges" lakosság körében 0.63 %-nak adjuk meg. Gasztroenterológiai szakambulancián különböző panaszokkal jelentkező betegek körében a szövettan alapján kiszűrt (és szerológiai megerősített) coeliakia gyakorisága 2.94%. 2./ Szöveti transzglutamináz (tTG) szűrőteszt (IgA / IgG) ELISA teszt coeliakia szűrésre jól alkalmazható.

103.

NUTRITIONAL RISK SCREENING IN LONG-TERM RESIDENTIAL CARE INSTITUTIONS

Lelovics Z.,¹ Figler M.,² Hungarian Dietetic Association, Budapest, Hungary¹, Faculty of Health Sciences, Institute of Human Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs, Pécs, Hungary²

Introduction: Malnutrition is a state characterized by absolute or relative lack of energy and/or one or more essential nutrients. Hence it is always a co-morbid factor that seriously aggravates the patient's state. The **aim** of the present study was to assess the nutritional status of patients living in psychiatric residential care institutions. **Methods and patients:** The Malnutrition Advisory Group (MAG) has recently launched the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) programme to be able to optimize adult nutrition. Using the tool, the survey is the first step in identifying and treating malnourished patients. The authors have performed nutritional risk screening in 465 patients, in six Hungarian institutes (215 men, 250 women, average age 58.8 ± 14.3 years). **Results:** 23.4% of the screened patients were malnourished (BMI < 20); 21.3% had degree I obesity (25 < BMI < 29.9); 14.2% had degree II obesity (30 < BMI < 39.9); and 2 patients were morbidly obese (40 < BMI). 40.6% of those living in psychiatric residential care institutions have optimal weight. 5–10% weight loss was found in 15 men and 23 women. More than 10% weight loss was detected in 10 men and 24 women. According to the evaluation of MUST scores, the risk of malnutrition was found 17.0%. Incomplete dentition (32.9%), lack of appetite (9.9%), dementia and swallowing difficulties are frequent. Those young people suffer most frequently from improper nutrition whose intelligence quotient is lower than the normal value (IQ < 70). **Conclusions:** The ratio of patients nutritionally at risk is high in psychiatric residential care institutions. MUST is a rapid and simple procedure that should be undertaken on first contact with the patient when (s)he moves to the institution, so that appropriate nutritional advice, taking into account the degree of handicap, can be provided. The dietitian, who may need special skills, plays an accentuated role in planning individual nutritional therapy in the psychiatric residential care institutions.

102.

INTRADUCTALIS PAPILLARIS MUCINTERMELŐ NEOPLASMA- ESETISMERTETÉS

László N., Varsányi M., Várady Z., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

A 70 éves több mint 15 éve maniaco-depresszív állapot miatt pszichiátriai kezelés alatt álló férfibeteget erős jobb bordaív alatti hasi görcsök miatt először 1998-ban vizsgáltuk. Anamnézisében krónikus alkoholizmus, krónikus pancreatitis, diabetes szerepelt. ERCP vizsgálattal infiltrált papillát, suprapapillarisan a fővezeték érintő intraductalis mucintermelő neoplasmát találtunk, szövettani vizsgálat közepes fokú dysplasiát igazolt. Állapotrosszabbodás, kialakult akut pancreatitis, pancreasfej nekrozis miatt endoszkópos tápszlonda helyezést végeztünk. Szövödményként duodenum perforáció, akut has alakult ki, mely miatt sebészeti beavatkozás, cysto-duodenostomia és cholecystectomy történt. Chronicus pancreatitis diagnózissal a részlegesen rendelkezésre álló dokumentáció alapján félévente kontroll hasi CT vizsgálatot végeztünk, melyek táult Wirsung vezeték (12-13mm), kiszélesedett inhomogén pancreasfejet, változó mértékű intra- és extrahepatikus epeúti tágulatot igazoltak. Tartósan kialakuló icterus, fogyás miatt került vizsgálásra osztályunkra 6,5 évvel később. Hasi CT-en habos, inhomogén massa töltötte ki a hasüreget a csepleszt infiltrálva, mely dislocálta a duodenumot és nagyereket, pancreas szerkezet nem volt felismerhető. ERCP vizsgálat során a papilla felett kékesen áttűnő cystát, suprapapillarisan beszűkült, majd többszörösen szabdalt, rendkívül tág pancreas vezeték észleltünk, jelentős mucinürülés mellett. Fémstent behelyezést követően a hasi panaszok, icterus jelentősen mérséklődött. Esetünk kapcsán felhívjuk a figyelmet a mucintermelő intraductalis neoplasmák malignus átalakulásának veszélyére a korai rezekció elvégzésére, főleg a fővezeték érintő folyamatokban, továbbá a rendszeres követés (képalkotó és tumormarker vizsgálatok) szükségességére, és szakszerű értékelésére.

104.

EARLY INSULIN TREATMENT PREVENTS THE LOSS OF NITRERGIC NEURONS IN THE ILEUM AND COLON AND RESTORES ALTERED GUT MOTILITY IN STREPTOZOTOCIN-INDUCED DIABETIC RATS

Linke N.,² Izbéki F.,¹ Bagyánszki M.,² Bódi N.,² Rosztóczy A.,¹ Fekete É.,² Lonovics J.,¹ Wittmann T.,¹ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Zoology and Cell Biology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Background: It has been demonstrated that the nitrergic neurons are susceptible to the development of neuropathy in diabetes and impairment in nitrergic innervation may lead to motility disorders. Since available data are contradictory, the mechanisms through which nitrergic neurons are involved in diabetic complications remain unclear. **Methods:** Adult male Wistar rats were divided into three groups: age-matched controls, streptozotocin-induced diabetics and diabetics with insulin replacement. Ten weeks after the onset of diabetes 2 animals in each group were killed by cervical dislocation and gut segments were processed for NADPH-diaphorase histochemistry and HuC/HuD immunohistochemistry, while the rest were preserved for the intestinal transit measurements. Intestinal transit was assessed by the phenol red recovery method; the colonic motility by the measurement of bead expulsion time. **Results:** Diabetic rats displayed faster small intestinal and colonic transit than controls. In the insulin-treated group the transit time was the same as in the controls. In the duodenum of diabetic rats the number of nitrergic neurons decreased with and without insulin replacement while the total neuronal number was not altered. In contrast in the jejunum, ileum and colon the total cell loss was around 50% which also included a loss of nitrergic neurons. Insulin treatment prevents cell loss partially in the jejunum and ileum, while in the colon it completely prevents neuronal loss. **Conclusions:** With these results we demonstrated for the first time that not just the degree of diabetic neuronal injury but the effectiveness of insulin in protecting nitrergic neurons differs basically in the length of the gut. Study was supported by research grant RET 08/2004

105.

INSULIN RESISTANCE AND BIOCHEMICAL RESPONSE RATES IN TREATED CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS

Lombay B.,¹ Szalay F.,² Dept. of Internal Medicine, St. Ferenc Hospital, Miskolc, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: the response rate in chronic hepatitis C (CHC) patients treated with pegylated interferon (PEG-IFN) and ribavirin (RBV) is multifactorial, and associated with bad prognosis in cases of insulin resistance (IR) and/or hepatic steatosis. **Aim:** to clarify the association between the main factors of IR and the biochemical response in patients treated with PEG-IFN+ RBV were studied. **Patients and methods:** 62, PEG-IFN and RBV treated patient's data were studied. We measured the body weight, BMI (body mass index), waist circumference, HOMA (homeostasis assessment modell) index, serum glucose, cholesterol and insulin levels and compared them with the grade of the hepatic steatosis (54 patients). Complete biochemical response was the normalisation of the elevated ALT value by week 12. **Methods and results:** 29 male (M)/ 33 female (F) patients were examined; mean values: age 46.9 (18-65) years, body weight 75.5 kg, average BMI 26.7, waist circumference 94.4 cm (M); 90 cm (F). Patients were treated with 180 ug peginterferon- α 2a or 80-120 ug peginterferon- α 2b per week and daily 800-1200 mg ribavirin, at least for 6 months. Average HOMA index was 4.5. Eleven patients had type 2 diabetes mellitus. Using the waist circumference to define the missing IR, there was a high biochemical response 18/23 (78%). Higher (>2,5) HOMA was associated with severe hepatic steatosis (29/37-78%) and lower serum HDL cholesterol (22/42-53%). Serum cholesterol levels were also lower, caused by advanced hepatic disease. Higher HOMA values caused by increased insulin levels. High biochemical response rate was detected without steatosis (12/16-75%), while the ALT usually remained abnormally (24/38-63%) with hepatic steatosis. The results of viral kinetics are not yet available. **Conclusion:** antiviral treatment in CHC requires regular laboratory control. Elevated HOMA index, hepatic steatosis and larger waist circumference are the negative predictors of the biochemical (and virological) response in the treatment period. Prospective studies with large number of patients is required to estimate the role of the IR in achieving sustained virological response.

107.

ACUTE PANCREATITIS: CAN WE MAKE THE PRE-THERAPEUTICAL CLASSIFICATION SIMPLER?

Lukács M., Nagy L.,^{3rd} Dept. of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary

Introduction: Haemoconcentration is considered to be a possible early marker of severity in acute pancreatitis. A simple scale to predict outcome is currently not available. **Aim:** to analyze retrospectively the presence of haemoconcentration (HC) at the time of admission in patients (pts) with severe acute pancreatitis (SAP) and mild acute pancreatitis (MAP). **Methods:** 48 pts with acute pancreatitis were included at our clinical ward. They were compared as Group A: 23 SAP pts (18 males/5 females, average age 51 years), Group B: 25 pts (11/14, average age 58 years respectively) without such complications that would need acute intervention. Severity of acute pancreatitis was determined by the Imrie score and clinical plus radiological findings (ultrasonography, CTscan). HC was defined as a hematocrit level of 46% or more at the admission. All chronic pancreatitis pts with acute exacerbation were excluded from MAP group. **Results:** The etiologies were (Group A/B): biliary 10/11, alcoholic 11/8, dyslipidaemic: 1/2, unknown: 1/4. The prevalence of HC was 13/23 in Group A and 2/25 in Group B. Significant difference can be found (Two-sided Fisher's exact test: $P=0.0004$). Both HC case in the MAP group also developed complications (1st: transient ST alteration on ECG; 2nd: pancreatic pseudocyst after 4 weeks). The average age of haemoconcentrated SAP pts was 52 years. 84% of these patients were male. In Group A 18 pts are still alive. The operation rate was 10/23, while the need for intensive care unit was 11/23 in this group. Elevated glucose levels have also been found in all biliary SAP pts. **Conclusion:** Haemoconcentration can be an independent risk factor and was shown to be an early marker in the development of severe acute pancreatitis. It can be expedient in assessment together with clinical and radiological findings - with the need for sufficient volume expansion as a therapeutic consequence

106.

RECIDIVÁLÓ, ÉLETET VESZÉLYEZTETŐ FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉS MEGELŐZÉSE PEG BEHELYEZÉSÉVEL. ESETBEMUTATÁS

Lövei L.,¹ Horvát G.,¹ Kozák R.,¹ Magyar L.,² Vargyai É.,³ Hompot E.,⁴ Markhót Ferenc Önkormányzati Kórház-Ri., I. Belgyógyászat és Gasztroenterológia, Eger¹, Központi Intenzív és Anaesthesiológiai Osztály², Csecsemő-, Gyermek-, és Ifjúsági Osztály³, Speciális Gyerekotthon, Eger, Hungary⁴,

A 11 éves szomatomentálisan súlyosan retardált beteg Gyermekvédelmi Intézetben él. Nehezített, de megtartott nyelési mechanizmus mellett per os táplálása történt. Gyakori, időnként hetente jelentkező haematemesis, melaena miatt került a Gyerekgyógyászati Osztályra. A vérzés intenzitása időnként shockírozó volt, rendszeresen transzfúziót igényelt. Vérzésmentes periódusban altatásban végeztünk endoszkópos vizsgálatot, mely hiatus hernián kívül más eltérést nem igazolt. Egyik alkalommal vérzés alatt urgens endoscopia történt, mely során egy nagy Mallory-Weiss berepedést találtunk, a paraoesophagealis hiatus hernia mellett. Az anamnesis ismételt felvétele mellett kiderült, hogy a fekvő helyzetű beteg per os táplálása során, az étkezés végén nyugtalanságot, erőltetett öklendezést produkált. Rendszerint ezután kezdett vérezni. Feltételezésünk szerint az étkezés során bejuttatott táplálék a hiatus herniában rekedt, ott feszülés érzést okozva váltotta ki az erőltetett „ruminációt”, mely a nyelőcső berepedését eredményezte. PEG behelyezése után a beteg 4 hétig nem vérzett. PEG ellenére újabb per os táplálási kísérlet után vérzése ismétlődött. Több mint egy éve csak PEG táplálása történik és vérzése nem volt.

108.

A DUODENUM CROHN BETEGSÉGE: KLINIKAI JELEK, DIAGNOSZTIKA, GYÓGYSZERES ÉS SEBÉSZI KEZELÉS

Lukovich P.,¹ Papp A.,¹ Harsányi L.,¹ Lakatos P.,² Fuszek P.,² Györfy H.,⁷ I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², II. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest³,

Bevezetés: A duodenumra lokalizált Crohn betegség az összes Crohn betegség kb. 0.5-4%-át teszi ki. Az esetek több mint 70%-ában az emésztőtraktus egyéb részeinek Crohn betegsége kíséri, mégis elsősorban a betegség első tünetei a gyomorürülési panasz, és a jelentős fogyás. A betegség igazolására vett endoscopos biopsia eredménye gyakran bizonytalan, ami megnehezíti az egyéb, benignus szűkületektől való elkülönítését. Műtétet igénylő megbetegedés kezelése tekintetében a betegséggel foglalkozó európai konszenzus nyilatkozat sem ad pontos irányelveket. Az irodalomban talált cikkek alapján a distalis vékonybél-szakaszok Crohn betegségénél széles körben alkalmazott stricturoplastica duodenalis forma esetén - a nagy szövődésménnyráta miatt - nem javasolt. De a bypass műtétek is - vagotomiával, vagy a nélkül - hosszú távon számos késői szövődésménnyel járnak.

Beteganyag: A Semmelweis Egyetemen az elmúlt 5 évben 5 betegnél diagnosztizáltunk a duodenalis Crohn betegséget. 4 betegnél igazoltuk a vékonybél és/vagy vastagbél Crohn betegségét is. Három betegnél - a konzervatív kezelés eredménytelensége miatt - a gyomorürülési panasz megoldására műtéti beavatkozásra volt szükség. Mindegyik betegnek a műtét előtt jelentős súlyvesztése (13-30kg) volt. Két esetben sikerült a gyulladt bélszakasz eltávolítása a duodenum partialis resectiójával, és az emésztőtraktus Billroth-II szerint végzett rekonstrukciójával, egy esetben a lezálló duodenum érintettsége miatt csak bypass műtetre (gastro-jejunostomia) nyílt lehetőség.

109.

PREVENTIVE PANCREAS STENTING FOLLOWED BY A NEEDLE KNIFE FISTULOTOMY IN SELECTED PATIENTS WITH HIGH RISK OF POST-ERCP PANCREATITIS – A PILOT STUDY

Madácsy L., Kurucsai G., Joó I., Fejes R., Székely A., 1st Dept. of Internal Medicine and OMCH, Endoscopy Lab, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary

Introduction: Sphincter of Oddi (SO) dysfunction (SOD) is regarded as an independent risk factor for post-ERCP pancreatitis. It has been proposed that with preventive pancreatic stent application one can reduce the risk of post-ERCP pancreatitis from about 20% to 5%. Recently we published that early needle knife precut papillotomy is also beneficial in these patients (pts). The **aims** of our pilot study were to combine these techniques (needle knife precut fistulotomy and preventive pancreatic stenting) and to prospectively analyze post-ERCP complications. **Methods:** Preventive pancreatic stent insertion was attempted in 15 consecutive pts with SOD. After pancreatic duct cannulation and contrast filling, a preventive pancreatic stent (3F, 3-4 cm, Geenen stent) was inserted into the Wirsung duct over an 18 inch guide-wire (Pathfinder). This was followed by a fistulotomy performed with a standard needle knife (Olympus). The incision was made at an 11-o'clock longitudinal direction on the roof of the papilla (keeping 5 mm distance from the papillary orifice), with a pure cutting current at 15 W. Next a biliary sphincterotomy was performed with a standard papillotomy. All pts were hospitalised to monitor complications. **Results:** Preventive pancreatic stent insertion was completed in 12 out of 15 pts. Needle knife fistulotomy, followed by a successful selective bile duct cannulation and complete biliary sphincterotomy were successfully performed in all 12 pts (10 pts during the same and 2 pts during a second procedure). Neither post-ERCP pancreatitis, nor any other complication occurred. Preventive pancreatic stents were removed 2-3 days after the EST, without any spontaneous stent dislodgement was observed. **Conclusion:** In selected, high-risk, SOD pts early, preventive pancreas stent insertion followed by needle knife fistulotomy seems to be a safe procedure with no or only minimal risk of post-ERCP pancreatitis, but prospective controlled studies are awaited to support our approach.

111.

GYOMOR CARCINOMA RITKA METASTASIA

Mályi I.¹, Takács R.², Németh T.³, Hamvas J.⁴, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest², Patológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest³, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest⁴

Bevezetés: A Meningitis carcinomatosa gyomorcarcinoma ritka metastasisa. A „pecsétgyűrű-sejtes” gyomorrák esetében írták le, mely a gyomor daganatok kevesebb mint 5%-t teszi ki.

Esetismertetések 1. M.L.66 éves nőbeteg gastroenterológiai anamnesisében 4 hónappal korábban gastroscopiával igazolt GERD, antrumban polypoid képletekből biopszia, mely hyperplasticus polypust igazolt. Neurológia vizsgálta, szédülés háttérben neurológiai okot CT, MRI nem igazolt. Ismételt felvételére érsékel anaemia, emelkedett cholestasis enzimek miatt került sor. Az antrumban polypoid képletek mellett depri-mált, szürkés, merev területből biopszia történt. A gyors progressziót mutató szemészeti (orbita CT térszűkítő folyamatot kizárt), neurológiai tünetek miatt neurológiai osztályunkra került. A felvetődött sinus trombotis az ismételt koponya CT, MRI, ill. vénás angiographia nem erősítette meg. Lumbal punctió gyulladást nem igazolt, cytológiai vizsgálat kóros sejteket nem igazolt. Magas CRP, bacteriaemia lázas állapot ellenére labor sepsist nem erősítette meg. Bacteriaemia okaként feltételezett mastoiditis miatt parenterális antibiotikus kezelés mellett jo-i mastoidectomia is történt. Septicus állapot, meningoencephalitis klinikai képe miatt antibiotikus és supportív kezelést kapott, hasi, otiogen, rhinogen és paraneoplasticus eredetűt igazolni, kórokozót identifikálni nem tudtak. Klinikai progressziót követően az első neurológiai tünetek jelentkezését követő 38. napon agyödema klinikai tünetei között exhalt. Kórbontani vizsgálat shigillocellularis carcinoma metastasisát igazolta. 2. K.A.(59.ffi) hasi panaszok ambuláns kivizsgálásakor met. Hep. diff., Tu. ventr. In obs. Neurologiaia tünetek, lázas állapot miatt lumbal punctio, amely meningitis carcinomatosa-t igazolt. Exitus 1 hó múlva.

Következtetés: A meningealis carcinomatosa a „pecsétgyűrű-sejtes” gyomorrák ritka metastasisa. A gyomor tumorok mérete alapján egyidejű metastasis fennállására következtetni nem lehet. Bár a hisztológiai lelet eseteinkben post mortem vált ismeretessé, valószínűleg a klinikai döntést, a kezelést a kis kiterjedés, gyors progressziójú neuroinfectióra utaló klinikai kép miatt nem befolyásolta volna.

110.

DUAL EFFECTS OF BILE ACIDS ON GUINEA PIG PANCREATIC DUCTAL BICARBONATE SECRETION

Maléth J.¹, Venglovecz V.¹, Rakonczay Z.¹, Nagy L.¹, Ózsvári B.¹, Takács T.¹, Lonovics J.¹, Tóth A.², Varró A.², A. Gray M.³, E. Argent B.³, Hegyi P.¹, 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Division of Cardiovascular Pharmacology, Hungarian Academy of Sciences, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Institute for Cell and Molecular Biosciences, University Medical School, Newcastle upon Tyne, United Kingdom³

Background: Exposure of the pancreas to bile acids is considered to be one of the possible causes of acute pancreatitis. However, no information is available on the effects of bile acids on intact pancreatic epithelia. **Methods:** Isolated guinea pig intra/interlobular pancreatic ducts were perfused from the luminal and basolateral membranes with standard Hepes or HCO₃/CO₂ solutions. The effects of chenodeoxycholate (non-conjugated bile acid, CDC) and glycochenodeoxycholate (conjugated bile acid, GCDC) on intracellular pH (pHi) of pancreatic ductal epithelial cells (PDEC) were measured using the fluorescent dye BCECF and microfluorometry. **Results:** Basolateral or luminal administration of the membrane permeable CDC dose dependently decreased the pHi of PDEC. However, GCDC decreased the pHi mostly from the basolateral side, suggesting that functionally active bile acid transporters are expressed in PDEC. Moreover, luminal administration of low doses (100µM) of CDC significantly stimulated the HCO₃⁻ secretion of PDEC, most likely via the luminal anion exchanger. Neither basolateral exposure of low doses of CDC nor low or high doses (100µM and 1000µM, respectively) of GCDC (administered either from the basolateral or luminal side) had an effect on ductal HCO₃⁻ secretion. Interestingly, basolateral or luminal administration of high doses (1000µM) of CDC inhibited HCO₃⁻ secretion. Low doses of bile acids had no effect on the activities of the Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter and the Na⁺/H⁺ exchanger. On the other hand, high doses (1000µM) of CDC inhibited the above mentioned acid/base transporters localised on the basolateral membrane of PDEC. **Conclusion:** These results suggest the presence of specific bile acid transporters in PDEC. Low doses of CDC stimulate pancreatic HCO₃⁻ secretion which may serve as a defence mechanism during acute pancreatitis. The inhibition of acid/base transporters by high doses of CDC is probably due to the marked acidification (toxic effect) caused by this non-conjugated bile acid. This work was supported by OTKA, MTA, OM and Royal Society.

112.

SIGMABÉL ADENOCARCINOMA, MALIGNUS RECTUM POLYP ÉS ILEUM CARCINOID TUMOR ELŐFORDULÁSA EGY BETEG-BEN. ESETISMERTETÉS

Merényi K.¹, Hamvas J.¹, Varga G.², Bursics A.², Takács I.³, Bodoky G.⁴, Gyökér T.¹, Pap Á.¹, MÁV Kórház, Gasztroenterológia¹, Sebészet², Patológia³, Szent László Kórház, Onkológia⁴

A colorectalis rák 50-60%-ban a rectum-sigmabél táján helyezkedik el, szövettanilag általában adenocarcinoma. A resectio mûtét utáni követés - colonoscopia, képalkotó eljárások, laboratóriumi paraméterek - fontos a recidíva korai felismerése és a metachron polypusok kimutatása miatt. A neuroendocrin tumorok ritka daganatfélések, incidenciájuk 2-10/1000.000. Diagnosztikus felismerésük esélye egyenes arányban van a tumorok nagyságával, illetve az általuk termelt hormon mennyiségével. Egy 76 éves férfinél 2002-ben szűkületet okozó adenocarcinoma miatt sigma resectio és a malignus elfajulást mutató végbélpolypus sebészi eltávolítása történt. A mûtét után Mayo protokoll szerint kemoterápiás kezelésben részesült. A kontroll vizsgálatok recidívát nem mutattak, 4 évig panaszmentes volt. Ekkor bal oldali pyelectasiát és ureter tárgulatot okozó 4x4 cm-es hasi nyirokcsomó konglomerátum miatt újabb mûtétre került sor. Az uretert is magába foglaló konglomerátumot a visszahagyott sigmoidalis rezekciójával távolították el. A mûtét során az ileumon a Bauchin billentyűtől 20 cm-re cseresznyéni tumort tapintottak, ezért vékonybélresectiot is végeztek. A nyirokcsomó konglomerátum a colon tumor extraluminárisan elhelyezkedő metastasisa volt, a sigmoidalis nyálkahártyáját nem érte el a folyamat. A vékonybél tumor nyirokcsomó metastasist okozó carcinoidnak bizonyult. A 2. mûtét utáni CT intraabdominális nyirokcsomókat, kis pulmonális metastasisokat írt le. Bevacizumab, irinotecan kezelésben részesült de Gramont szerint, átmenetileg somatostatin-analógot is kapott. Jelenleg oxaliplatin-leukovorin és 5-fluorouracil kezelést kap. Az ismert metastasisok ellenére jó általános állapotban van, panaszmentes. A carcinoid véletlenszerűen, a sigma tumor recidívájának mûtéte során került felfedezésre illetve eltávolításra, a hasmenés háttérben megelőzően a vastagbél daganat recidíváját gyanítottuk. Esetünket a vastagbélrák és a neuroendocrin tumor ritka együttes előfordulása miatt tartjuk közlésre érdemesnek.

113.

THE CLINICAL AND THERAPEUTIC CHARACTERISTICS OF THE CYCLIC VOMITING SYNDROME

Micskey É., Badacsonyi S., Dept. of Gastroenterology, Buda Children Hospital, Budapest, Hungary

Definition: The cyclic vomiting syndrome (CVS) belongs to the group of functional gastrointestinal diseases, however, there may be motility disturbances in the background. The syndrome is characterised by several, on average 3-4, recurrent vomiting episodes annually, which may last from hours to days, and is followed by symptom-free intervals. The CVS is not directly caused by metabolic or anatomic or other organic diseases. It begins with a characteristic prodromal phase followed by emesis with symptoms similar to encephalopathy. The syndrome mainly affecting children and is triggered by physical or emotional stress. Often, a disturbance in the mother-child relationship can be observed. **Aim:** The aim of this study is to assess our long term observations of patients suffering from CVS. **Patients and methods:** 14 patients were follow-up on. The average age of the 12 girls and 2 boys is at present time 19.2 years (7-29), their symptoms started at the typical age, on average at the age of 5.1 years (2-9). The vomiting episodes showed the typical choreography of the disease. During their hospitalisation (after pre-treatment at home) they underwent an EGG (electrogastrography) investigation (EGG-Medtronic 6.4 Digitrapper, ESPGHAN's 1999 working group criteria). **Results:** Number of patients/EGG results: 1 patient: tachygastria, 5 patients: dysrhythmia, 4 patients: slight dysrhythmia, 4 patients: negative results, 8 patients: failed running spectrum total power increase. **Therapy:** the treatment was limited to infusion, sedative, antiemetic, prokinetic and in some children ondansetron therapy, in the case of collaboration, the patients participated in psychotherapy. Their follow-up showed gradual spontaneous remission. **Conclusion:** the exact cause and appropriate treatment of CVS is still unknown. Current research supposes multicentric receptor dysfunction. One factor of the complex motility disorder is the myoelectric disturbance of the stomach, which needs further research.

115.

OPERATIONS FOR RECTAL TUMOUR AFTER NEOADJUVANT ONCOLOGICAL THERAPY

Mikes C., Diófalvi K., Varga G., Bursics A., Surgical Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary

Introduction: Neoadjuvant chemo-radiotherapy is gaining acceptance for destaging rectal tumours. We report our experience in this field.

Patients: We operated 50 patients for rectal carcinoma in 2006. The mean age of the patients was 66 years, the male:female ratio was 27:23.

Discussion: 23 (46%) tumours were situated in the lower third, 16 (32%) in the middle third and 11 (22%) in the upper third of the rectum. The pathologic T stage of the resected tumours were Tis: 1 (2%), T1:3 (6%), T2: 12 (24%), T3: 24 (48%), T4 3 (12%). We performed anterior resection in 26 (52%) patients, whereas in 13 patients (26%) we did abdominoperineal rectal excision. Other operations included 1 local excision (2%), 1 total procto-colectomy (2%), 2 Hartmann's procedures (4%), and 7 sigmoideostomy formation (14%). We initiated neoadjuvant oncologic treatment if the preoperative staging of the patient revealed irresectable tumour. 10 of our patients received preoperative therapy, 6 of those received chemo-irradiation, 3 radiotherapies only and 1 chemotherapy only. After restaging 8 patient showed tumour regression, 1 tumour did not change. In 1 patient we experienced widening bowel wall along with diminishing bowel stenosis. In each patient we performed R0 resection (7 anterior resections and 3 AP). One patient developed anastomosis insufficiency and died because of sepsis.

Conclusion: With neoadjuvant oncological therapy the ratio of curatively resected patients can be raised. According to the data found in the literature after neoadjuvant oncological therapy one has to count with higher number of anastomotic leakage.

114.

CHANGES OF OPG AND RANKL CONCENTRATIONS IN CROHN'S DISEASE AFTER INFLIXIMAB THERAPY

Miheller P.,¹ Müzes G.,¹ Rác K.,¹ Blázovits A.,¹ Lakatos P.,² Herszényi L.,¹ Tulassay Z.,¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: Osteoporosis is a well known complication of Crohn's disease (CD). Osteoprotegerin (OPG) concentration is elevated in patients with CD compared to healthy controls. Long term infliximab (IFX) maintenance therapy improves the patients' bone mineral density. The effect of infliximab on bone metabolism has not yet been clarified.

Aims: Our aim was to evaluate IFX effects on bone pathology in CD patients. **Methods:** Twenty nine patients were treated with IFX as an induction therapy according to international guidelines at weeks 0, 2, and 6. Serum concentrations of biochemical markers of bone formation (osteocalcin – OC) and bone resorption (beta-crosslaps – bCL), and serum concentrations of OPG and receptor activator of nuclear factor kappa B (RANKL) were measured before every treatment on day 1, 14 and 42. **Results:** Serum levels of OC and RANKL increased after treatment. OC concentrations were 28.93±14.95ng/ml vs. 36.33±20.05 ng/ml (p<0.005) on day 1 and 42, respectively, while RANKL concentrations increased from 0.0112±0.028ng/ml to 0.0411±0.123 ng/ml (ns) by the end of the study. The concentrations of both bCL and OPG decreased. bCL concentrations were 0.636±0.594 vs. 0.519±0.235 (ns) on day 1 and 42, respectively, while OPG concentration decreased from 3.739±1.485 to 3.491±1.618 (p<0.05). **Conclusions:** IFX therapy decreased the OPG concentration in CD patients significantly. In parallel the serum bone resorption marker (bCL) also decreased. Concentrations of bone formation marker (OC) and RANKL increased during the same period, however those changes were not statistically significant. Elevated OPG in CD could be a counter-regulatory response to inflammatory cytokines or may reflect T-cell activation.

116.

PERIPHERAL BLOOD GENE EXPRESSION MARKERS OF LOCAL COLORECTAL DISEASES DETERMINED BY WHOLE GENOME MRNA ARRAY ANALYSIS

Molnár B., Galamb O., Galamb B., Solymosi N., Sipos F., Spisák S., Tóth K., Miheller P., Zagoni T., Németh A., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Background and Aims: Gene expression analysis of peripheral blood using high-density oligonucleotide microarray can contribute to the determination of distant blood markers of local pathophysiological alterations in colorectal diseases.

Methods: 8 ml peripheral blood was collected, immediately lysed, stabilised in PAXGENE tubes. Next, total RNA was extracted, amplified after globin reduction and biotinylated from 8 patients with colorectal cancer, 8 with villous adenoma (>1 cm), 8 with active IBD and 8 normal controls. Genome-wide gene expression profile was evaluated by HGU133Plus2.0 microarrays. RMA background correction, quantile normalization and median polish summarization were used. Kendall's rank correlation was performed for quantification of association between the expression level and the disease stages.

Results: Traditional circulating tumor cell markers like CK20, EGFR, TS, were found to be elevated in IBD samples as compared to normal cases (p<0.001). Classification of benign and malignant cancer markers in comparison with IBD and normals could be performed using downregulated genes like ALB, CP,DMRT2,SMARCA1, and upregulated by genes such as C7orf38,CCR8,CD36. Carcinoma cases could be classified from adenomas by upregulated SPTBN4, TIMM44, SYN1, MICAL1, MGA and downregulated CDC20b, SLC34A1, CYP11A1, TPM1. CRC could be classified from all of the other observed groups by upregulated TPM3, APIS1, E2F7, APP, MEF2A, and downregulated EP400NL, NUDT4,ALB, CCDC7, DMRT2, SHB showed sequential changes in normal, adenoma and CRC. Fold changes were at all of these genes significantly different from the control group (p<0.001).

Conclusions: Traditionally offered RT-PCR circulating tumor cell markers proved to be non-significant in the detection of local colorectal neoplastic alterations in the peripheral blood due to unspecific signalling in IBD patients. New multivariate expression markers were identified using mRNA while genomic expression arrays and peripheral blood. These markers and technology can lead to alternative screening procedures.

117.

MRNA EXPRESSION OF SELENOPROTEINS IN HUMAN COLONIC MUCOSA CELLS

Molnár J., Molnár B., Galamb O., Németh A., Zágoni T., Miheller P., Galamb B., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Introduction: Selenium (Se) is an essential trace element. A significant inverse correlation between the incidence of gastrointestinal cancer and serum Se concentrations was observed in epidemiological and prospective human studies. The exact mechanism for Se as an anti-carcinogenic element is not known. Glutathione peroxidases (GPX) and other selenoenzymes have been reported to play a pivotal role. **Material and methods:** The expression of GPX 1, 2, 3, and 4 mRNA, selenoprotein P and selenoprotein W mRNA was measured in human normal colonic mucosa cells (n=8), in human colonic adenoma cells without dysplasia (n=6), in human colonic adenoma cells showing signs of dysplasia (n=9), human colonic adenocarcinoma cells from stage Duke A or B (n=7) and human colonic adenocarcinoma cells from stage Duke C or D (n=8) using Affymetrix HGU133 plus 2.0 chips. The difference between mRNA expression was considered significant if $p < 0.05$. **Results:** There was a significant decreasing trend of selenoprotein W mRNA expression in the gene probe sets. Selenoprotein W mRNA expression was 11.64 ± 0.14 in normal colonic mucosa, 11.48 ± 0.40 in colonic adenoma cells without dysplasia, 11.57 ± 0.29 in colonic adenoma cells showing signs of dysplasia, 11.48 ± 3.73 in colonic adenocarcinoma cells from stage Duke A or B, and 11.14 ± 0.41 in colonic adenocarcinoma cells from stage Duke C or D. GPX 1 and 4 mRNA expression rates generally increased while GPX 3 mRNA expression levels decreased but the trend was not consistent. GPX 2 and selenoprotein P mRNA expression did not correlate with the degree of dysplasia or cancer. **Conclusions:** Our results indicate that selenoprotein W expression shows an inverse correlation with the degree of dysplasia/cancer in human colonic mucosa. This may explain literature data suggesting selenoprotein W expression in the colon to be highly sensitive to Se-depletion and serum Se levels are decreasing parallel with the progression of gastrointestinal cancer. Further studies are needed to evaluate whether there is any causal relationship between selenoprotein W levels and the formation of dysplasia or cancer.

119.

DIAGNOSZTIKAI RENDSZER KIDOLGOZÁSA A GYÓGYSZERMETABOLIZÁLÓ KÉPESSÉG VIZSGÁLATÁRA

Monostory K.,¹ Gulyás J.,¹ Köhalmi K.,¹ Porrogi P.,¹ Fazakas J.,² Gerlei Z.,² Korponay Z.,³ Járav J.,² Sárvary E.,² MTA, Kémiai Kutatóközpont, Budapest¹, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², II. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest³

Bevezetés: A gyógyszeres terápia során jelentkező mellékhatások egy része a gyógyszermetabolizmus eltéréseiből vagy megváltozásából fakad. A máj gyógyszermetabolizáló képességét elsősorban a citokróm P450 (CYP) enzimek aktivitása határozza meg, amely nagyban befolyásolhatja egy gyógyszer hatékonyságát/toxicitását. Az aktuális CYP enzimszintet genetikailag meghatározott, amelyet külső és belső tényezők módosíthatnak. A transzplantáció során a graft/betegtúlélést számtalan tényező (1) mellett a gyógyszermetabolizáló kapacitás is befolyásolja.

Cél: Kidolgozás alatt áll egy többlépcsős diagnosztikai eljárás a transzplantált betegek gyógyszermetabolizáló kapacitásának meghatározására.

Módszer: A diagnosztikai rendszer a CYP enzimek aktivitásának és expressziójának meghatározásán (fenotipizálás), valamint a DNS analízissel megállapítható génhiba kimutatásán (genotipizálás) alapul. A fenotipizálás során a CYP enzimek kifejeződését egyrészt aktivitásuk alapján, másrészt a CYP mRNS szintek májban és vesevérsejtekben történő RT-PCR mérésével állapítjuk meg különös tekintettel a gyenge metabolizáló fenotípusra.

Eredmények: A CYP aktivitások meghatározása fehérvérsejtekben nem lehetséges, csak májból készült enzimpreparátumon mérhetők. A CYP mRNS szintek májban és fehérvérsejtekben is jól meghatározhatók. A korrelációs vizsgálatok célja, hogy igazoljuk a fehérvérsejtekben mérhető CYP mRNS szintek tükrözik a májban mérhető CYP aktivitást. Ezzel lehetőség nyílik arra, hogy vérből következzünk a szervezet aktuális gyógyszermetabolizáló képességére.

Következtetés: Májtranszplantáció esetén a donor máj, egyéb szervátültetést követően a recipiens metabolikus kapacitása határozza meg a műtét utáni gyógyszeres terápia kimenetelét. A diagnosztikai rendszer alkalmazásával előre jelezhetünk egy esetleges CYP enzimdefektet, amely befolyásolhatja a beteg gyógyszeres kezelését. A graft túlélését és a betegek életkilátásait javíthatja a csökkent gyógyszermetabolizáló képesség időben való felismerése és a műtét utáni terápia észszerű módosítása.

1. Patonai A et al: Orv. Hetilap 142:435-41 2001

118.

NOD1 GENE E266K (G796A) POLYMORPHISM IS ASSOCIATED WITH DISEASE SUSCEPTIBILITY BUT NOT WITH DISEASE PHENOTYPE OR NOD2/CARD15 IN HUNGARIAN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE

Molnár T.,¹ Hofner P.,² Nagy F.,¹ Lakatos P.,³ Fischer S.,³ Lakatos L.,⁴ Kovács Á.,⁵ Altorjay I.,⁶ Palatka K.,⁶ Demeter P.,⁷ Tulassay Z.,⁸ Miheller P.,⁸ Papp J.,³ Mándi Y.,² Lonovics J.,¹ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Faculty of Medicine, Szeged, Hungary¹, Dept. of Microbiology, University of Szeged, Faculty of Medicine, Szeged, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Dept. of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary⁴, 1st Dept. of Medicine, Erzsébet Hospital, Budapest, Hungary⁵, 2nd Dept. of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁶, Dept. of Gastroenterology, St Margit Hospital, Budapest, Hungary⁷, 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁸

Background: NOD1/CARD4, a member of the pattern-recognition receptor (PRR) family, is a perfect candidate as a susceptibility gene for Crohn's disease (CD). Since only limited and conflicting data are available on G796A polymorphisms in IBD patients, we set out to study the effect of this polymorphism on the susceptibility and course of CD in the Hungarian population. **Methods:** 434 unrelated CD patients (age at presentation: 28.6 ± 9.6 years, female/male: 210/224, duration of CD: 8.2 ± 6.9 years) and 200 healthy subjects (blood donors) were investigated. NOD1 G796A was detected by using polymerase chain reaction/restriction fragment length polymorphism. Detailed clinical phenotypes were determined by reviewing the medical charts. **Results:** The frequencies of the variant alleles of NOD1 G796A differed significantly between the CD patients and the healthy controls (GG 49.5% vs. 67%; AG 41.5% vs. 28%; and AA 9.0% vs. 5.2%; $p = 0.0001$). Carriage of the single nucleotide polymorphism of NOD1 G796A proved to be a highly significant risk factor for CD ($p = 0.0001$, OR:2.1, 95%CI:1.5-2.9). Significant associations were not found between the different genotypes and the demographic data on the patients or the clinical characteristics of CD. The different polymorphisms of PRRs (e.g. NOD2/CARD15 SNP8, SNP12 and SNP13 mutations, the TLR4 D299G polymorphism and NOD1 G796A) did not reveal a mutual basis. **Conclusions:** Our results suggest that carriage of the NOD1 G796A mutation increases susceptibility for CD in the Hungarian population.

120.

DIAGNOSTIC GENE EXPRESSION SIGNATURES TO PREDICT THE CHEMOTHERAPY RESISTANCE AGAINST ORAL AND INTRAVENOUS 5-FLUOROURACIL

Munkácsy G.,¹ Györfly B.,¹ Baranyai Z.,² Györfly A.,³ Jakab F.,² Tulassay Z.,³ 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary², 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Colon cancer is the second most common malignant disease in Hungary. The most frequently used drug is 5-fluorouracil, which has no effect in the 90% of the cases. The main mechanisms of the resistance against 5-fluorouracil are due to the overexpression of dihydropyrimidine dehydrogenase, B p65. The investigation of these single markers κ MRP8, thymidilate synthetase, NF has not yet provided clinically useful results, thus the simultaneous investigation of multiple markers is needed. DNA microarrays provide the best available technology for this purpose. Based on previous publications, we have set up a consensus gene list (n=39), containing genes associated with resistance against 5-fluorouracil in multiple studies. We have constructed a custom DNA chip containing these genes and 4 housekeeping control genes. We measured the expression of all genes in quadruplicate and computed the relative expression compared to the housekeeping genes. We have collected 70 colon cancer clinical samples in the Uzsoki Hospital. We have isolated RNA using Qiagen RNeasy mini kit, the quality of the samples was measured on a 1% gelelectrophoresis and the quantity by Nanodrop technology. The hybridization to the arrays was performed using the Genisphere Array MPX kit. Statistical evaluation was performed using student's t-test with Bonferroni correction. The results indicate no difference in the mechanism of resistance comparing oral and intravenous 5-fluorouracil. Summarizing our results we have developed a consensus microarray to predict 5-fluorouracil resistance in colon cancer. While preliminary results show the feasibility of the technology, currently the extension to a large cohort of additional patients is reroute.

121.

A CASE OF PRIMARY BILIARY CIRRHOSIS (A PROBLEM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS?)

Müller Z.,¹ Máj C.,² Ozsvár Z.,¹ Dept. of Infectology, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹, Dept. of Pathology, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary²

Introduction: The diagnosis of primary biliary cirrhosis (PBC), a chronic cholestatic disorder of the liver, is one of exclusion. The autoimmune pathogenesis of PBC is characterized by inflammatory damage and a progressive destruction of bile ducts, which leads to fibrosis, and finally cirrhosis. A hallmark for the diagnosis of PBC is the presence of antimitochondrial antibodies (AMA) in serum. Genetic predisposition plays role in pathogenic antibody production, although it means influences the prognosis, rather than the predisposition.

Case report: Elevated levels of liver enzymes (GOT: 81 U/l, GPT: 92 U/l, GGT: 398 U/l, ALP: 1135 U/l, chol: 5.78 mmol/l) were found in a forty-year-old female during screening. Past medical history revealed sectio caesarea, hormone therapy for in vitro fertilization program and removal of a fibrous histiocytoma from her leg. The woman was in good health, well nourished, not jaundiced and did not itch. Ultrasound revealed no intra- or extrahepatic bile duct obstructions. The background signs of cholestasis were distinguished by evaluation of findings as examination of the damage of hepatocellular secretion (ALP, GGT), autoantibodies, viral markers and metabolic liver disease. AMA titre was positive suggesting a diagnosis of PBC. While the histology of liver biopsy was not specific, the histology of skin lesion, the disseminated pyoderma gangrenosum confirmed the diagnosis of primary biliary cirrhosis.

Conclusion: Clinical manifestations of PBC are usually late appearing after a long asymptomatic period. The diagnosis was established in an asymptomatic patient at an early stage.

123.

PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS (PSC) AMONG OUR IBD PATIENTS

Nagy G.,¹ Kristóf T.,¹ Minik K.,² Juhász L.,¹ Orosz P.,¹ 2nd Dept. of Internal Medicine Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary¹, Dept. of Pathology, Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary²

PSC is a chronic, progressive disease with an unknown origin causing cholestasis due to inflammation and obliterative fibrosis of intra- and extrahepatic bile ducts. The disease can lead to biliary cirrhosis, hepatic failure and occasionally cholangiocarcinoma. The authors diagnosed 22 PSC cases during several decades of practice in Borsod County. In 17 cases the disease was associated with IBD. The occurrence of PSC was 2.1% among IBD patients, while the incidence of IBD among patients suffering from PSC was 77%. The male to female ratio was 13:4. The mean age at the time of diagnosing IBD and PSC was 24.6 and 28.6 years respectively. The two diseases appeared synchronously in two patients. In eleven cases IBD appeared first, while in four cases PSC manifested first. Besides treating IBD, the therapy mainly involved administering ursodeoxycholic-acid or rarely antibiotics and occasionally, for extrahepatic obstruction, endoscopic balloon-dilatation was carried out. Average follow-up period was nine years. **Outcome:** four patients were added to the transplant list, two of whom underwent successful liver transplantation. Before transplantation one patient died due to hepatic failure and one due to cholangiocarcinoma. Authors review the history of discovering the association between IBD and PSC, the epidemiological relations of the two diseases, the most important aspects of diagnosis, the characteristics of colitis in PSC, the main features of PSC in IBD, the existing therapeutic approaches using drugs or endoscopy and the risk of developing cholangiocarcinoma. In addition, the role of liver transplantation is also briefly discussed.

122.

ENDOTOXIN, IL-6 AND TNF-ALPHA PLASMACONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE

Müllner K.,¹ Németh É.,² Schäfer E.,² Illés K.,² Pap Á.,² Tulassay Z.,¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, MÁV Hospital, Budapest, Hungary²

Background: In the last decades the prevalence of Crohn's disease (CD) has increased. Numerous questions about the etiology, the pathomechanism and the treatment of CD still remain unanswered.

Aims: In the present study we aimed to examine in our CD patients the changes of endotoxin and cytokine (TNF- α , IL-6) plasma levels during immunosuppressive therapy and jejunal nutrition, in addition to the routine laboratory parameters. **Methods:** At a time of clinical and laboratory manifestations of CD, after colonoscopy, CT enterography and histology we examined the plasma TNF- α , IL-6, endotoxin levels with ELISA before and during treatment. **Results:** Plasma TNF- α and IL-6 and endotoxin levels decreased during jejunal feeding in our CD patients, however these alterations were insignificant. Our examinations showed no appraisable endotoxin levels in CD. Patients with active CD responded with a significantly decreased TNF- α , IL-6, and CRP plasma concentrations on combined immunosuppressive therapy (5-ASA + methyl-prednisolone + AZA). None of the routine laboratory examinations (Ht, Hbg, WBC, PLT, serum protein, albumin, transferrin, pseudoCHE) during the follow-up of CD treatment were significantly changed in the short term. **Conclusions:** Determination of the endotoxin level is not an applicable method for monitoring the CD activity. Measurements of TNF- α , IL-6 levels in CD patients is possibly useful for the follow up of disease activity during immunosuppressive therapy, and for the early recognition of therapeutic response, in contrast to the routine laboratory examinations. The study was supported by the OTKA grant F049241.

124.

MARKERS OF NECROINFLAMMATION AND FIBROGENESIS IN PATIENTS (PTS) WITH CHRONIC HEPATITIS C (CHC): EFFECT ON THE THERAPEUTIC OUTCOME

Nagy I., Korom T., Pálvolgyi A., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

Background: Circulating levels of tumor necrosis factor alpha (TNF- α), soluble intercellular adhesion molecule-1 (sICAM-1) and procollagen III N-terminal peptide (PIIINP) are useful markers of hepatic necroinflammation and fibrogenesis. **Aim:** To assess the levels of these serum markers in groups of CHC pts displaying different outcomes to interferon + ribavirin therapy. **Patient groups:** 1) 22 CHC pts naive to treatment; 2) 49 pts with a sustained response to previous therapy; 3) 30 CHC pts with a nonresponse or a relapse response to therapy, and 4) 21 healthy subjects as controls. **Methods:** Serum TNF- α , sICAM-1 and PIIINP levels were measured by means of ELISA and RIA. Data were analyzed by Kruskal-Wallis ANOVA on ranks, followed by Dunn's test. **Results:** Both the treatment-naive CHC pts and the nonresponders or relapsers to previous therapy displayed markedly elevated serum levels of all 3 markers, with no statistically significant differences between the groups. As compared with these two groups of biochemically and virologically active CHC pts, the mean values of all these parameters were significantly lower in the pts who exhibited a sustained response to previous antiviral treatment. In this group, the levels of sICAM-1 and PIIINP were as low as in the controls, while that of TNF- α displayed a moderate but significant elevation. **Conclusion:** A sustained biochemical and virological response to antiviral therapy with interferon + ribavirin in CHC pts may exert a beneficial effect on hepatic necroinflammation and fibrogenesis, as reflected by the normalization of circulating levels of sICAM-1 and PIIINP and the near-normalization of the serum TNF- α concentrations. The significance and the cause of the moderately elevated TNF- α levels in these pts remain to be elucidated.

125.

TAPASZTALATAINK A HEPATITIS C MIATT VÉGZETT MÁJ-ÁTÜLTETÉSEKKEL

Nemes B.¹, Gerlei Z.¹, Lengyel G.², Lotz G.⁴, Nagy P.³, Görög D.¹, Fehérvári I.¹, Schaff Z.⁴, Járay J.¹, Sárvári E.¹, Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem II. Belklinika², Semmelweis Egyetem I.sz. Patológiai és Kísérletes Rákkutató Intézet³, Semmelweis Egyetem II.sz. Patológiai Intézet⁴,

Vizsgálatunkban HCV okozta májcirrhisz miatt májátültetésen átesett betegeink adatait elemeztük, akiket két csoportra osztottunk: víruskiújulás miatt, az antivirális kezelést egy éven belül, vagy azon túl (illetve még nem) kezdtük el. A két csoportot összehasonlítottuk: donor-, recipiens-, és m?teti adatok, szövödmények, posztoperatív transzamináz, valamint HCV-PCR titerek. Statisztikai különbség volt: donor életkora (40 ± 11 vs. 33 ± 10 , $p=0.03$), recipiens CP score >11 pont (18% vs 0%, $p=0.01$), hepatorenalis szindróma (22% vs 6%, $p=0.04$), beültetés során adott colloid (740 $\pm$ 1100ml vs. 1500 $\pm$ 800ml, $p=0.01$), vértranszfúzió (7 $\pm$ 4E vs. 11 $\pm$ 7E, $p=0.01$), calcineurin inhibitor minősége. Különbség volt a posztoperatív GOT (U/l) értékében három és 6 hónappal, a GPT-ben három, 6 és 9 hónappal, az ALP-ban, és γ GT-ben 3 hónappal OLT után. Korai kiújulás megelőzően gyakoribb volt az ARE miatti szteroid bólus (40% vs 24%, $p=0.04$). Különbség volt az OLT után egy (5.9 $\pm$ 4.4 vs 2.2 $\pm$ 1.5, $p=0.01$) és 3 hónappal (13.4 $\pm$ 19.7 vs 4.1 $\pm$ 3.4, $p=0.02$) mért szérums HCV-PCR értékek között, valamint az első 6 hónapban (5.6 $\pm$ 3 vs 2.6 $\pm$ 1.8, $p=0.01$), és 1 évvel (6.9 $\pm$ 3.8 vs 4.2 $\pm$ 4, $p=0.02$) az OLT után vett májbiopszia Knodel pontszámában. Az 1995-2002 és 2003-tól napjainkig terjedő időszakot összehasonlítva jelentősen nőtt a korai reinfekció aránya (32% vs 68%, $p=0.003$). Nem volt statisztikai különbség a következőkben: donor neme, halál oka, recipiens életkora, neme, BMI-je, preoperatív HCV-PCR titer, beültetési technika, műtét során alkalmazott folyadékterápia, infekciós, vérzéses, vaszkuláris és biliáris (technikai) szövödmények, CMV infekció. Jelentős különbség volt a kumulatív Kaplan-Meier betegségmentes-, totál beteg-, és grafttúlélésben. A korai HCV kiújulás multifaktoriális (1). Hajlamos az idősebb donorokból, idősebb, hepatorenalis érintettségű és magas CP pontszámú betegekbe transzplantált, marginális májgraft, és a szteroid boluskezelés. A HCV-PCR titeremelkedésnek prognosztikai szerepe van. I.T. Csak [Combined antiviral treatment in a patient with recurrent chronic hepatitis C after liver transplantation] Orv Hetil. 2004; 26;145(39):2003-6

127.

„KÉTFÁZISÚ” INDIREKT PANCREASFUNKCIÓS PRÓBA KEMÉNYÍTŐTERHELÉSEL. ENZIMSZUBSTITÚCIÓS KEZELÉS OPTIMÁLIS DÓZISÚ PANKREATINNAL.

Németh É., Király O., Semegi É., Burai M., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

Krónikus pancreatitisben fokozatosan kevesebb emésztőenzim termelődik, majd elégtelenné válik az elfogyasztott táplálék megemésztéséhez. A hasnyálmirigy inzulint termelő endokrin állománya is károsodhat, és pancreatogen diabetes alakulhat ki. A betegség diagnózisa a pancreas csökkenő enzimtermelő képességének kimutatásán és a morfológiai eltéréseken alapszik. A pancreaselégtelenség mértékének meghatározása az optimális enzimpótló kezelés alapja.

Betegek és módszer: 13 páciens cukor- és keményítőterhelését végeztük pancreatin nélkül, pancreatin kapszula 1x-, 2x-, 3x dózisa után. Képkalkotó eljárások, Lundh- és kvantitatív Lipidol-próba biztosította a diagnózist. 8 krónikus pankreatitises beteg (pancreatogen diabetes kizárva), és 5 funkcionális motilitási eltérésben, valamint kontaminált vékonybél szindrómában szenvedő beteg vett részt a klinikai tanulmányban. Vizsgáltuk, hogy az enzimszubsztitúcióval történő kezelés, az alkalmazott pancreatin dózis emelése értékelhető-e az Althausen képlet segítségével számított ATT index felhasználásával, mely az optimális enzimpótlás meghatározását eredményezhetné.

Eredmények: a keményítőterhelés pancreatin nélkül 90%-os érzékenységgű indirekt próba, de a specificitása csak 76%-os. Optimális dózisú pankreatin adásával megismételve specificitása jelentősen emelkedett, mivel csak az elégtelen amilázszekréció pótlása eredményezhette az ATT% javulását. Álpozitív eredményeket kaptunk a gyomorürülés lassulása miatt, valamint kontaminált vékonybél szindrómában, ekkor 1-2 kapszula pancreatinra (nem változott szignifikánsan, vagy) romlott az eredmény. Krónikus pankreatitisben optimális dózisú pancreatin adása után közel normális lett a terhelés eredménye, az adat növelésével azonban dózisfüggően romlott az ATT%, bár a gyógyszer nélküli értékhez képest a 3x-os adat még mindig jobb eredményt adott.

Összefoglalás: a „kétfázisú” keményítőterhelés alkalmas az egyénre szabott enzimpótló kezelés beállítására, és a proteolitikus inaktiválás hatásának csökkentésére a szénhidrátemésztés vonatkozásában.

126.

LYMPHOCYTA SEJTFELSZÍNI MARKEREK ÉS NON-ORGAN SPECIFIKUS AUTOANTITESTEK VIZSGÁLATA COELIAKIÁBAN

Nemes É.¹, Szegedi L.², Tumppek J.³, Csipő I.³, Sipka S.³, Korponay-Szabó I.¹, DEOEC, Gyermekklinika, Debrecen¹, HBM Önkormányzat Kenézy Gyula KRI, II.sz. Belgyógyászat, Debrecen², DEOEC, III.sz. Belklinika, Regionális Immunlabor, Debrecen³,

Bevezetés: A coeliakia gluten által provokált autoimmun betegség, amely gyakran társul más autoimmun betegségekhez.

Célkitűzés: A lymphocyta sejtfelszíni markerek és a non-organ specifikus autoantitestek előfordulásának meghatározása coeliakiás betegekben. Vizsgáltuk továbbá ezek összefüggését a coeliakia-specifikus endomysium (EMA) és transzglutamináz (TG) ellenanyagokkal, mint aktivitási és compliance markerekkel.

Módszerek: 67 kezelt coeliakiás beteg (45 leány, 22 fiú, medián életkor: 12,1 év, range: 1,7-32 év) vérmintáját teszteltük a CD3+, CD4+, CD8+, CD19+ és CD56+ antigénstruktúrára flow cytometriával. A poliszisztémás autoimmun betegségek marker autoantitestjeit (anti-DNS, ANF, Sm, Sm/RNP, SS-A, SS-B, Scl-70, Jo-1, centromer, citoskeleton) a szérumból ELISA módszerrel mértük. Az EMA és TG antitesteket immunfluoreszcens és ELISA módszerrel határoztuk meg.

Eredmények: A lymphocyta markerek közül a CD4 (34%) arány csökkenése, a CD8 (25%) és a CD19 (36%) arány emelkedése volt a legjellemzőbb eltérés. Öt betegben (7,4%) a CD3+/CD56+ sejtek aránya emelkedett volt. A 67 coeliakiás beteg közül 29-ben (43,3%) voltak pozitívak az aktív betegséget jelző EMA és TG ellenanyagok. Harmincnégy (50,7%) beteg volt pozitív legalább egy, 10 (14,9%) pedig kettő vagy több vizsgált egyéb autoantitestre. A leggyakoribb az anti-DNS pozitívítás volt, és ez volt az egyetlen eltérés az összes autoantitest pozitív beteg 38,2 %-ában. A non-organ specifikus autoantitestre pozitívak között szignifikánsan ($p<0,05$) gyakoribb volt az EMA és TG antitest pozitívítás.

Következtetések: Coeliakiában az immunológiai eltérések nem korlátozódnak a vékonybélre, ezért értékes a lymphocyta sejtfelszíni markerek és a különböző autoantitestek vizsgálata. A non-organ specifikus autoantitestek pozitívak az EMA és TG antitestekhez, gluten függőnek látszanak, és jelenlétük a coeliakiával összefüggő autoimmun gyulladás általános indikátora is lehet.

128.

SPECIALIZED INTESTINAL METAPLASIA OF THE LOWER ESOPHAGUS: TIP OF THE ICEBERG

Németh I.¹, Rosztóczy A.², Izbéki F.², Róka R.², Annaházi A.², F. Kiss Z.³, Sükösd F.¹, Wittmann T.², Lonovics J.², Tiszlavicz L.¹ Dept. of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Polyclinic of Szeged, Szeged, Hungary³

Background: The definition of Barrett's esophagus is based on the presence of specialized intestinal metaplasia (SIM), however, other types of glandular mucosa may also be present in the same sample, which are usually neglected.

Therefore the **aim** was to obtain data about the frequency and features of other types of metaplasia coexisting with SIM in routine esophageal biopsy samples.

Materials and methods: In 2006, 107 SIM cases were diagnosed. Specimens were re-evaluated by classical histochemistry using HE, Giemsa and PAS + Alcian Blue (pH=2.5) stainings.

Results: Only 19 cases contained pure SIM. In 34 cases cardiac, in 28 cases both cardiac and oxyntic mucosa were also identified adjacent to SIM, respectively. In the rest of the cases ($n = 28$) cardiac mucosa, oxyntic mucosa, pancreatic acinar cell metaplasia, stratified ciliated epithelium and Schaffer's glands were shown in combination with SIM.

Conclusion: It is essential to take multiple samples because in more than 80% of samples SIM exhibited islands adjacent to other types of metaplasias. Presence of cardiac mucosa and stratified – ciliated epithelium close to SIM raises the possibility of intestinal transdifferentiation through pseudogoblet cells. The obtained data confirm the view that cardiac mucosa, which contains pseudogoblet cells, especially with stratified epithelium predicts SIM.

129.

SZERZETT FIBRINOGEN TÁROLÁSI BETEGSÉG A MÁJBAN

Nyikos O.¹, Gervain J.², Máj C.³, IV. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár¹, IV. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár², Patológiai Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár³,

Bevezető: Az endoplazmás retikulum tárolási betegségeinek öröklött és szerzett formáját különböztetjük meg. Ez utóbbi jellemzője, hogy exogén noxa (infekció, toxin) hatására bizonyos fehérjék felhalmozódnak a sejtek citoplazmájában és ezzel kóros szervi működést idéznek elő.

Esetismertetés: 54 éves nőbeteg esetét ismertetjük, akinek anamnézisében hypertonia, 3 hónapos sibutramin (Reductil) szedés és onychomycosis miatti, másfél évig tartó fluconazol terápia szerepel. Osztályunkra ismeretlen eredetű lázas állapot és emelkedett májfunkciók miatt került. A betegnek érdemi panasza, illetve orientáló tünet nem volt. Laboratóriumi leleteiből a GPT túlsúlyú transzamináz szint emelkedés és a jelentősen magasabb gyulladásos paraméterek emelhetők ki. Részletes góckutatás során lényegében érdemi eltérést nem találtunk. Az autoimmun markerek és a vírusszelológiai vizsgálatok szintén negatív eredményűek lettek. Haemokultura során kórokozó nem tenyésztett ki. Végül empirikusan adott antibiotikus kezelés mellett a beteg szeptikus lázmenete megszűnt, gyulladásos értékei normalizálódtak. A májfunkciók azonban tovább emelkedtek, emiatt májbiopsziát végeztünk. A szövettan súlyos steatosison kívül a májsejtek citoplazmájában kerek, eosinophil inklúziókat írt le, melyek immunhisztológiai vizsgálattal fibrin depositumoknak bizonyultak. A beteg jelenleg panaszmentes, folyamatos observation alatt áll.

Összefoglalás: A fibrinogén, mint akut fázis protein, endoplazmás retikulum stress (infekció) esetén a májban jelentős mennyiségben termelődik és emiatt időnként a citoplazmában \

131.

IMPAIRMENT OF CARDIOVAGAL AUTONOMIC FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

Osztovits J.¹, Horváth T.², Visnyei Z.¹, Csák T.¹, Lakatos P.¹, Ibrányi E.³, Tóth T.¹, Abonyi M.¹, Bekő G.¹, Kempler P.¹, Kollai M.², Szalay F.¹ 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 2nd Institute of Human Physiology and Clinical Experimental Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², St. László Hospital, Budapest, Hungary³

Introduction: Patients infected with hepatitis C virus (HCV) may have neurological complications such as peripheral neuropathies and neurocognitive cerebral dysfunction, often complicated with cryoglobulinaemia. Autonomic neuropathies are common in cholestatic and in toxic liver diseases, with or without liver cirrhosis. It is not known, whether HCV can induce autonomic neurological dysfunction. **Methods and results:** Autonomic function was assessed by baroreflex sensitivity (BRS) and heart rate variability (HRV) indices in 21 HCV PCR positive patients before antiviral treatment and 36 healthy, age-matched controls. R-R interval was derived from ECG, continuous radial artery pressure was measured simultaneously by applanation tonometry. Three BRS and three HRV indices were decreased in the HCV group compared to controls ($p < 0.05$): BRS spontaneous sequence ($\text{SeqU} = 7.4 \pm 3.5$ vs. 10.3 ± 6.5 , $\text{SeqD} = 7.1 \pm 3.1$ vs. 10.8 ± 7.4), frequency-domain ($\text{LF}_{\alpha} = 7.2 \pm 3.6$ vs. 10.5 ± 7.4) indices, and HRV time-domain ($\text{pNN50} = 3.4 \pm 6.3$ vs. 10.3 ± 16.8), frequency-domain ($\text{VLF} = 183.3 \pm 98.6$ vs. 431.0 ± 392.1 , $\text{LF} = 183.3 \pm 98.6$ vs. 267.1 ± 248.1) indices. No differences were found in systolic, diastolic blood pressure and heart rate between the groups. There was no difference in autonomic indices between subgroups of HCV patients with cryoglobulinaemia ($n=6$) and without cryoglobulinaemia ($n=15$). **Conclusion:** We found decreased cardiovagal autonomic function in HCV infected patients. Although there were no clinical signs of cardiovascular malfunction, autonomic dysfunction is known to be associated with a higher risk of cardiovascular mortality, and it may play a role in the progression of hyperdynamic systemic and splanchnic circulation in liver cirrhosis. The autonomic neuropathy seems to be independent from the presence of cryoglobulins. The mechanism of HCV-induced autonomic dysfunction needs further investigation.

130.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF PANCREATIC FISTULAS

Orosz P.¹, Sümei J.¹, Nagy G.¹, Bezsil J.² 2nd Dept. of Medicine, Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary¹, Dept. of Surgery, Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary²

Background: Pancreatic fistula is a serious complication of acute and chronic pancreatitis or pancreatic trauma and surgery. Its management is still controversial. **Patients and methods:** 8 patients with pancreatic fistula were treated endoscopically over a period of 5 years. 5 patients were presented with pancreatic ascites following pancreatic tail resection (2 cases), nephrectomy (1 case), blunt abdominal trauma (1 case) and necrosectomy due to acute necrotic pancreatitis (1 case). In 1 patient pancreatic ascites and left pleural effusion developed after splenectomy and in 1 patient pleural effusion occurred as a complication of chronic pancreatitis; 1 patient had an external fistula associated with pancreatic tail pseudocyst following distal pancreatectomy. The level of amylase in the aspirated fluids were consistently elevated. The mean fistula output volume was 150 ml/day. ERCP identified leaks. Dual or pancreatic sphincterotomy, pancreatic stent or nasopancreatic drain placement was performed to lower the pancreatic duct pressure and bypass the ductal disruption. **Results:** Dual or pancreatic sphincterotomy was effective for the 5 patients in whom the ductal injury originated from the tail of the pancreas and hence could not be bypassed (splenectomy, nephrectomy, abdominal trauma, two postoperative fistulas). These patients had no strictures in the main pancreatic duct. Their fistulas closed within 3 weeks, except for one patient whose fistula closed after 12 weeks. Pancreatic stent or nasopancreatic drain placement was performed in 3 patients with chronic pancreatitis and main pancreatic duct stricture to bypass the disruption. Only in one of the patients it was effective, leading to closure of the fistula. Endoscopic therapy was unsuccessful in 2 patients in spite of pancreatic stent, enteral nutrition and use of octreotide. They required surgery. There was no serious complication or procedure-related mortality. **Conclusion:** Endoscopic treatment is an effective and safe method for pancreatic fistulas, especially for patients without strictures in the main pancreatic duct.

132.

CLONING AND FUNCTIONAL CHARACTERIZATION OF THE GUINEA PIG TRYPSINOGEN

Ózsvári B.², Hegyi P.², Sahin-Tóth M.¹ Dept. of Molecular and Cell Biology, Boston University Goldman School of Dental Medicine, Boston, MA, 02118, USA¹, 1st Dept. of Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction: Preliminary studies indicate that trypsin regulates the function of guinea pig pancreatic ducts via activation of proteinase-activated receptors. However, there are no data on the number and characteristics of trypsinogen isoforms expressed in the guinea pig pancreas. **Aim:** Our aim was to purify and clone the trypsinogen isoforms from the guinea pig pancreas and characterize their activation properties. **Methods:** Ecotin-affinity chromatography was used for the purification of trypsinogen from pancreatic homogenates. Total RNA was isolated with the RNeasy kit (Ambion) and reverse-transcribed with the SMART RACE cDNA Amplification Kit (Clontech). Activation properties of trypsinogens were tested with enteropeptidase, cathepsin B and trypsin. **Results:** Chromatography of pancreatic homogenates yielded a single peak with homogenous N-terminal amino-acid sequence (LPIDD). Cloning of trypsinogen cDNAs revealed two distinct but nearly identical isoforms as the only difference between the two isoforms is a Ser/Ala change at position 15 within the signal peptide. Thus, both cDNA variants give rise to the same mature trypsinogen upon secretion. Guinea pig trypsinogen is readily activated by enteropeptidase and cathepsin B, but exhibits essentially no autoactivation, under conditions in which human cationic and anionic trypsinogens rapidly autoactivate. **Discussion:** The guinea pig pancreas secretes a single isoform of trypsinogen. The finding is surprising, because other vertebrates studied so far express multiple trypsinogens. Furthermore, the guinea pig trypsinogen is deficient in autoactivation, but may be prematurely activated by cathepsin B under pathologic conditions. The autoactivation defect might explain the scarcity of pancreatitis models using this species. Finally, this study suggests that multiple trypsinogen isoforms and their ability to autoactivate are not required for normal digestive physiology in mammals.

133.

CROHN BETEGEK FENNTARTÓ KEZELÉSE INFLIXIMABBAL
 Palatka K., Papp M., Vitális Z., Kacska S., Tornai I., Altörjay I., Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gasztroenterológiai Tan-
 szék

A Crohn betegség remisszió fenntartó kezelése nem megoldott. Bizonyított az infliximab fenntartó kezelés hatékonysága a betegek jelentős részében, valamint a 8 hetente adott kezelés előnye az „on demand” adással szemben. A fenntartó kezelés kivitelezésével, idejével, hatékonyságával és biztonságosságával kapcsolatban több kérdés merül fel.

Az elmúlt három évben kezelt 32 betegből 24-nél alkalmaztunk fenntartó infliximab kezelést (0,2,6 heti indukció majd 8 hetente 5 mg/kg) 54 hétig közepes aktivitású (CDAI>250), konvencionális kezelésre nem reagáló Crohn betegség és cutan fistulák miatt (11 eset). A 14 nő és 10 férfi beteg átlagos életkora 28 év. Öt beteg kivételével akik azathioprin intoleranciát mutattak, infliximab és azathioprin kombinációt alkalmaztunk.

Minden betegnél a teljes dózis beadásra került. A betegek jól reagáltak az indukciós kezelésre (6 hét után CDAI<140). A 11 fistulás betegben az eltérések javultak (részleges záródás, a váladékozás csökkenése). Hat esetben teljes záródás következett be, ötnél a kezelés befejeződésével a fistulák kinyíltak. A kezelés második felében az endoszkópia jelentős szövettani javulást mutatott. Egy esetben az 54 héten rectum adenocarcinómát találtunk, colectomiára került sor. A szteroid húsz betegben kihagyható volt, kétféleképpen minimálisra csökkent. A kezdeti magas CRP (átlag 28) az indukció végére normalizálódott és a fenntartó kezelés alatt is alacsony maradt. Négy betegben 6-12 hónap alatt bekövetkezett relapszus miatt a kezelés újra indult és megfelelő hatékonyságot tapasztaltunk. Egy beteg 54 hetes kezelést utáni remisszióban normál terhességet követően egészséges újszülöttné adott életet. Az infúziók előtt antihistaminicumot és i.v. szteroidot adtunk, akut infúziós reakciót a 216 kezelés során nem észleltünk. Az infliximab és az infliximab+azathioprin csoportban nem volt különbség a hatékonyság és a mellékhatások tekintetében.

Az irodalmi adatok és eredményeink alapján az infliximab fenntartó kezelése hatékony és biztonságos válogatott betegcsoporton. A betegség kiújulásakor az ismételt infliximab kezelés hatékonyságára vonatkozó tapasztalatok korlátozottak.

135.

PEGYLATED INTERFERON (PEG-IFN) PLUS RIBAVIRIN (RBV) THERAPY IN CHRONIC HEPATITIS C: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Pálvölgyi A., Nagy L., Korom T., Lonovics J., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

Introduction: PEG-IFN combined with RBV is currently regarded as the best antiviral treatment for chronic hepatitis C (CHC).

Aim: To survey our experience with this treatment modality.

Patients and methods: The pts were treated for one year with once-weekly injections of PEG-IFN combined with 1.0-1.2 g RBV daily. To date 111 of them have completed the course of therapy and the follow up period. Ninety-six had not participated in previous IFN treatment, 2 were relapsers to IFN monotherapy, 1 was a relapser to PEG-IFN monotherapy, and 12 had relapsed following previous standard IFN + RBV therapy.

Results: Among the treatment-naïve pts 79 pts (82%) gave an early virological response (EVR), and 58 of them displayed a negative HCV RNA test at the end of therapy, while 42 pts (44%) showed a sustained virological response (SVR). On the other hand, only 2 of 15 for a previous therapy relapse pts (13%) displayed an SVR. A PEG-IFN dose reduction was necessary in 20 pts because of neutropenia or thrombopenia. An RBV dose reduction was needed in 34 pts because of anemia. A thyroid dysfunction appeared in 8 pts but required no changes in the dosing of PEG-IFN or RBV.

Conclusions: The data show that this treatment modality with PEG-IFN may be effective in about one-half of treatment-naïve CHC pts. The side effects are mostly tolerable, and an RBV dose reduction was necessary more often than that of PEG-IFN.

134.

AZ ASCITES LDH ÉS KOLESZTERIN SZINTJE SPONTÁN BAKTERIÁLIS PERITONITIS, ILLETVE TUMOROS ASCITES ESETÉN

Páli Á.,¹ Vass L.,² Török L.,³ Péter Z.,¹ I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa¹, Kórbonctan-Kórszövettan-Cytologia Osztály, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa², Központi Prodia Laboratórium, Kistarcsa³,

Cél: Irodalmi adatok szerint az ascites LDH és koleszterin szintjének meghatározása segíthet az ascites etiológiájának meghatározásában. Vizsgálatunk célja saját eredményeink elemzése volt.

Módszer: Retrospektív módon dolgoztuk fel a fenti két vizsgálat osztályunkon történt bevezetése óta született eredményeket. Tumoros eredetű asciteses és spontán bakteriális peritonitises betegek értékeit elemeztük. Kontroll csoportként azokat a betegeket szerepeltettük, akiknek ascitese májcirrhosishoz társuló transzudatumnak bizonyult.

Eredmények: 8 hónap alatt 55 ascites vizsgálatára került sor, ebből 4 esetben tumoros eredet és 9 esetben spontán bakteriális peritonitis derült ki, a fennmaradó 42 esetben az ascites transzudatumnak bizonyult. Az ascites átlagos LDH szintje transzudatum esetén 134,3 IU/l, spontán bakteriális peritonitisben 120,2 IU/l (NS), tumoros ascitesben 1257 IU/l (p=0,00001) volt. Az ascites átlagos koleszterin szintje transzudatum esetén 0,72 mmol/l, spontán bakteriális peritonitisben 0,28 mmol/l (p=0,154), tumoros ascitesben 2,56 mmol/l (p=0,004) volt.

Következtetés: Az ascites emelkedett LDH és koleszterinszintje tumoros eredetű ascitesre utalhat, de tekintettel tumoros betegeink alacsony számára, megállapításunkat nagyobb beteganyagon is ellenőrizni kell. Spontán bakteriális peritonitisre jellemző eltérést nem tudtunk igazolni

136.

CHANGE IN THE INCIDENCE OF ACUTE PANCREATITIS IN VESZPRÉM COUNTY IN TWENTY YEARS

Pandúr T.,¹ Mester G.,² Dávid G.,¹ Lakatos L.,¹ 1st Dept. of Medicine, Csolnoky Ferenc County Hospital, Veszprém, Hungary¹, Dept. of Medicine, Gróf Eszterházy Hospital, Pápa, Hungary²

Object: Acute pancreatitis has become increasingly common in Western countries in the last decades. Limited data are available on the frequency of acute pancreatitis in Hungary. The **aim** of the study was to evaluate the incidence and main epidemiologic features of the disease, and compare with that of our previous study performed two decades earlier. **Methods:** The hospital reports from internal medicine, surgical, and intensive care departments were collected and evaluated retrospectively. The main etiologic causes, the demographic features, severity, and outcome of the disease were investigated. The number of the population in western part of the county is 135 000, and has been stable during the evaluated 20 years. **Results:** The incidence of acute pancreatitis between 2004 and 2006 was 65/100 000, and was almost the same as twenty years earlier (from 1984 to 1986 the incidence was 69/100 000). More men suffered from acute pancreatitis than women (155 vs. 108). The mean age of the disease was 56 years, it was higher, than twenty years earlier. The rate of alcoholic pancreatitis decreased in men (from 78% to 64%), and increased in women (from 13% to 19%) in contrast to biliary pancreatitis, which increased in men (from 12% to 1%), and decreased in women (57% to 64%). The rate of severe pancreatitis was 21% (56 cases). The mortality of acute pancreatitis was 7.5%, it was higher than between 1984 and 1986 (2.2%). **Conclusion:** The incidence of acute pancreatitis in this part of Hungary was among the highest reported, it was three times higher than in the Western European countries. The mean age rose during the two decades, at least in alcoholic cases. The incidence was higher among men, than women. The main etiologic factor in men was alcohol, while in women it was gallstone disease, but the gender difference decreased. The mortality of acute pancreatitis was higher than 20 years before.

137.

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHOLEDOCHOCELE

Pap Á.¹, Takács L.², Burai M.¹, Gyökeres T.¹, Dept. of Gastroenterology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary¹, Dept. of Pathology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary²

The choledochocoele is the rarest form (1.4%) of choledochal cysts. It has been described in two variations: (1) both bile ducts and pancreatic duct drain directly into the choledochocoele, which then drains into the duodenum with or without a long common channel, and (2) the choledochocoele is a diverticulum or duplication cyst of the duodenum proximal to a normal ampulla. Patients normally present with abdominal pain, nausea, vomiting, and biliary colic with or without jaundice. Gallstones have been associated with this entity in 25% of cases. Pancreatitis is also a common initial presentation occurring in 30% of patients. Carcinoma arising in the wall of choledochocoele is a rarely recognized phenomenon. MRCP and EUS can replace the diagnostic role of ERCP with good accuracy but endotherapy is the method of choice to treat symptomatic choledochocoele in due time. We have collected 7 cases of choledochocoele from our ERCP records. Mean age of the 5 females and 2 males was 69.6 (46-81) years. At ERCP we have performed extended papillotomy (after precut in 5 cases) and detailed histology of snare or multiple biopsy samples to exclude malignant changes. Histology demonstrated inflammation in 4 cases and adenoma in 3 cases. During the 42.5 (3-156) months follow-up period 5 patients were doing well, one 46 years old woman was lost from follow-up, a 79 years old man died from unrelated cancer with pulmonary and brain metastases. No relapse of pain or jaundice occurred during the long follow-up time. Conclusion: Endotherapy of choledochocoele seems to be a definitive treatment for this Type III choledochal cyst in contrast to the other biliary cysts which should be resected in due time to prevent cancer development. Extended papillotomy with detailed histology and long term follow-up are mandatory to explore the natural history of this rare entity.

139.

A MIKROBIÁLIS ANTIGÉNEK ELLENI SZEROLÓGIAI VÁLASZ CROHN-BETEGSÉGBEN ÖSSZEFÜGG A VÉKONYBÉL ÉRINTETTSÉGGEL, A NEM-GYULLADÁSOS TÍPUSÚ BETEGSÉG LEFOLYÁSÁVAL ÉS A NOD2/CARD15 GENOTÍPUSSAL, DE NEM KORRELÁL A GYÓGYSZERES KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZAL ÉS MŰTÉTEK GYAK

Papp M.¹, Altortoj I.¹, Norman G.², Shums Z.², Palatka K.¹, Vitális Z.¹, Földi I.¹, Tumpek J.³, Fischer S.⁴, Lakatos L.⁵, Bene L.⁶, Molnár T.⁷, Tulassay Z.⁸, Papp J.⁴, Lakatos P.⁴, Debreceni Egyetem OEC, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA², Debreceni Egyetem OEC, Regionális Immunológiai Laboratórium, Debrecen³, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁴, Csolnoky Ferenc Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Veszprém⁵, Szt Margit Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest⁶, Szegedi Egyetem, Szent-György Albert Orvos-és Gyógyszertudományi Centrum, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged⁷, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁸, Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest⁹.

A *Saccharomyces cerevisiae* elleni antitesteket (ASCA) és a perinukleáris antineutrophil citoplazmatikus antitestet (P-ANCA) az elmúlt években kiterjedten vizsgálták, és kiderült, hogy fontos szerepet játszanak a gyulladással járó bélbetegségek diagnosztikájában. Kelet-Európából kevés adat áll csak rendelkezésünkre, ezért vizsgálatunk célja a fenti antitestek előfordulási gyakoriságának vizsgálata nagy magyarországi IBD beteganyagban. **Betegek és módszerek:** 653 IBD beteget és 100 egészséges kontroll egyént vizsgáltunk. Az anti-Omp és ASCA meghatározás szérumból történt ELISA (QUANTA Lite, INOVA), az ANCA meghatározás indirekt immunfluoreszcens mikroszkópos módszerrel (NovaLite, INOVA). **Eredmények:** Anti-Omp, ASCA és atípusos P-ANCA antitestek 31,2%, 59,3% és 13,8%-ban voltak jelen a CD betegeknél, 24,2%, 13,7% és 48,5% az UC betegeknél, valamint 20%, 16% és 5,6%-ban a kontroll egyének szérumban. ASCA és anti-Omp pozitivitás korrelált a CD kialakulásának fokozott kockázatával (ORASCA=7,65, 95% CI: 4,37-13,4; OROmp=1,81, 95% CI: 1,08-3,05). Az anti-Omp és az ASCA a vékonybél érintettség és a nem-gyulladásos betegségforma szempontjából független rizikófaktoroknak bizonyultak a logisztikus regressziós analízisben, míg a műtét kockázat és infliximab kezelésre adott válasz tekintetében nem. Szerológiai dózishatás volt kimutatható és a szerológiai válasz mértéke korrelált a sebési beavatkozások szükségességével. Az ASCA és az anti-Omp antitestek jelenléte összefüggést mutatott a NOD2/CARD15 genotípussal. UC-ben fenotípus-szerotípus kapcsolatot nem találtunk. **Következtetések:** A szerológia markerei hasznosnak bizonyultak a CD és az UC differenciál diagnosztikájában. Összefüggést tudtunk kimutatni a különféle mikrobiális komponensekkel szembeni reaktivitás és a betegség fenotípusa, valamint a NOD2/CARD15 genotípus között, ami alátámasztja a mikrobákkal szembeni megváltozott érzékelés szerepét a CD patogenezisében.

138.

LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY - EXPERIENCES OF 100 CASES

Papp A., Morvay K., Weltner J., Fülöp C., Kupcsulik P., 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary

At the 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University we have been routinely performing laparoscopic colorectal procedures (LCR) since 2004. We analyze 100 cases which were operated in our department between January 2005 and February 2007. The main criterion of patient-selection was as follows: not suitable for laparoscopic surgery if the tumor is in stage T4, on the other hand, there was no exclusion based on age (22-85 yrs). Also, malignant and benign pathologies were operated. The average age was 62 years; the ratio of women/men was 1:1.1. In 72 cases (72%), surgery for malignant disease was performed. In this group, the tumor was located in the rectum in 30 (42%), in the sigmoid colon in 22 (31%), in the descending colon in 3 (4%), in the transverse colon in 5 (7%), and in the right-sided colon in 12 cases (17%). The indication was based on benign disease in 28 cases (28%). The anastomosis was performed extracorporeally in 42%, intracorporeally in 36% and in any other way or no anastomosis was performed in 22% of the cases. Conversion was needed in 16 cases (16%), in 5 cases (5%) because of intraoperative injury. The average operation time was 3 hours and 58 minutes. Blood transfusion was necessary in 17% of the cases. For 80 patients (80%), there were no complications of any kind. Anastomotic leakage was observed in 4 patients (4%). Wound complication rate was as high as 9%. First postoperative stool happened on the third day on average. Average length of postoperative stay was 6.3 days for the complication-free group. It is clear from our preliminary results that laparoscopic colorectal surgery can be performed with results similar to open surgery. Selection of the patients is useful. Large tumorsize makes the technique complicated, infiltration of the surrounding tissues is a contraindication of laparoscopic approach, but malignant disease is not, and oncological radicality of LCR is more precise than the open method. Long surgery time could be significantly reduced with practise.

140.

PREDICTORS OF OUTCOME IN PEG-IFN+RBV TREATED HCV1 PATIENTS IN HUNGARY. THE ROLE OF RAPID VIROLOGICAL RESPONSE

Pár A.¹, Tornai I.², Szalay F.³, 1st Dept. of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, 2nd Dept. of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Aim: We assessed the predictors of response to PEG-IFN+RBV treatment for HCV1 patients in a nation-wide retrospective study and in a prospective trial. **Patients and methods:** In the first analysis, 2442 (1330 males, 1112 females) patients, while in the second trial 69 (51 males, 18 females), patients have been investigated. The following parameters were studied: age, gender, BMI, adherence, pretreatment viral load, rapid (RVR) and early virological response (EVR), all in relation to the sustained virological response (SVR). **Results:** In the nation-wide study the SVR rate was 31%, while in the prospective trial it was 48%. The prevalence of „positive” predictors (<40 year age, <28 kg/m² BMI, 80/80/80% adherence) was significantly higher in SVR group, than in non-responders or relapsers. SVR rate was 38.8% in females, 28.3% in males (p<0.05), 42.2% in <40-year vs 22.7% in >40-year group. Patients with low viral load (<600 kIU/ml HCV-RNS) showed 55.5 % SVR, vs. the >600 kIU/ml group that showed 23.5% SVR (p<0.05). Those who showed RVR (at week 4) achieved 94% SVR, while the EVR (at week 12) was associated with 76% SVR rate. There was no SVR noted among slow (at week 24) responders treated for 48 weeks. **Conclusion:** both host and viral factors influence the efficacy of treatment for HCV. The best predictor of SVR is the rapid virological response, using it in the everyday clinical practice, can make our therapy more cost-effective.

Hungarian Viral Hepatitis Treatment Centers

M. Abonyi, J. Banai, M. Horányi, I. Bali, T. Bányai, Zs. Benkő, E. Ibrányi, M. Makara, É. Müller, J. Schuller, O. Szabó, L. Telegdy, L. Dalmi, V. Jancsik, Gy. Weisz, Z. Döbrönte, F. Schneider, J. Fehér, G. Lengyel, Zs. Tulassay, K. Werling, J. Gervain, Zs. Ozsvár, G. Horváth, Gy. Tolvaj, B. Hunyady, G. Pár, I. Kissik, I. Nagy, J. Lonovics, E. Nemesánszky, Á. Pap, I. Rácz, P. Ribiczey, L. Rókus, L. Szentgyörgyi, Zs. Váczi, T. Várkonyi, M. Varga, B. Velösy, A. Tusnádi.

141.

RAPID VIROLOGICAL RESPONSE IS ASSOCIATED WITH INCREASED PRETREATMENT TH1 TYPE CYTOKINE PRODUCTION OF TOLL-LIKE RECEPTOR 4 STIMULATED MONOCYTES IN HCV1 PATIENTS

Pár G.¹, Berki T.², Pálkás L.², Halász M.³, Szereday L.³, Miseta A.⁴, Faust Z.⁵, Hegedűs G.⁶, Mózsik G.¹, Hunyady B.¹, Pár A.¹ 1st Dept. of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Immunology and Biotechnology, University of Pécs, Pécs, Hungary², Dept. of Medical Microbiology and Immunology, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Dept. of Laboratory Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Blood Transfusion Centre, Pécs, Hungary⁵, Dept. of Pathology, Baranya County Hospital, Pécs, Hungary⁶

Background: In chronic HCV hepatitis rapid viral decline over four weeks of IFN and ribavirin treatment is the best predictor of sustained virological response. As less is known of the immunologic basis of rapid virological response we compared the phenotypes and cytokine production of peripheral blood mononuclear cells of rapid, slow and non-responders before treatment initiation. **Methods:** Fifty patients with chronic HCV hepatitis before and at 1 and 3 months of PEG-IFN+ribavirin treatment were studied. The percentage of CD4, CD8, CD56, CD19, Treg, CD14 cells and TNF-alpha, IL-2, IL-6, IFN-gamma, IL-4, IL-10 production of LPS stimulated monocytes and PMA+ionomycin stimulated lymphocytes were determined by Flow Cytometry. **Results:** Baseline, LPS induced TLR4 activation of the monocytes induced significantly higher Th1 type cytokine production in rapid responders (n=14)(TNF-alpha:3.53 ng/ml, IL-6:75.7 ng/ml) compared to slow responders (n=17)(TNF-alpha:0.64 ng/ml, IL-6:23.8 ng/ml) and also to non-responders (n=19)(TNF-alpha:0.58 ng/ml, IL-6:18.9 ng/ml). Rapid HCV RNA clearance was also associated with decreased Th2 type cytokine production of lymphocytes. IL-4 and IL-10 production of lymphocytes were significantly higher in slow responders (IL-4: 2.3 ng/ml, IL-10: 0.85 ng/ml) and non-responders (IL-4:1.94 ng/ml, IL-10:0.62 ng/ml) compared to rapid responders (IL-4:1.1 ng/ml, IL-10:0.33 ng/ml). TNF-alpha production of monocytes was predictive for rapid virological response. While PEG-IFN and ribavirin treatment increased IL-2, IFN-gamma, TNF-alpha production in slow responders, it had no effect on non-responders. **Conclusion:** An elevated TNF-alpha and IL-6 production of TLR4 stimulated monocytes, increased IFN-gamma and diminished IL-4 and IL-10 production of peripheral blood lymphocytes were associated with rapid virological response. Determination of cytokine production may help identify patients more likely to respond to antiviral therapy as well as provide a rationale for the further design and use of immunotherapeutic approaches.

143.

TRANSZFÚZIÓT IGÉNYLŐ VASHIÁNYOS ANAEMIÁT OKOZÓ PEUTZ-JEGHERS SZINDRÓMA CSALÁDI ELŐFORDULÁSA

Penyige J.¹, Kaszás I.², Demeter P.¹ Gasztroenterológiai Osztály, Szent Margit Kórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Szent Margit Kórház, Budapest²,

A Peutz-Jeghers szindróma autoszomalisan öröklődő kórkép, melyre jellemzőek a döntően a gyomor-bélrendszerben megjelenő multiplex polypusok (hamartómák), valamint bőrön és a szájnyálkahártyán látható melanin tartalmú makulák.

A hamartómák ellenére a kórképhez 15x gyakoribb tumor előfordulás társul a gasztrointesztinumban és az extraintesztinális szervrendszerekben. Szerzők 27 éves férfi esetét ismertetik, akit vashiányos anémia miatt belgyógyászati osztályon kezeltek, vérszegénységét transzfúzió adásával rendezték. A beteg édesanyjánál 1984-ben invaginációt okozó jejunum polypus miatt bélreszekció történt és a szövettani vizsgálat hamartómát igazolt, de további gondozásban nem részesült. Évtizeddel később ismét alapbetegsége miatt történt műtéti beavatkozás.

A beteg kivizsgálása során bulbaris szesszilis polypot és a vastagbél területén nyeles polypokat láttak. A mintavétel hyperplastikus elváltozásokat igazolt, de az eltávolított polypok részletes szövettani feldolgozása Peutz-Jeghers szindrómára volt típusos. A vastagbéllet polypmentessé tették. A szelektív vékonybél CT polypoid elváltozásokat nem mutatott. A genetikai vizsgálatok folyamatban vannak.

A szerzők a fenti kórképben szenvedő betegek gondozásának, valamint a családszűrésnek fontosságára kívánják felhívni a figyelmet, az utódok esetleges súlyos szövődményeinek megelőzése céljából.

142.

OUTCOME OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS ON ANTICOAGULATION THERAPY

Pécsi Gy., Kárász T., Dancs N., Hussam S., Rácz I. 1st Department of Medicine, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Hungary

Backgrounds and aims: Acute upper gastrointestinal bleeding (GIB) is still a serious event with significant mortality especially in high risk patients treated by antithrombotic drugs. We retrospectively analyzed the clinical outcome of our acute upper GIB patients who were on oral anticoagulant (OA) treatment at the time of the onset of their acute GIB episodes.

Patients and methods: During a two year period (2005, 2006) 13 acute upper GIB patients were admitted to our GIB subintensive care unit who were taking anticoagulants. The reasons for anticoagulation therapy were as follows: atrial fibrillation 4 pts., artificial heart valve (AHV) 2 pts., previous deep vein thrombosis 3 pts. According to our diagnostic and treatment protocol we stopped oral anticoagulants and started INR correction immediately on an individual basis. We performed emergency endoscopy including endoscopic haemostasis in patients with high risk stigmata of recent hemorrhage (Forrest Ia, Ib, IIa, IIb). Scheduled second look endoscopies within 48-72 hrs were done in all cases and we intended to restart with oral anticoagulants as soon as possible. Those patients with AHV were treated by low molecular weight heparin for at least 72 hrs after the cessation of OA therapy.

Results: The median INR at admission of the 13 OA treated GIB patients (males: 9, mean age: 75.2 years) was 3.6 (1.25-6.9). Seven pts. required fresh frozen plasma treatment with a mean of 2.5 units (2-6). During emergency endoscopy in 9 patients gastric and in 4 patients duodenal ulcers were detected as bleeding sources (Forrest Ia:1, Ib:4, IIa:1, IIb:3, III:4). In 3 patients NSAID treatment accompanied OA therapy and none of bleeders were treated by antisecretory drugs prior the onset of their bleeding. During the second look endoscopy in 2 cases repeated endoscopic haemostasis was needed however neither clinical signs of rebleeding nor mortality occurred. OA was restarted in 5 pts. within a week and in 6 pts. 4 weeks after. No thromboembolism event occurred in our GIB pts. during their 30 days post bleeding follow up.

Conclusions: Acute upper GIB patients on oral anticoagulants demand a special individual treatment protocol. The withdrawing of the oral anticoagulants and shifting to LMWH treatment did not increase the risk of rebleeding and thromboembolism complications. Return to OA therapy after bleeding should also be individualized.

144.

CROHN-BETEGEK TÁPLÁLTSÁGA ÉS TÁPLÁLKOZÁSÁNAK JELLEMZŐI

Fekete K.¹, Lelovics Z.², Henter I.², Molnár A.³, Tátrai L.⁴ Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest¹, Magyar Dietetikuskok Országos Szövetsége, Budapest², Numil Kft., Budapest³, Péterfy Sándor utcai Kórház, Budapest⁴,

Bevezetés: A bélfal minden rétegére kiterjedő krónikus gyulladás (Crohn-betegség) leggyakrabban az ileumot a colont érinti, de az emésztőrendszer bármely szakaszán kialakulhat.

Cél: Crohn-betegségben szenvedők tápláltsági állapotának felmérése, valamint táplálkozási szokásairól, valamint gyógyszer- és étrend-kiegészítők fogyasztási szokásainak felmérése.

Betegek és módszer: 42 (10 férfi, 32 nő), átlagosan 10,3 éve Crohn-beteg (átlagos életkoruk 47,7±15,7 év) 2006-ban név nélküli, önkéntes és önköltötés 39 kérdésből álló kérdőívet töltött ki. Az eredményeket Khi-négyzet statisztikai elemzéssel elemeztük.

Eredmények: A betegek 21%-a BMI < 20, azaz veszélyeztetett az alultápláltságra; 17%-a I. fokú (25 < BMI < 29,9); 10%-a II. fokú elhízott (30 < BMI < 39,9); 2%-uk morbid elhízott (40 < BMI). A vizsgált Crohn-betegek 50%-a normál testtömegű. Az elmúlt 3-6 hónapban nem szándékosan veszített testtömegéből a betegek 45%-a (átlagosan 5,0±2,8 kg-t), a nem szándékosan hízó aránya 31% (átlagosan 6,0±2,5 kg). A rendszeresen szedett gyógyszerek közül a leggyakoribb: a szalicilsav-származékok 86% és az immunszuppresszív szerek 38% használata. Vitaminok közül legtöbbször C- és B12-vitamint, folsavat fogyasztanak, ásványi anyagok közül leginkább vasat és kalciumot használnak. A betegek 48%-a rendszeresen vesz részt dietetikai tanácsadáson. A megkérdezettek naponta többszöri, rendszeres étkezés a jellemző. A betegek 64%-a közvetlen kapcsolatot fedezett fel az elfogyasztott táplálék és a panaszai között. Táplálkozásukra a zsírszegény étrend (71%), a durvost-mentes (43%), valamint a fehérjedús (36%) jellemző – a betegek állítása szerint (nem vizsgáltuk, hogy valóban jellemző-e ez). A diéta betartásában a betegek 67%-ának annak magas ára okoz gondot.

Összefoglalás: A Crohn-betegek terápiájának a dietetoterápia szerves része, az étrendi tanácsadásához nélkülözhetetlen a betegek saját tapasztalatainak és a körültekintő dietetikai gyakorlatának egyeztetése. A betegek ugyanolyan arányban kapnak gasztroenterológustól, és dietetikustól diétás tanácsot (76%), kisebb arányban vesznek részt a tanácsadásban a háziorvosok (19%).

145.

BEFOLYÁSOLJA-E AZ IMMUNSZUPRESSZIÓ TÍPUSA A TÁPCSATORNA FELSŐ SZAKASZÁNAK CITOMEGALOVIRUS ÉS HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÖTTSGÉT, ILLETVE A PEPTIKUS FEKÉLY GYAKORISÁGÁT?

Péter A., Telkes G., Varga M., Járny J., Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest

Bevezetés. Az immunszupresszió gyógyszerei egymástól eltérő mértékben károsítják a tápcsatorna nyálkahártyáját és hajlamossá teszik a fekélyek képződésére és fertőzésre.

A vizsgálat célja volt, hogy felmérjük, hogy az ismert nyálkahártya-károsító hatással rendelkező immunszupresszív gyógyszerek alkalmazása befolyásolja-e a tápcsatorna felső szakaszának citomegalovírus (CMV) és Helicobacter pylori (HP) fertőzöttségét; valamint a fekélyképződés gyakoriságát.

Beteganyag és módszer. 1994-2005 között 324 felső panendoszkópián átesett immunszuprimált szervtranszplantált beteg adatait retrospektíve értékeltük. Az endoszkópiák során vett biopsziás anyagban kerestük a CMV és HP fertőzés jelenlétét. Megvizsgáltuk, hogy, a szakirodalom és saját tapasztalataink alapján is nyálkahártya károsító immunszupresszív hatóanyagok (micofenolat-mofetil/micofenolsav valamint a prednisonon/metilprednisonon) alkalmazása növeli-e a tápcsatorna felső szakaszának CMV és HP fertőzöttségét, valamint a peptikus fekély előfordulását.

Eredmények. A micofenolatot kapott betegeknél nagyobb gyakorisággal észleltünk CMV-fertőzést (50,2% vs. 42,5 %); a szteroidot kapott betegeknél magasabb volt a peptikus fekély előfordulása (15,0% vs. 6,7 %), azonban e különbségek statisztikailag nem voltak szignifikánsak. Adataink alapján e két gyógyszer adása nem befolyásolja a HP fertőzés gyakoriságát.

Következtetések. Saját anyagunkban nem sikerült igazolni hogy a micofenolat mofetil/ micofenolsav, valamint a szteroidok alkalmazása szignifikánsan befolyásolná a tápcsatorna felső szakaszának CMV és HP fertőzöttségét, valamint a fekélyképződési hajlamot.

147.

DISTRIBUTION AND LOCALIZATION OF THE NERVE ELEMENTS IN THE LIVER OF DIFFERENT MAMMALS

Pongor É., Ledó N., Altdorfer K., Fehér E., Dept. of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Background: Changes in the density and localization of nerve fibres (especially the sympathetic and Substance P (SP) - containing nerve fibres) might play a role in the inflammation of the different organs. The aim of the present work was to look for a species where the innervation pattern is similar to the human liver.

Materials and methods: The different nerve elements were detected by ABC immunohistochemistry in the liver of a rat, a cat, a guinea-pig and a human being. The density of the different nerve terminals were analysed semiquantitatively. **Results:** Large number of Neuropeptide Y (NPY) and dopamine β -hydroxylase (DBH) immunoreactive (IR) nerve fibres was observed in the liver of the human and guinea-pig. These IR nerve fibres were observed mainly around the portal triads and central veins. However, their number was also high intralobularly parallel with the liver sinuses. Some SP, somatostatin and vasoactive intestinal polypeptide (VIP) IR nerve fibres were also found in both species. In the young cats the distribution of the investigated IR nerve terminals was the same, however, their number was significantly less. In the rat's liver only some DBH and NPY IR nerve terminals were observed beneath the capsule and around the main portal vessels. Some nerve cell bodies (some of them were IR for NPY) were also found in the liver of the guinea pig, a young cat and a human. **Conclusions:** Significant differences were found in the density of different nerve fibres of the investigated mammalian livers. The innervation pattern of the guinea-pig's liver is the most similar to the human being's, where using experimental inflammation can provide further data in the role of these nerve elements.

146.

RITKA LOKALIZÁCIÓJÚ ÁTTÉTÉBŐL KÓRISMÉZETT HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA

Petri A.,¹ Bitai M.,³ Varga A.,³ Nagy V.,³ Rokszi R.,¹ Kuncz Á.,⁴ Kovács Z.,⁶ Tiszlavicz L.,⁵ Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika¹, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ², II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ Szívsebészeti Osztály³, Idegsebészeti Klinika⁴, Patológiai Intézet⁵, Bajai Kórház I. sz. Belgyógyászati Osztály⁶,

Bevezetés: A hepatocelluláris carcinomát (HCC) rendszerint előrehaladott stádiumban észlelik, mert későn okoz tüneteket. Ritkán fordul el, hogy a primer daganatot szokatlan lokalizációjú áttétéből diagnosztizálják.

Esetbemutató: 1. Egy 46 éves nbeteg fulladás és szapora szív működés miatt jelentkezett belgyógyászaton. Echocardiographiát végeztek, amely 6x4 cm-es myxoma szerű elváltozást mutatott a jobb pitvarban. Szívsebészeti osztályra helyezték a beteget, ahol sürgősséggel eltávolították az elváltozást, amely a szövettani vizsgálat szerint HCC áttétének bizonyult. Gyógyulása után a beteget kivizsgálták és a máj bal lebenyében megtalálták a 165x145x69 mm-es elsődleges daganatot, melyet atipusos bal lobectomiával távolítottunk el. Postoperative a beteg 3 hónapon át hat ciklusban FAM kezelésben részesült az AFP rendszeres ellenőrzése mellett. A beteg 10 hónappal a májműtét után tünet és panaszmentes, képalkotó eljárásokkal recidívát, illetőleg áttétképződést nem tudunk kimutatni. 2. A 68 éves férfit egy tíz nappal sebészeti ambulancián történt jelentkezése előtt észlelte homlokának jobb oldalán a diónyi elváltozást. Az atheromának imponáló elváltozást helyi érzéstelenítésben kísérelték meg eltávolítani. A műtét során a homlokcsontból kiinduló morzsálékony daganatot találtak, amely miatt a beavatkozást intratrachealis narcosisban, idegsebész segítségével folytatták és eltávolították a destruált csontot az épből. A durán sérülést, vagy daganatos érintettséget nem észleleltek. A szövettani vizsgálat HCC áttétének tartotta az elváltozást. A beteget részletesen kivizsgáltuk, májának jobb lebenyében egy 7x8 cm-es daganatot mutatott a sonographia.

Megbeszélés: A HCC korszerű képalkotó eljárásokkal jól felismerhető betegség. A veszélyeztetett csoportok (HBV, HCV fertőzöttek, máj cirrhosisban szenvedők) szűrése nem megoldott, ezért a betegek gyakran későn kerülnek észlelésre. A szokatlan helyen jelentkező daganatok diagnosztikus nehézségeket okozhatnak. Amennyiben abszolút sürgősség nem áll fenn, ajánlatos a betegek rutinszerű általános kivizsgálása az optimális kezelési taktika megtervezéséhez.

148.

A PARAZITÁS MÁJCYSTÁK SEBÉSZI KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Pósán J., Takács I., Vágvolgyi A., Sápy P., Augusztai Sebészeti Központ, DEOEC, Debrecen¹,

Bevezetés: A szerzők a májban elhelyezkedő echinococcus cysták miatt 1992 és 2006 márciusa között operált betegek adatait dolgozták fel.

Beteg és módszer: Ezen időszakban 63 műtét történt, közülük 37 nőt és 26 férfit operáltak. 46 esetben soliter cystát, 10 esetben duplex cystát, 7 esetben ennél több cystát távolítottak el. Az elváltozások átlagos mérete 7,3 cm (1-18 cm) volt. Anatómiai reszekció 34 alkalommal, pericystectomy 17 alkalommal, fenestráció cseppszilasztikával 4 alkalommal, laparoscopus eltávolítás 4 alkalommal volt. Egy betegnél reinfekció miatt további két műtét történt. Az utóbbi időben mind a nyílt, mind a laparoscopus műtéteknél hypertoniás sóoldatot is alkalmaztak (PAIR).

Eredmények: A korai posztoperatív időszakban két beteget veszítették el anafilaxiás shock, illetve tüdőembolia miatt. Szövődményként 9 esetben láz és 3 esetben seroma jelentkezett. A posztoperatív időszakban a betegek mezbendazol kezelésben részesültek. Utánkövetés eredményeként távoli szövődmény nem jelentkezett. Recidiva egy betegben jelentkezett.

Megbeszélés: A szerzők a parenchymakímélet érdekében a pericystectomyt javasolják. Ha a cysta fala vékony és nagy a ruptura veszélye, az anatómiai resectiót ajánlják a súlyos szövődmények elkerülése érdekében.

149.

ABOUT OUR EXTENDED COLORECTAL OPERATIONS

Pörnczi B., Pop G., Balla Z., Varga G., Bursics A., Surgical Dept., MÁV Hospital and Central OPD, Budapest, Hungary

Introduction: Colorectal tumors can be treated with a good cure rate compared to other gastrointestinal tumors. Besides surgery, the advance of the pharmacological therapy opens further perspectives in the treatment. As a general rule, in cases of T4 tumours neoadjuvant therapy should be considered. There are special situations though, when in spite of the locally advanced tumour extended surgical therapy is the treatment of choice. These are for example:

- If no further oncological therapy possible because of previous therapy
- If the oncological therapy is not feasible or not sensible
- If the attempted therapy has no effect on the tumor
- If the extension of the tumor is discovered during surgery

Discussion: In the last 18 months we performed 6 extended resections because of locally advanced rectosigmoidal tumors. Besides removal of the primary tumor we performed:

- 2 total hysterectomies,
- 1 urinary bladder resection,
- 1 urinary bladder resection and small bowel resection,
- 1 urinary bladder resection with hysterectomy and appendectomy,
- 1 retroperitoneal lymphadenectomy, ureter resection and small bowel resection.

The mean age of our patients was 72 years (ranging from 53 to 87). We had one reoperation due to disruption of the abdominal wound; apart from that we had no surgical complications. There were no deaths.

Conclusion: Extended surgical resection in selected cases has place in the treatment of locally advanced colorectal tumors.

151.

HEMOBILIA CAUSED BY GASTRIC METAPLASIA IN THE GALLBLADDER

Rábai K.,¹ Ender F.,² Réti A.,² Laki A.,³ Székely G.,³ Salamon F.,⁴ Banai J.,¹ National Medical Center, Department of Gastroenterology¹, National Medical Center, Department of Surgery², National Medical Center, Department of Radiology³, National Medical Center, Department of Pathology⁴,

The 61 years old female patient was admitted urgently because of abdominal cramps, fever and hematemesis. Her laboratory results referred to anemia, acute pancreatitis, obstructive jaundice. Ultrasonography revealed inflammation of the gallbladder and cholelithiasis, but an ongoing malignant process couldn't be excluded. Axial hiatus hernia and second degree esophagitis due to gastroesophageal reflux were seen during gastroscopy. There was also bloody content in the postbulbar duodenum. ERCP and EST were performed. The wall of the gallbladder was thick and irregular and hemobilia was seen after the intervention. Cholecystectomy was performed. The postoperative diagnoses were gallstones and hematoma of the gall bladder. Histological evaluation proved chronic erosive cholecystitis with acute exacerbation and metaplasia of antrum type mucosa in the gallbladder. No malignant transformation could be seen. Summary: We suppose that the cause of the biliary pancreatitis was the hemobilia induced by antral metaplasia and erosive gallbladder inflammation.

150.

SERUM CHROMOGRANIN A LEVELS AFTER ADMINISTRATION OF A SINGLE DOSE OF PROTON-PUMP INHIBITOR

Pregun I., Herszényi L., Juhász M., Miheller P., Nagy G., Lakatos G., Sipos F., Pusztai P., Rácz K., Tulassay Z.,^{2nd} Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

Background: Chromogranin A (CgA) has been shown to be a useful marker in the diagnosis of neuroendocrine tumours. Enterochromaffin-like (ECL) cell hyperplasia secondary to hypergastrinemia also leads to an increase of CgA in the blood. It is well established that continuous proton-pump inhibitor (PPI) therapy could significantly increase serum CgA level via hypergastrinemia, but the effect of a single dose of PPI on serum CgA level has not yet been evaluated. **Aim:** To analyze the acute effect of a single dose of PPI on serum CgA levels during fasting and postprandial, over a period of four hours. **Patients and methods:** Six healthy male volunteers (mean age 33 years, range 27-46) were enrolled in the study. Serum CgA levels were determined in all subjects after 40 mg esomeprazole administration during fasting and after a standard meal. Blood samples were drawn from all subjects after 10 hours of fasting (0 min), and again 120 and 240 minutes later following the administration of 40 mg esomeprazole. The same procedure was performed on another day in the same subjects, but PPI was administered together with a standard meal. The latter consisted of 10 g protein, 23.6 g fat and 30.8 g carbohydrates. A solid phase, two site immunoradiometric assay (CIS Bio International) was used for the determination of serum CgA levels. **Results:** CgA levels ranged from 37.3 to 86.2 ng/ml (means $\pm$ S.D.: 54.38 $\pm$ 17.86 ng/ml) after 10 hours fasting (0 min). There was no significant change neither 120, nor 240 minutes following administration of 40 mg esomeprazole (53.09 $\pm$ 18.97 ng/ml and 56.72 $\pm$ 18.80 ng/ml, respectively). When PPI was administered together with meal, a modest, but not significant increase has been observed in CgA levels (61.27 $\pm$ 11.80 ng/ml –120 min, 63.16 $\pm$ 13.94 ng/ml –240 min, respectively). **Conclusions:** Despite the modest, but insignificant increase in CgA levels after meal and a single dose of 40 mg esomeprazole, PPI therapy seems to have no acute effect on CgA levels in healthy volunteers. Further investigations are needed to determine the duration of PPI therapy which can lead to increased CgA.

152.

COLORECTALIS ONCOTEAM KÉT ÉVES MŰKÖDÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Rácz F., Heringh Zs., Bogdán Rajcs S., Veisz L., Jónás András Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gastroenterológia, Sebészeti Osztály, Onkológiai Osztály

Intézményünkben, a nyíregyházi Jónás András Oktató Kórházban 2004 óta működik a colorectalis oncoteam.

Jelen előadásunkban a team két éves munkájával szerzett tapasztalatainkat szeretnénk összefoglalni.

A kórházunk ellátási területén (320000 lakos) minden frissen felfedezett colorectalis daganat kivizsgálási protokollját összeállítottuk, és ez alapján egyénileg döntünk minden beteg terápiás tervéről. A teamet belgyógyász-gastroenterológus, sebész, onkológus alkotja, radiológiai és patológiai konzultáció lehetőségével.

Az elmúlt két év során 828 CRC-s eset került diagnosztizálásra.

Előadásunkban részletezzük a rectalis és a colon daganatok arányát, a jobb és bal oldali tumorok arányát, stádiumát.

A nemzetközi trendekhez igazodva mi is úgy gondoljuk, hogy az egyetemes diagnosztikus és terápiás protokoll alkalmazása javítja a betegellátás színvonalát és csökkenti a morbiditási és mortalitási mutatóinkat.

153.

CFTR GENE TRANSFER TO HUMAN CYSTIC FIBROSIS PANCREATIC DUCT CELLS USING A SENDAI VIRUS VECTOR

Rakonczay Jr. Z.,¹ Hegyi P.,¹ Hasegawa M.,² Inoue M.,² Ignáth I.,¹ W. F. W. Alton E.,³ Griesenbach U.,³ Övári G.,⁴ Vág J.,⁴ Varga G.,⁴ Takács T.,¹ Lonovics J.,¹ E. Argent B.,⁵ A. Gray M.,⁵ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, DनावेC Corporation, Tsukuba, Ibaraki, Japan², Dept. of Gene Therapy, National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, UK,³ Molecular Oral Biology Research Group, Dept. of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴, Institute for Cell and Molecular Biosciences, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, U.K.⁵

Background: Cystic fibrosis (CF) is a fatal inherited disease caused by the absence or dysfunction of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR), an epithelial cell Cl⁻ channel. About 70% of CF patients have insufficient exocrine pancreatic function due to failure of the pancreatic ducts to secrete a HCO₃⁻-rich fluid. Our **aim** in this study was to investigate the potential of a recombinant Sendai virus (SeV) to introduce normal CFTR into human CF pancreatic duct cells, and to assess the effect of CFTR gene transfer on the key transporters involved in HCO₃⁻ transport. **Methods and results:** Polarised cultures of CFPAC-1 cell monolayers (expressing the most common F508del CFTR mutation) were transduced -galactosidase gene. 48-96h afterβwith recombinant SeV containing the CFTR or transduction, the cells were stained for LacZ activity or loaded with the pH sensitive fluorescent dye BCECF to measure Cl⁻/HCO₃⁻ exchange activity. The presence of functional CFTR was confirmed using iodide efflux assay. Strong homogenous LacZ activity (a measure of gene transfer efficiency), was only observed in SeV-LacZ infected cells. CFTR expression had no effect on monolayer integrity and mRNA levels for key HCO₃⁻ transporters in the duct cell, but did up-regulate the activity of apical Cl⁻/HCO₃⁻ exchangers. In CFTR-corrected cells, apical Cl⁻/HCO₃⁻ exchange activity was further enhanced (~340%) by cAMP, a key feature exhibited by normal pancreatic duct cells. The cAMP stimulated Cl⁻/HCO₃⁻ exchange was inhibited by H₂-DIDS, niflumic acid, and diphenylamine-2-carboxylic acid. **Conclusion:** Our data show that SeV vector is a potential CFTR gene transfer agent for human pancreatic duct cells. Expression of CFTR in CF cells is associated with a restoration of Cl⁻ and HCO₃⁻ transport at the apical membrane suggesting that gene transfer is a possible way to treat pancreatic complications of CF. This study was supported by grants from The Wellcome Trust (069470), OTKA (PF63951), ETT (517/2006) and MTA (BO 00218/06 and 00276/04).

155.

DIAGNOSTIC APPROACH TO GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE ASSOCIATED RESPIRATORY COMPLICATIONS: ROLE OF DUAL CHANNEL PH-METRY

Róka R.,¹ Rosztóczy A.,¹ Izbéki F.,¹ Annaházi A.,¹ Lonovics J.,¹ Wittmann T.,¹ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Aim: to investigate the value of different methods, particularly the usefulness of routine 24-hr dual channel esophageal pH-metry, in the diagnosis of GERD associated respiratory complications. **Patients and methods:** 100 subjects with GERD associated airway complications were submitted to 24-hr dual channel esophageal pH monitoring, upper gastrointestinal endoscopy, esophageal manometry and video barium esophagography and their symptoms were analysed. **Results:** 25% of patients (pts) with GERD associated airway complications did not have reflux symptoms. 5 cm above LES the DeMeester score was pathological only in 39% of the pts. Additional 10 % had a normal DeMeester score, but abnormal postprandial and/or nocturnal reflux activity. Further 50% showed only short reflux episodes at this level. 20 cm above the LES, 24-hr pH-monitoring showed pathological reflux activity in only 14% of pts, while proximal reflux episodes were detected in further 68% of the pts. Upper gastrointestinal endoscopy was normal in 18%, revealed NERD in 27% and ERD in 55% of the pts, respectively. Esophageal manometry showed impaired LES function in 63% of the pts. No differences were observed in the results of detailed symptom analysis, endoscopy and LES manometry between patients with or without proximal esophageal acid exposure. However the DeMeester score was abnormal (43% vs. 28%) and barium swallow showed pharyngeal reflux in greater proportion of pts (76% vs. 50%) with proximal esophageal reflux than pts without proximal acid reflux. **Conclusions:** Dual channel 24-hr pH-monitoring is a valuable method in the diagnosis of GERD induced respiratory complications. It detected pharyngeal reflux in 82% of our pts, while the reflux activity was pathological only in 49% of these pts at the distal sensor. Moreover our results provide evidence that short reflux episodes may have a pathological role in the development of GERD induced respiratory complications.

154.

EFFICACY OF ENDOSCOPIC VARICEAL LIGATION AND SCLEROTHERAPY IN TREATMENT OF ACUTE VARICEAL BLEEDING

Rédei C.,¹ Szőnyi M.,¹ Zaja A.,¹ Tóth L.,¹ Svejkovszky Á.,¹ Pozsár J.,¹ Topa L.,¹ Dept. of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest, Hungary¹

Introduction: Variceal bleeding is a major complication of portal hypertension contributing substantially to morbidity and mortality in this group of patients (pts). Endoscopic sclerotherapy (Scl) and variceal ligation (EVL) are established therapeutic modalities of acute variceal bleeding. Whether one of these treatment options is superior, compared to the other in the setting of acute variceal bleeding is under debate. The **aim** of this retrospective study is to evaluate the efficacy of EVL and Scl in pts with their first variceal bleeding episode. **Patients and methods:** During one year (2006), 26 pts with alcoholic cirrhosis presented with their first variceal bleeding episode. All pts underwent upper endoscopy and Scl (n=17) or EVL (n=9). Both procedures were done with standard methods. The age (63ys), the distribution gender (57%male), Child-class (A: 19%, B: 61%, C: 19%) and grade of varices (I:0%, II: 11%, III: 42%, IV: 46%) were virtually identical in both treatment groups. Outcome measures as the rates of in-hospital mortality, rebleeding and units of blood transfusion required were compared between the two groups. **Results:** There was no significant difference in mortality rates (EVL: 11% vs. Scl: 17.6%, OR=1.17 95%CI (0.61-2.25) and rates of rebleeding episodes (EVL: 11% vs. Scl: 23.5%, OR=1.29 95%CI (0.74-2.24). Patients treated with Scl required significantly more units of transfusion as compared to EVL group (2.35±0.42 vs. 0.55±0.29, p=0.013). **Conclusions:** Based on our results, Scl and EVL seems to have similar efficacy in control of acute variceal hemorrhage. Transfusion requirements are higher in pts treated by Scl.

156.

EVALUATION OF THE INTRAESOPHAGEAL PH PATTERNS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL HYPERREACTIVITY (BHR)

Rosztóczy A.,¹ Makk L.,² Izbéki F.,¹ Róka R.,¹ Somfay A.,² Lonovics J.,¹ Wittmann T.,¹ 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Pulmonology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Background: Gastroesophageal reflux (GER) is considered a significant pathogenetical factor in the development of BHR.

The **aim** of the study was to evaluate the intraesophageal pH patterns in patients with BHR.

Patients and methods: 43 consecutive patients (M/F 12/31) with recent diagnosis of BHR were prospectively studied. 20 patients with chronic cough, but without BHR were evaluated as controls. Patients were all submitted to reflux symptom analysis, upper gastrointestinal endoscopy, oesophageal manometry, and Bernstein-test. Proximal GER reflux was established by double channel intraesophageal pH monitoring. The presence of oesophago-bronchial reflux (OBR) was studied by combined oesophageal acid (0.1N HCl) perfusion and metacholine test.

Results: The studied patient groups had similar age, BMI, male-female ratio and were identical regarding their smoking habits. The prevalence of reflux and respiratory symptoms, the baseline lung function, the manometric parameters, the acid sensitivity and the endoscopic appearance of the oesophagus were not different. The double channel pH monitoring showed that patients with BHR had significantly more proximal acid reflux, than controls. On the contrary, similar pH patterns were observed in the distal oesophagus. The patient group with BHR was subdivided on the basis of the presence of OBR. Patients with OBR positivity were more likely to have an acid sensitive oesophagus and had more acid reflux - especially in the supine period - at the distal measurement point. Other studied parameters were not different.

Conclusions: Proximal acid reflux may have a greater role in the development of BHR, than in chronic cough. The increased amount of supine acid reflux in patients with OBR positivity may indicate, that the effectiveness of the night time acid suppressive therapy can be important for the attenuation of the reflux to achieve clinical improvement.

157.

A PALLIATÍV STENTKEZELÉS VISZONTAGSÁGAI INOPERABILIS KLATSKIN TUMOROS BETEGBEN

Rusznay K., Varsányi M., Varga M., Burai M., Gyökerez T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Bel, Budapest

Esetismertetés: A 47 éves nőbetegnek más intézetben irresecabilisnak véleményezett Klatskin tumor miatt hepatico-duodenostomiát végeztek. Nyolc hónap múlva icterus miatt a bal hepaticusba percutan Ring katéter, majd Burchardt prothesis implantatioja történt. Újabb két hónap múlva prothesis migratio kapcsán acut has miatt műtét történt (duodenum pars horizontalis inferior perforatio - sutura, prothesis extractio). Ezt követően sárgaság, láz jelentkezett, emiatt kérték osztályunkra felvételét. Hasi UH főleg a bal hepaticus tágulatát mutatta. ERCP-t végeztünk, és a bal hepaticusba fedetlen öntáguló fémstentet implantáltunk, postERCP-s pancreatitis miatt átmeneti nasojejunalis szondatáplálást végeztünk. Haemokulturából és torokváladékából Klebsiella tenyésztett, célzottan antibiotikumot adtunk. Nem vált láztalanná, de a láz kilengései csökkentek. Újabb ERCP során a jobb oldali hepatico-duodenostomiás nyíláson át behelyezett nasobiliaris drainen lavage történt, majd egy sikertelen stentelési kísérletet követően a jobb lebenyben lévő tályogüregből vett mintából és haemokulturából egyaránt multirezistens Staphylococcus aureus (MRSA) tenyésztett, az epeútrendszerből nyert Klebsiella pneumoniae és oxytoca, Enterobacter cloacae, majd Escherichia coli és Enterococcus faecalis mellett. Újabb ERCP során az anastomosis fölül fedetlen fémstentet implantáltunk a jobb hepaticusba, amely a tályogüreget a bél felé drainálta. Ismételt, célzott antibiotikus terápia, transfúziók hatására a gyulladásos paraméterek, obstructio leletek jelentős mértékű javulást mutattak, remittáló lázai megszűntek, orrváladéka MRSA negatívvá vált. A legutolsó beavatkozás óta eltelt négy hónapban a beteg tíz kg-ot hízott, közérzete javult, fizikai aktivitása nőtt. **Konklúzió:** Inoperabilis Klatskin tumoros beteg esetében a palliatív percutan epeúti stent okozta szövődmény esetén is endoscopus fémstent(ek) implantálásával, epeúti lavage-zsal, célzott antibiotikus kezeléssel, roboráló táplálás segítségével hosszú távú túlélés és megfelelő életminőség biztosítható.

159.

INTERIM EVALUATION OF OUR EXPERIENCE WITH INFLIXIMAB TREATMENT IN IBD

Salamon Á., Tam B., Juhász E., Felföldi F., Simon L., Tolna County „Balassa János” Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary

Introduction: Infliximab (IFX) became an accepted treatment modality in active luminal disease and for enterocutaneous fistulae in patients suffering from Crohn's disease (CD). **Aims:** Retrospective evaluation of our experience with IFX treatment from three different standpoints: (1) routine (standard and maintenance) IFX treatment in CD. (2) effects of initial (step-down) IFX therapy in CD, (3) possibilities of IFX treatment in ulcerative colitis (UC). **Material and methods:** (1) Standard and maintenance IFX treatment was introduced in 49 CD patients with fistulae or steroid-resistant cases. Indicators were: proven closure of fistulae, and changes in Crohn's disease activity index (CDAI). (2) Initial IFX treatment - as the start of „step down” therapy - has been applied in four freshly discovered CD patients. Indicators were: changes in CDAI, further need of complementary drugs, clinical evaluation. (3) Evidence based results of IFX treatment in steroid dependent or resistant UC patients are still contradictory. IFX standard and maintenance treatment were initiated in 7 UC patients. Indicators were: decrease in steroid need, changes in Modified Truelove-Witts severity index (MTWSI). **Results:** (1) Fistulae closed in 13/16 (81 %) of cases. CDAI decline was significant in every case, side effects developed in 2 cases, resulting in halting IFX therapy. (2) Newborn diagnosis of severe CD may lead to hard treatment decisions. Starting with initial IFX therapy seem to support the paradigm of „step-down” therapy, all of our four cases showed significant improvement in clinical status, CDAI decreasing, and reduced need of complementary therapy. (3) Seven UC patients with extreme therapeutic involvement (very high steroid need, insufficient response to immunosuppressive drugs) were selected for IFX treatment trial. MTWSI responses were significant in 4/7 cases, while in all others steroid dose decrease or discontinuation were possible. **Discussion:** Without doubt, IFX seems to be the most spectacular medicine in recent years for patients with IBD. Cost-effectiveness must be re-evaluated by state health policy.

158.

ENDOSCOPIC PALLIATION OF UNRESECTABLE HILAR-CANCER

Sahin P., Pozsár J., Topa L., Dept. of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest, Hungary

Background: Hilar cholangiocarcinoma is a relatively infrequent malignancy. Unfortunately, less than 30% of these tumors are resectable due to both, the stage of the cancer or the advanced age and comorbidities of the patients. Jaundice, cholestasis, and pain are frequent clinical features present in hilar-cancer. In patients with unresectable tumor, palliative measures as endoscopic and/or percutaneous biliary stent placement are indicated for reduction of cholestasis. However, ERCP and endoscopic stent placement across hilar strictures harbors more chance of complications, most importantly infection. Our **aim** was to provide a summary of published endoscopic research related to this issue and present our experiences on the endoscopic palliation of hilar-cancer. **Results:** Our retrospective study showed that using self-expanding metallic stents (SEMS), the survival time significantly increased [median: 2 months (0.25-48)], but the rate of septic complications were not reduced (40%), as compared to the group of patients where plastic stents were placed. The presence of sepsis proved to be an independent predictor of decreased survival. The Bismuth stage, the gender, age of the patients and the severity of initial cholestasis were not predictors of survival. The patency of SEMS were significantly longer as compared to that of plastic stents (1.1 vs. 3.1 months). **Conclusions:** Based on our experience and the data of the literature the following conclusions can be drawn: 1. SEMS should be used instead of plastic stents. 2. Stent may be placed unilaterally and positioned distally into the most easily accessible intrahepatic duct. 3. The smallest necessary amount of contrast media should be used. 4. It is also important that contrast media should be injected only in intrahepatic segments, which will be possible to subsequently drain.

160.

A MÁJGRAFT GYÓGYSZER-METABOLIZÁLÓ KÉPESSÉGÉNEK MEGHATÁROZÁSA DONOR VÉRŐL

Sárvári E., Gaál A., Maléth A., Fazakas J., Köhalmi K., Gulyás J., Porrogi P., Gerlei Z., Péter A., Máthé Z., Nemes B., Görög D., Dallos G., Járav J., Monostory K., Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest¹, MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest²

Bevezetés: A májtranszplantáció sikeressége szempontjából számottevő a gyógyszer-metabolizáló kapacitás és a gyógyszer-interakciók szerepe (1). A korai posztoperatív időszakban alkalmazott nagy mennyiségű gyógyszer hatékonyságát és esetleges toxicitását nagymértékben befolyásolja beültetett máj citokróm P450 enzimkészlet (CYP) mennyisége és aktivitása.

Cél: A graft gyógyszer-metabolizáló képességének korai (még a műtét napján) vizsgálata, osztályozása, ami feltétele a személyre szabott gyógyszerelésnek.

Módszer: 33 májdonor fehérvérsejtjeiből a CYP3A4, 2C9, 2C19, 2B6 enzimek génexpresszióját valós idejű PCR technikával mértük LightCycler (Roche Molecular Biochemicals) készüléken. A vérből történő gyógyszer-metabolizáló képesség vizsgálatának metodikáját önállóan dolgoztuk ki.

Eredmények: A májsejtekből és a hozzátartozó fehérvérsejtekből preparált mRNS mennyisége jól korrelál egymással. A cDNS-ek amplifikációs görbéinek áttörési pontja alapján 3 csoportot hoztunk létre: nagyon jól-, jól- és gyengén metabolizáló máj. Ezt a csoportosítást alátámasztotta a beadott gyógyszer dózisok és a vérszintek közötti összefüggés.

Következtetés: A beállított módszer lehetőséget kínál a máj metabolizáló képességének meghatározására teljes vérből anélkül, hogy a májszövet rendelkezésre állna. Protokolltól eltérő gyógyszerelést (dóziscsökkentés, visszavonás, helyettesítés) igényel a nagyon jól- és a gyengén metabolizáló graft.

1./ Kobori L, van der Kolk MJ, de Jong KP, Peeters PM, Klompaker IJ, Kok T, Haagsma EB, Slooff MJ. Splenic artery aneurysms in liver transplant patients. Liver Transplant Group. J Hepatol. 1997, 27(5):890-3.

161.

SPONTÁN RUPTURÁLT MÁJTUMOROK: TAPASZTALATAINK 3 ESET KAPCSÁN

Sasi Szabó L.,¹ Szentkereszty Z.,¹ Kutassy B.,² Csízy I.,² Sáy P.,¹ DE OEC Sebészeti Intézet, Augusztai Sebészeti Központ¹, DE OEC Gyermekgyógyászati Klinika, Sebészeti Osztály²,

Bevezetés: A tumor ruptúrája a májdaganatok egy potenciálisan fatális szövődménye. Előadásunkban 3 eltérő kóreredetű, akutan operált beteg esetét ismertetjük.

Beteganyag és módszer: 1.eset: egy hepatoblastomára nézve terhelt családi anamnesissel bíró 7 esztendő leánygyermek acut has, szabad hasúri vérzés tüneteivel került felvételre. A műtét során a máj 4. segmenséből egy rupturált daganatot távolítottunk el. A szövettan hepatoblastomát igazolt. 2.eset: Egy 51 éves nőbeteg disszeminált intravasculáris coagulopathia tüneteivel került belgyógyászati felvételre. A folyamata hátterében egy enormis nagyságú, rupturált haemangioma derült fény, mely elfoglalta a jobb májlebensny. Sikertelen csemoembolizációs kísérletet követően urgens jobb oldali hepatectomiát végeztünk. 3.eset: Egy 65 éves férfibetegnél ismeretlen eredetű, duplex májtumor, HCC gyanúja miatt staging laparoscopiát terveztünk. Az optikát bevezetve a bal májlebensben lévő tumor rupturáját, masszív haemascost észleltünk. Konverziót követően bal lobectomy történt.

Eredmények: a 7 esztendő leánygyermek a sikeres műtétet követően kombinált kemoterápiás kezelésben részesült. 28 hónappal a műtétet követően panaszmentes, recidívára utaló jelek nem észlelhetők. Az 51 éves nőbeteg 8 hónappal a májműtétet és az abból való felépülést követően multiplex tüdő-haemangiomaiból származó vérzés miatt életét veszítette. A 65 éves férfibeteg 13 hónappal a műtétet követően recidív HCC következtében életét veszítette.

Következtetés: azokban az esetekben, amikor a rupturált májtumor chemoembolisációja sikertelen, vagy nem kivitelezhető, az urgens májresectio az egyetlen életmentő megoldás. Bár a műtét szövődményráta magasabb, és a daganat lokális recidívája is gyakrabban előfordul, összességében mégis jó, az elektív májresectiókkal is összevethető túlélést biztosít.

163.

FUNCTIONAL CHARACTERIZATION OF THE H⁺/K⁺ ATPASE IN WILD TYPE AND GASTRIN KNOCK-OUT MICE

Schnur A.,¹ Hegyi P.,¹ Venglovecz V.,¹ Rakonczay Z.,¹ Ignáth I.,¹ Takács T.,¹ Lonovics J.,¹ Varró A.,² Varró A.,² Dockray G.,² Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Physiology, School of Biomedical Sciences, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom², Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Division of Cardiovascular Pharmacology, Hungarian Academy of Sciences, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Background: It has been reported that gastrin knockout (GKO) mice are achlorhydric and importantly, fail to secrete acid in response to acute stimulation with exogenous histamin or gastrin (G17). However, a 6-day continuous infusion with G17 restores the capacity of parietal cells to secrete acid in response to both G17 and histamin indicating that parietal cells in GKO mice are not fully mature to respond to secretagogues without priming with G17. The **aim** of this study was to functionally characterize the H⁺/K⁺ ATPase in wild type (WT) and gastrin KO (GKO) mice and to investigate the effects of G17 on acid secretion in cultured gland preparation from both WT and GKO mice. **Methods:** Gastric glands were isolated from WT and GKO mice by enzymatic digestion and then cultured for 48h. Some of the glands from both WT and GKO mice were incubated with 1nM G17 either acutely for 1h or 24h followed by a 2 h wash-out period from G17 before the experiments. Parietal cells were identified using FITC-conjugated Dolichos biflorus lectin. The intracellular pH of parietal cells was measured using the fluorescence dye BCECF. The activity of the proton pump was determined by using the NH₄Cl pulse technique. **Results:** 10-1000pM G17 markedly stimulated H⁺ efflux from WT parietal cells. 100μM omeprazole completely blocked the basal and stimulated H⁺ secretion. 100μM ranitidine blocked the basal H⁺ secretion, totally inhibited the stimulatory effect of 100pM G17, but only partially inhibited the stimulatory effect of 1nM G17 in WT parietal cells. 100-1000pM G17 applied for 1h failed to stimulate the proton pump activity in GKO parietal cells. However, a 24h preincubation with 1nM G17 in vitro followed by 100pM G17 for 1h fully restored the proton pump activity. **Conclusions:** In GKO mice there is no proton pump activity in gastric parietal cells. Acute G17 stimulation does not restore H⁺ in GKO mice, however H⁺ secretion can be fully restored by priming GKO glands with G17. Our results confirm that parietal cell maturation is required for acid secretion. Supported by OTKA, MTA, OM.

162.

MASSIVE GASTROINTESTINAL BLEEDING – DO NOT OVERLOOK THE ROLE OF THE PANCREATOBILIARY SYSTEM

Schäfer E.,¹ Bördös A.,¹ Doros A.,² Bánsági Z.,³ Bursics A.,⁴ Tihanyi T.,⁵ Burai M.,¹ Gyökres T.,¹ Pap Á.,¹ Dept. of Gastroenterology, MÁV Hospital, Budapest, Hungary¹, Interventional Laboratory, Clinics of Transplantology, Budapest, Hungary², Interventional Laboratory, Péterfy Hospital, Budapest, Hungary³, Dept. of Surgery, MÁV Hospital, Budapest, Hungary⁴, Surgical Clinics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵

Introduction: Among the rare causes of „difficult-to-diagnose-and-treat” gastrointestinal bleedings are the haemobilia and Wirsungorrhagia. **Patients and methods:** During 8 years nine patients were admitted to our department with life threatening bleeding from the papilla of Vater. We had two cases of iatrogenic pseudoaneurysm after laparoscopic cholecystectomy. Both patients required more than 20 units of blood suspension. One of them did not survive despite surgical and endoscopic interventions, while in the other, a 25 year-old patient, the transarterial embolization of the left hepatic artery was successfully performed. In 3 cases we met massive haemobilia (25/9/10 units of blood suspension were required respectively) due to inoperable neoplasms of the common bile duct. In all cases metal stent was inserted. After this procedure in 2 cases the bleeding stopped, while in another patient it was surgically sutured. In the other four cases the pseudoaneurysm was caused by acute or chronic pancreatitis. 2 patients were haemodynamically unstable and/or angiography was unavailable, thus emergency surgery was performed. In one patient angio-CT demonstrated the pseudoaneurysm, and angio-embolization was performed successfully, ten days later elective cystojejunostomy was performed. In the last case endoscopic cystogastrostomy was performed. **Conclusion:** Contrast enhanced angio-CT and angiography can be diagnostic in the majority of patients with massive gastrointestinal bleeding from the papilla of Vater. Selective angiographic embolization gives good immediate results in haemodynamically stable cases. Surgery is required in case of haemodynamic instability, when embolization fails or unavailable, or during the recurrence of bleeding after embolization. In inoperable intraductal malignancies, as the less invasive method, endoscopic interventions may be successful.

164.

PEGINTERFERON-ALPHA KEZELÉS PSZICHÉS MELLÉKHATÁSAI KRÓNIKUS HEPATITIS B ÉS C BETEGEINKBEN

Semegi É., Király O., Burai M., Schäfer E., Gyökres T., Pap Á., MÁV Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

A peginterferon kezelés, a rendszeres kontroll, ill. a heti injekciózás önmagában is komoly terhet jelent a betegek számára, a kezelés során fellépő pszichés mellékhatások, amennyiben ezeket nem ismerjük fel, és nem kezeljük ideje korán hatékonyan, együttműködési problémákhoz, esetlegesen a kezelés megszakításához is vezethetnek. Az interferon kezeléstől akkor várható a legnagyobb hatékonyság, ha a beteg a 6-12 hónapos kúrát megszakítás és lehetőség szerint a dózis csökkentése nélkül tudja befejezni. A kezelés megszorításának leggyakoribb okai a pszichés mellékhatások, elsősorban a depressziós tünetek. Ezeknek a tüneteknek a kialakulása, illetve fokozódása azoknál a betegeknél valószínűbb, akik már a kezelés megkezdésekor is valamilyen mértékben depressziósak voltak. Irodalmi adatok szerint az interferon kezelés a betegek 15-60 %-ában idéz elő depressziót, azonban a depresszió jelentkezésében az interferon mellett a krónikus betegség, illetve a HCV/HBV is szerepet játszhat. Kezeletlen depresszió az interferon kezelés ellenjavallatát képezi, a májbetegség kezelés nélkül azonban súlyos szövődményeket von maga után. Az egyes betegek pszichés státuszának részletes felmérésére ritkán van idő, de egy egyszerűen kezelhető táblázatban a betegek szomatikus és pszichés tüneteit is rögzítheti a szakasszisztens.

Betegeink: Két éves időszakban közel 40 beteget kezeltünk pegilált interferonnal. Súlyos depressziós, illetve pszichotikus tünetek miatt 3 esetben kényszerültünk a kezelés felfüggesztésére, 2 esetben akut pszichiátriai kezelés is szükségessé vált. 3 másik esetben gyógyszeres antidepresszáns kezelés mellett az antivirális kezelést folytattuk. Alvászavar, szorongás szinte minden betegünkönél jelentkezett, specifikus kezelést azonban nem igényeltek. A 3 hónapos kezelés után szinte kivétel nélkül jelentkező gyengeség, fáradékonyság ezen panaszokat előre vetíti. Ilyenkor nagyobb odafigyelésre van szükség mind a család, mind a nővér-orvos részéről egyaránt, hogy betegeink a célul kitűzött ideig, teljes dózisban kaphassák meg antivirális kezelésüket.

165.

PHARMACOLOGICAL ANALYSIS OF CANNABINOID-INDUCED INHIBITION OF GASTRIC MUCOSAL DAMAGE AND GASTRIC MOTILITY

Shujaa N., Zádori Z., Gyires K., Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Background: Cannabinoid receptors are likely to be involved in different gastrointestinal functions: $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol inhibits stress ulcer (Sofia et al., 1978), decreases intragastric pressure and the pyloric contractility (Krowicki et al., 1999) and CB1 receptor agonists decrease the gastric acid secretion (Adami et al., 2002). We aimed to detect the effect of endogenous cannabinoids (anandamide and methanandamide) and the synthetic analogue WIN-552, 212-2 on acid-independent ulcer model and stimulated gastric motility. Gastric mucosal damage was induced by acidified ethanol in rats. Gastric motility was tested by using the balloon method as described by LeFebvre et al. (1992) in the rats. Gastric motility was stimulated centrally by insulin (5 IU). The substances were given intravenously (i.v.) and intracerebroventricularly (i.c.v.). **Results:** It was found that: 1. Anandamide, methanandamide (1.3-5.2 $\mu\text{mol/kg}$ i.v.) and WIN-552, 212-2 (0.09-0.2 $\mu\text{mol/kg}$ i.v.) inhibited the ethanol-induced gastric mucosal damage in a significant manner. Anandamide and methanandamide given i.c.v. inhibited the mucosal lesions in the doses range of 12.5-110 nmol/rat. 2. The gastro-protective effect of methanandamide was antagonized by the cannabinoid CB1 receptor antagonist SR 141716A as well as by the vanilloid receptor antagonist capsaizine, indicating that both CB1 and TRPV1 receptors may be involved in gastroprotective effect of cannabinoid receptor stimulants. 3. The μ sinulin-induced enhanced gastric motor activity was reduced by anandamide and methanandamide (1.3-5.2 $\mu\text{mol/kg}$ i.v.). This effect was reversed by SR 141716A (4.32 $\mu\text{mol/kg}$ i.v.), but was only partially inhibited by capsaizine. **Conclusion:** 1. Cannabinoid CB1 receptors are likely to be involved in gastric mucosal defense. 2. Activation of CB1 receptors results in inhibition of stimulated gastric motor activity. 3. TRPV1 receptors may be involved in the gastroprotective effect of methanandamide, but only partially in the inhibition of gastric motility. The work was supported by ETT Grant 529

167.

TISSUE MICROARRAY BASED CLASSIFICATION OF EARLY AND LATE STAGE COLORECTAL CANCER IN OPTICAL AND VIRTUAL MICROSCOPY

Sipos F.¹, Spisák S.¹, Krenács T.², Galamb O.¹, Galamb B.¹, Valcz G.¹, Solymosi N.¹, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background and aim: Using tissue microarrays (TMA) multiple immunohistochemical stainings on multiple samples can be evaluated and scored on digital slides at the same time. The protein marker based classification of different stages of CRC using multiple immunostainings has been unsolved. Comparison between microscopy and virtual microscopy analysis of tissue microarrays has not been previously performed. **Methods:** TMAs containing core samples from early (20) and late (20) stage CRCs and healthy colon (20) were immunostained with CRC progression associated markers, such as cytokeratin, epithelial growth factor receptor, cyclooxygenase-2, glutathione-S-transferase and insulin-like growth factor receptor-1. Immunostaining scores were validated on digital slides and linked to patient data using Mirax TMA Module software and the results were analysed for unsupervised hierarchical clustering and compared to optical microscopy. **Results:** Virtual microscopy proved to be more efficient, fast, robust and reproducible method as compared to the optical one. The results were in high correlation ($r > 0.95$). The digital scanning saves the staining intensity and prevents autodecolorisation of the immunohistochemical specimen. Increased COX2, IGFR1 expression was observed ($p < 0.05$) between late and early stage cancer and the cancer and normal samples, respectively. **Conclusion:** Virtual microscopy based tissue microarray scoring yields comparable results to optical microscopy in a more efficient environment. Increased Cox2 and IGFR1 expression is part of the tumor progression.

166.

LAPAROSCOPUS ANTIREFLUX MŰTÉT SZEREPE A BARRETT-NYELŐCSŐ KEZELÉSÉBEN

Simonka Z.¹, Tiszlavicz L.², Németh L.², Szentpáli K.¹, Paszt A.¹, Pethő I.¹, Izbéki F.³, Rosztóczy A.³, Wittmann T.³, Lázár G.¹, Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem Patológiai Intézet, Szeged², Szegedi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged³

Bevezetés: A Barrett-nyelőcső, valamint a következményesen kialakuló nyelőcső adenocarcinoma pathogenesisében kiemelkedő jelentőséggel bír a gastro-oesophagealis reflux megbetegedés.

Célkitűzés: A laparoscopus antireflux műtétek a Barrett nyelőcső nyálkahártya elváltozásaira (metaplasiára/dysplasiára) gyakorolt hatásának vizsgálata.

Betegek és módszer: 2001 és 2006 között a SZTE ÁOK Sebészeti Klinikáján gastro-oesophagealis reflux és Barrett-nyelőcső együttes előfordulása miatt 50 betegen végeztek Nissen szerinti antireflux műtétet. A műtétől számított 3 hónap múlva 37 betegnél komplett belgyógyászati kontroll vizsgálat (endoscopia, histológiai vizsgálat, pH-metria, manometria) történt. A betegek átlagos életkora 48 év (26-75), a férfi-nő arány 26:24 volt.

Eredmények: A refluxos panaszok mind a 37 beteg esetében csökkentek. A funkcionális vizsgálatok közül a pH-metria 82 %-ban, a Bilitec 72 %-ban mutatott normál értéket. Az ellenőrző postoperatív manometria során minden betegnél a cardia 15-25 Hgmm-es ideális nyomás értékéhez közelítettek. 10 esetben a kontroll endoscopia Barrett-metaplasziát már nem mutatott. A többi betegnél végzett biopsia alapján a fundus ill. cardia típusú metaplasziák esetében 4 betegen regressziót, 4 betegen progressziót és 4 betegen változatlan szövettani képet láttunk. Az intestinalis metaplasziáknál 1 alkalommal figyeltünk meg regressziót. Műtét előtt 5 enyhe dysplasia volt, ami 3 betegnél megszűnt, és 2 betegnél perzisztált.

Következtetések: A laparoscopus technikával végzett Nissen szerinti antireflux műtét eredményesen szünteti meg a savas illetve az epés refluxot, továbbá a Barrett metaplasia bizonyos eseteiben is hatékony kezelést jelenthet. Ennek bizonyítására azonban további hosszú távú belgyógyászati és histológiai követés javasolt.

168.

A BENIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK ENDOSCOPOS ÉS SEBÉSZI ELLÁTÁSÁNAK ÖSSZAHASONLÍTÁSA

Sipos P.¹, Lauretta A.², Damrah O.², Jiao L.², Canelo R.², Semmelweis Egyetem II. Sebészeti Klinika¹, HPB Unit, Imperial College, Hammersmith Hospital NHS Trust²

2002 és 2006 között a Londoni Hammersmith Kórház Sebészeti Osztályán krónikus pancreatitis, sclerotizáló cholangitis, choledochus cysta és műtéti sérülést követően kialakult epeút szűkületek miatt kezelt 45 beteg adatait hasonlítottunk össze retrospektíven.

Az endoscopos beavatkozások közül a stent, ballon és PTC eredményességét elemeztük, műtét nélkül, műtét előtt és műtétet követően és hasonlítottuk össze az operatív ellátással.

Stent behelyezésre leggyakrabban epeút szűkületet okozó krónikus pancreatitist követően került sor (82%-ban), míg epeút sérülés és cholangitis esetén csak 44%-ban volt szükséges. PTC végzése ritkábban történt, epeút sérülés esetén 30%-ban, pancreatitist követően 16%-ban és cholangitis esetén csak 10%-ban. A cardiopulmonális komplikációk szignifikánsan ritkábban alakultak ki cholangitist után és epeúti szövdményeket leggyakrabban iatrogén epeút sérülést követően észleltünk (38%-ban). A 45 beteg közül 21 igényelt műtétet és ezek közül 54%-nál volt szükség további endoscopos ellátásra. Az endoscopos ellátást követően 10 %-ban volt szükség műtetre és az operatív ellátást követően reoperációra az esetek 2%-ában került sor.

Az endoscopos beavatkozások szignifikánsan rövidebb kórházi tartózkodással jártak (13/35 nap, $P=0.04$).

A jóindulatú epeúti szűkületek ellátása endoscopos, invazív radiológiai és sebészeti multidiscplináris összefogást igényel. Ehhez fontos a megfelelő stratégia kiválasztása és gyakran többszörös kezelés válhat szükségessé.

169.

TREATMENT OF LARGE, OESOPHAGEAL PERFORATION AND MEDIASTINITIS WITH A COVERED, REMOVABLE METALLIC ENDOPROSTHESIS AND MEDIASTINAL DRAINAGE

Solt J.,¹ Sárlos G.,² Bertalan A.,³ Tabár B.,⁴ Gódi S.,¹ Beró T.,¹
 Department of Gastroenterology, Baranya County Hospital¹, Department of Radiology, Baranya County Hospital², Department of Anaesthesiology, Baranya County Hospital³, Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Pécs⁴,

Introduction: The application of covered metallic stents in the treatment of benign strictures and perforations is still in the early stages, because their removal is difficult and may cause tissue proliferation. The therapeutic effect and the efficiency of a new method for the extraction of a removable metallic stent were examined in three patients treated for large, oesophageal perforation.

Patients and methods: Two of the three patients were dilated with a balloon catheter because of corrosive oesophageal stenosis, and the oesophagus was perforated. In one patient mediastinal drainage, and jejunostomy and in the other primary suturing and drainage were performed. Sepsis and mediastinitis developed due to the oesophageal perforation and the fistula caused by the mediastinal drain in the first patient, and the insufficiency of the suture in the second patient. The oesophageal defects were sealed on day 8 and 11 after the perforation and surgery by a covered stent. In the third patient, the oesophageal rupture caused by the dilatation and the attempt to stent a malignant obstruction was sealed with a covered stent within 2 hours. Parenteral nutrition and broad-spectrum antibiotic therapy were started.

Results: Three days after the interventions, swallowing tests with water-soluble contrast medium (Gastrografin) did not reveal any extravasations. Feeding via a nasogastric tube, and later oral feeding was started. After transient mediastinal drainage, the stents were removed on day 35 and 74 after implantation. Both openings healed completely. Restenoses above the stents were dilated again. The rupture of the malignant oesophagus in the third patient, following early, permanent stenting, healed without drainage and with no complications.

Conclusion: Even with mediastinitis and concomitant sepsis, large oesophageal perforations can be treated successfully with removable, covered metallic stents and adequate mediastinal drainage.

171.

PROGRESSION MARKERS OF EARLY AND LATE STAGE COLORECTAL CANCER DETERMINED BY PROTEIN ARRAYS

Spisák S.,¹ Galamb O.,¹ Solymosi N.,¹ Galamb B.,¹ Nemes B.,² Sipos F.,¹ Zágonyi T.,¹ Tóth K.,¹ Molnár B.,¹ Tulassay Z.,^{1,2nd} Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Surgery and Transplantation, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background and aims: Colorectal cancer progression markers could be important diagnostic and therapeutic targets. The protein chip technology could be utilised for the parallel evaluation of large number of proteins simultaneously. **Patient and methods:** From 10 Dukes B and 6 Dukes D colorectal cancer patient, malignant and normal specimens were collected. Proteins were purified and labelled by Cy3 and Cy5 fluorescent dye. The labelled samples were hybridized on AB500 antibody arrays. Bioconductor was used for data analysis. Significantly differently expressed genes were identified by T test. **Results:** The normal and CRC samples could be distinguished according to protein expression markers. Examining these 2 groups we found 53 differentially expressed genes, from which 23 (tumor protein p73, caldesmon 1, heat shock 90 kDa protein) were downregulated and 30 (DNA topoisomerase I, cyclin A1) were upregulated in tumour samples. To separate normal and Dukes B group 74 genes were applicable, from which 27 (interleukin 13, syntaxin 8) were downregulated and 47 (heat shock 60kDa protein, nuclear mitotic apparatus protein 1) were upregulated at protein level. Examining normal and Dukes D groups we found 68 differentially expressed proteins, where 27 (TNF receptor-associated factor 2, B-cell CLL/lymphoma 2) were downregulated and 41 (tyrosine kinase 2, cyclin D3) were upregulated. We managed to separate the 2 groups of tumour with the evaluation of 12 differentially expressed genes, where 5 were downregulated (syntaxin 8, sequestosome 1) and 7 were upregulated (cyclin A1 CDC-like kinase 1). In some cases we found signs of HPV16 infection in tumour samples. The expression in cases of C-myc, Caveolin1, HPV16, COX-2, TGF- β was confirmed on tissue microarrays composed from the paraffin-embedded surgical samples by immunohistochemistry. **Discussion:** Protein arrays can identify progression and diagnostic markers in colorectal surgical specimens. The newly found markers can be introduced into immunohistochemical protocols and evaluated by further therapeutic studies as potential targets.

170.

GASTROPARESIS KEZELÉSE BOTULINUS TOXINNAL

Somogyiné Kolozsvári M., Király Á., PTE AOK III. BELKLINIKA Pécs

A gastroparesis mechanikus kimeneti akadály nélkül jelentkező gyomorürülési zavar, melynek hátterében leggyakrabban diabetes mellitus áll, emellett bizonyos sebészeti beavatkozásokat követően, vagus laesio következtében is kialakulhat. A pylorus simaizom kontrakciójának gátlására Klinikánkon 6 sebészi gastroparesis miatt kezelt beteg esetében, előzetes részletes kivizsgálást követően intrapyloricus Botulinus toxin injektálást alkalmaztunk. A betegek vezető tünete a hányinger, hányás, teltségérzés, puffadás, gyomorretenció, fogyás volt. A kezelés során valamennyi betegnél összesen 200 IU toxint injektáltunk a pylorus simaizomzatába két ülésben, melyet követően egy beteg esetében sem észleltünk mellékhatást. A beavatkozást követően a betegek panaszai szűntek, súlygyarapodásuk megindult, az injektálást követően 8 héttel elvégzett kontroll gyomorürülési vizsgálataik jelentős javulást mutattak. Mindez azt mutatja, hogy a Botulinus toxin injektálás jól kivizsgált és szelektált beteganyagban a gastroparesis terápiás alternatívája lehet.

172.

SOMATOSTATIN-ANALOGUE TREATMENT IS SAFE, EFFECTIVE AND IMPROVES QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERING NEUROENDOCRINE TUMOURS. RESULTS FROM A NATIONAL MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY.

Szréter L.,¹ Hitre E.,² Gyökeres T.,³ 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Chemotherapy „B”, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², 3rd Dept. of Internal Medicine, MÁV Hospital, Budapest, Hungary³

Background: Neuroendocrine tumors (NET) are rare malignancies. There are few data available regarding patients suffering NET in Hungary. There are limited experiences in the majority of hospitals because of the small number of pts. Therefore a multicenter observational study was performed in 2004 in Hungary in a large-number patient population. The **objective** of the study was to assess the safety, the efficacy, and the effect on patients' quality of life receiving long-term somatostatin-analogue treatment (Sandostatin-LAR® - SST-LAR). **Patients:** histologically proven NET pts. Inclusion criteria: symptomatically effective subcutaneous octreotide treatment in the history, administration of SST-LAR and signed informed consent. Other treatment modalities, including surgery, chemotherapy, interferon were allowed before inclusion. 85 pts data were suitable for evaluation, among them there were 52 men and 33 women. The mean age was 57.4±13.4 years, 45 pts (52.9%) had multiple sites of disease. At the inclusion visit the previous diagnostic and therapeutic modalities regarding NETs were registered. Symptoms (flush, diarrhoea), adverse events, and quality of life 1-7 point scale patient questionnaire were assessed every 3 months. **Results:** At the inclusion 47/85 (55.3%) pts had diarrhoea and 25/85 (29.4%) had flushing. Surprisingly only 51/85 pts had urine 5-HIAA evaluation, 36 of them were positive. Somatostatin-receptor scintigraphy was performed only in 15 pts, out of them 9 were positive. Flushing and diarrhoea significantly (p<0.001) decreased by the end of the study. We experienced a significant improvement in the quality of life score, 4.38 vs. 5.61 points (p<0.001). **Conclusion:** The availability of different diagnostic modalities for NETs (5-HIAA, scintigraphy, serum chromogranin-A measurement) should be increased in Hungary. Long lasting somatostatin-analogue treatment proved to be safe and effective in controlling symptoms and improving quality of patients' life.

173.

DETERMINATION OF CLARITHROMYCIN RESISTANCE AND VIRULENCE GENES OF *HELICOBACTER PYLORI* IN PARAFFIN EMBEDDED SAMPLES

Sükösd F.,¹ Ferencz A.,² Tiszai A.,³ F. Kiss Z.,³ Lénárd Z.,³ Német L.,¹ Kaiser L.,¹ Tiszlavicz L.,¹ Lonovics J.,³ Mikó T.,¹ Institute of Pathology, Faculty of Medicine Center, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Pathology, General Hospital of Makó, Makó, Hungary², 1st Dept. of Internal Medicine, Faculty of Medicine Center, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Helicobacter pylori (H.p.) is the most common infectious agent worldwide. More than half of the world's population is infected. Despite of this, diseases attributable to H.p. are not so frequent. One explanation for this is the variability of the immune status of the host and the difference in bacterial virulence. Our aim was to determine the most important virulence genes of H. p. the Cag A and Vac A and its alleles occurrence in routinely examined samples, which were formalin fixed and paraffin embedded samples. A further task was to examine the existing resistance against the first choice antibiotic, clarithromycin. 101 samples were examined. The samples were deparaffinised and pK digested to extract DNA. Nested and semi-nested PCR with Cy5 labelled primers and acrylamide electrophoresis were used to evaluate the Cag A status and Vac A allelic structure. To determine the clarithromycin resistance, conventional FISH procedure was used following the manufacturer's instruction. In 96 of the 101 cases (96%), examination was successful. In 75 cases Cag A was detected (78%). 26 cases turned out to be those of high vacuolization ability allele positive (27 %), Moderate and weak vacuolisation ability could be detected in 66 (69%) and four (4%) cases respectively. We found 20 cases (21%) with mixed populations of in our series, which is regarded to be a high percentage. Clarithromycin resistant bacteria showed a significantly higher Cag A positive rate than the negative group (100% vs 75%). Bacteria with high vacuolization ability were also more frequent in the resistant group than in the sensitive one (27% vs 5%) It can be concluded that the introduced method can give further information about the outcome of H.p. associated diseases.

175.

COELIAKIA SZOKATLAN MEGJELENÉSI FORMÁJA (ESETISMERTETÉS)

Szabó A.,¹ B. Kovács J.,¹ Lőrincz M.,¹ Nagy A.,¹ Korponay Szabó I.,² Szalay Z.,³ Asbóth D.,³ Péter G.,⁴ Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Gastroenterológiai-Nephrologiai osztály¹, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Coeliakia Centrum², Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati osztály³, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Madarász utcai Telephely Belgyógyászati osztály⁴,

Bevezetés: 11 éves fiú esetét ismertetjük, akinél a glutén sensitív betegség szokatlan tünetekkel, elsősorban extraintestinalis manifesztációval járt.

Beteg: Klinikum: étvágytalanság, tisztázatlan eredetű lázak, hányás, generalizált lymphadenomegalia, erythrodermia, néhány hónap alatt 30 kg fogyás. **Vizsgálati leletek:** jelentősen emelkedett serum ferritin érték, LDH aktivitás, mérsékelt emelkedett gyulladásos aktivitási jelek, hypoproteinaemia, hypalbuminaemia, mellkasi és hasi CT vizsgálatnál tüdő- és veseparenchymában gócos elváltozások, jejunumkacsok kaliberingszűkítése. Fentiek alapján elsősorban malignoma lehetősége merült fel, de nyirokcsomó szövettani vizsgálata és csontvelő vizsgálat malignitást nem igazolt. 5 hónappal a betegség kezdete után került sor coeliakia-specifikus ellenanyag vizsgálatra. Az ismételt pozitív lelet birtokában végzett vékonybél szövettani vizsgálat súlyos boholyatrophiát igazolt. Enteropathia-asszociált T sejt lymphoma (EATL) gyanúját a teljes test PET CT kizárta. A glutén-sensitív betegség diagnosztizálásának megállapítása után a korábban eltávolított nyirokcsomó IF vizsgálata transzglutamináz-2 lokalizációjának megfelelő IgA lerakódást mutatott ki a rácsrostok mentén.

Eredmény: Terápia: glutenmentes diéta, kezdetben komplex parenteralis, majd nasogastricus szondatáplálás, majd per os táplálás formájában. Terápiás hatás: a 3 hónapos megfigyelési idő alatt minden tünet elmúlt, a laboratóriumi leletek normalizálódtak.

Megbeszélés: Felhívjuk a figyelmet a glutén sensitív enteropathia sok szertve érintő, szerteágazó tüneteket mutató formájára. A szokványostól eltérő klinikai kép a diagnózis felállítását késleltetheti.

174.

BILLROTH II RESECTIO UTÁN VÉGZETT ERCP-K SORÁN NYERT ÚJABB TAPASZTALATAINK

Sümegi J., B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat,

Bevezetés: A Billroth II szerint resectált betegeknek végzett ERCP-re vonatkozóan nincs jól kidolgozott, általánosan elfogadott metodika. Az egyes munkahelyeken alkalmazott módszerek a rendelkezésre álló eszközrendszer és a személyes tapasztalatok alapján alakulnak ki.

Beteganyag és módszer: 1997. március 1. és 2006. december 31. között 49 előzetesen Billroth II szerint resectált betegnél végeztünk ERCP-t összesen 66 esetben. 48 betegnél obstructio icterus, 1 betegnél postoperatív pancreas sipoly volt az indikáció. Az 1997. január 1. és 2003. december 31., valamint a 2004. január 1. és 2006. december 31. között végzett vizsgálatok során alkalmazott módszereket, a diagnosztikus és terápiás sikerességet hasonlítottuk össze.

Eredmények: A 2003. december 31-ig végzett 37 vizsgálatból 32-t végeztünk duodenoscoppal, az azóta végzett 29 vizsgálatból csak 6-ot, míg 16 esetben gastroscopot, 7 esetben mindkét eszközt használtuk. Az első időszakban a vizsgálatok 73 %-ában, a második periódusban 100 %-ban jutottunk diagnózishoz, a terápiás siker a vizsgált időszakokban 66 % és 85 % volt. Míg kezdetben több papillotomiás módszert kipróbáltunk, a második periódusban 17 esetben stentvezérelt sphincterotomiát, mély, szelektív kanülálás hiányában tökéletes papillotomiát végeztünk. Az első időszakban 2 szövődményünk /5,4 %/, a második periódusban 3 szövődményünk /10,5 %/ volt, közülük egy exitussal végződött.

176.

CT ELTÉRÉSEK CÖLIÁKIÁBAN-ESETBEMUTATÁS

Szabó E.,¹ Krizsó E.,² Stumpf A.,⁷ Semmelweis Kórház Miskolc Gasztroenterológiai ambulancia¹, AA-Med Kft. Miskolc CT labor²,

A cöliakia diagnosztikájában általában nem a képalkotó vizsgálatok jelentik a diagnózis felállításának eszközét. A szerzők egy 47 éves férfi esetét mutatják be poszterükön.

A beteg gyermekkorától emésztési problémákkal, puffadással, időnként hasmenéssel élt együtt. 2006 márciusában hetek óta tartó hasmenés, fogyás, majd láz miatt került kivizsgálásra. A láz okaként -negatív széklettenyésztési eredmények után- uroinfekció lehetősége merült fel, ezért antibiotikum kezelésben részesült. Erre lázatlanná vált. A hasi ultrahangon látható 6-8 mm-es nyirokcsomók miatt haematológus javaslatára hasi CT vizsgálat történt, ahol a mesenterialis nyirokcsomók mellett kevés szabad hasüri folyadékot is kimutattak, bélfal eltérés nélkül. Közben a beteg gasztroenterológiai ambulanciánkra került, ahol cöliakia irányába végeztünk vizsgálatokat, pozitív eredménnyel (TTG IgA antitest, szövettan). A CT elváltozást a haematológus nem tartotta limfómának, ezért a Whipple kór, EBS, CMV fertőzések és Yersinia infekció kizárása is megtörtént. Jól kontrollált diéta mellett a beteg panaszmentessé vált, testsúlya gyarapodott. A harmadik CT vizsgálat már a folyamat teljes regresszióját igazolta. A hasi limfadenomegalia okát keresve, az irodalomban néhány esetben a cöliakia szövődményeként leírt hasi limfadenitist véleményeztük. Jellemző a kórképre, hogy megfelelő diéta mellett a lisztérzékenység tüneteinek megszűnésével meggyógyul. A háttérben bakteriális transzlokáció tételezhető fel.

Konklúzió: Lázzal járó hasmenés, illetve a fenti CT eltérések esetében is gondolnunk kell cöliakiára.

177.

CONTRADICTION RESULTS OF DIFFERENT IMAGING TECHNIQUES IN A PATIENT WITH SUSPECTED PANCREATIC HEAD NEOPLASIA. CASE REPORT

Szabolcs A.¹, Szepes A.¹, Madacsy L.², Takacs T.¹, Lonovics J.¹ 1st Dept. of Medicine University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Dept. of Operative Gastroenterology and Endoscopy, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ²

Introduction: In Europe the incidence of pancreatic carcinoma is continuously increasing. At the time of diagnosis, patients are generally in advanced and irresectable stage of neoplasia. Less than 20% of all pancreatic carcinoma patients are suitable for surgical intervention. The five-year survival rate is still under 10-15% following radical tumor resection. Besides the clinical symptoms, imaging techniques play an important role in diagnostic and therapeutic decision making. The majority of pancreatic tumors are of ductal origin; therefore the ERCP investigations are particularly important. Our **aim** was to present a clinical case where the contradictory results of different imaging methods hindered the fast decision and therapeutic intervention. **Case report:** A 78 years old female patient presented with abdominal pain, jaundice and weight loss. ERCP investigation showed the characteristic "double-duct" sign in the region of the head of the pancreas. This finding was confirmed by abdominal ultrasound showing a non-homogeneous area in the pancreatic head with a maximal diameter of 34 mm. Abdominal CT scan and MRI could not verify a neoplastic process and the Ca 19-9 level was not elevated, therefore surgery was not performed. Three months after the development of the initial symptoms endosonography was performed which visualized the process, but the results of endoscopic brush cytology were negative. Because of the unambiguous clinical signs surgery was again recommended, but at that time the patient refused the operation. The biliary stent had to be replaced 4 times within one year because of repeated occlusion and/or migration. Therefore a wallstent implantation was performed. Since the intervention, the patient had no pain and gained weight, but the progressive growth of the pancreatic mass decreases the chance for a successful surgical intervention. **Conclusion:** If obvious signs of pancreatic head neoplasia are present during ERCP, exploration of the pancreas or, if necessary, surgical intervention should be performed even in the absence of CT or MRI signs.

179.

THE PRICE OF SURGERY FOR WEIGHT REDUCTION-GASTROINTESTINAL BLEEDING OF UNKNOWN ORIGIN

Szamosi T.¹, Rábai K.¹, Czeglédi Z.¹, Nagy Z.², Salamon F.³, Vörös A.⁴, Banai J.¹ Dept. of Gastroenterology, National Medical Center, Budapest, Hungary ¹, Dept. of Nuclear Medicine, National Medical Center, Budapest, Hungary ², Dept. of Pathology, National Medical Center, Budapest, Hungary ³, Dept. of Surgery, National Medical Center, Budapest, Hungary ⁴

We report the case of a 52 years old man who had diabetes mellitus, hypertension, hypothyroidism, depression and severe obesity in his history. In 2001 he underwent a successful surgical approach for severe obesity abroad. The details of the performed operation were unknown at the time of our examinations. Since 2004 sideropenic anemia was recognized, but no further examinations were performed. In 2006 acute, severe gastrointestinal bleeding occurred. Gastroscopy and colonoscopy could not reveal the source of the bleeding. During jejunoscopy an entero-enteral anastomosis could be seen. A lesion of the anastomosis was suggested as the cause of the bleeding. Urgent reconstruction of the anastomosis was performed. For the prevention of postoperative pulmonary embolism oral anticoagulant treatment was introduced. Despite the surgical approach the bleeding could not be stopped, the patient was admitted to our ward for further investigations. There was a huge discrepancy between the amount of transfusions needed by the patient and his slightly positive fecal blood test. Neither melena nor hematochezia could be seen. Repeated gastroscopy, colonoscopy, jejunoscopy and abdominal ultrasound could not identify the source of the bleeding. Tc-labelled red blood cell scintigraphy was performed which proved acute bleeding in the region of the duodenum. Abdominal CT showed a thickening of the wall of the duodenum. The patient underwent laparotomy, which revealed an anatomy identical to an atypical Roux-en-Y gastric bypass surgery with a nearly 1 meter long, blind small bowel segment. The cause of the bleeding was a chronic ulceration of the blind stomach wall invaginated into the duodenum. Malignancy could not be proven by histological evaluation. Antrum resection was performed. No further bleeding was recognized inspite of continuous anticoagulant treatment.

178.

BÜRGER KÓR A CROHN BETEGSÉG DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN- EGY KÖZÉPKORÚ NŐ ESETE

Szakács A.¹, Takács R.², Németh T.³, Hamvas J.⁴, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest ¹, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest ², Patológia,Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest ³, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest ⁴,

Bevezetés: A Crohn betegség diganozisa összetett, localisatio, transmuralis jelleg, ismeretlen etiológia, genetikai praedispositio, szövettani lelet és a klinikai kép alapján történik. Esetismertetés: H-né O.E.(54 é nő), távoli anamnesisében hipertonia, appendectomia, ventricularis ulcus, GERD, gastroduodenitis, mammatumor miatti lumpectomia, majd kemoterápia, cholecystectomy, atherosclerosis, myocardialis infarctus. Észlelésünk kezdetén acut has miatti exploratio-jobb colon, term. ileum necrosis miatt ileotransversostomia, később colonosopia során 30 cm-nél polypectomiás mintából diagnosztizált inflamált tubularis adenoma szerezep. Makroszkópos kép alapján szövettani minta felvetette Crohn betegség lehetőségét.7 hónapja fennálló görcsös hasi fájdalom, puffadás, hányinger, jelentős fogyás miatt került felvételre. Colonosopia:ileotransversostomia nyílása beszűkült, gyulladt, hisztológia:malignitás nélküli exulceratio. CT enteroclysis tágabb, megvastagodott falú coecumot és colon ascendenst írt le, a cseplesz gyulladásával. Ekkor eddigi terápiát (ciprofloxacine, metronidazole, mesalazine) szteroiddal és azathioprineel egészítettük ki, jejunális táplálást kezdtünk. Ismételt hospitalisatiojra alhasi görcsök fokozódása, hasmenés miatt került sor.Natív hasi RTG a köldök magasságában bal oldalon mérsékelt gázos, nívó nélküli vékonybélkacsot véleményezett. Passage vizsgálat a terminalis ileumnak megfelelően kb. 10 cm hosszúságú merevebb, beszűkült bélszakaszt írt le. Colonosopia során változatlan statust találtunk, szövettan sem Crohn betegséget, sem malignitást nem igazolt. Insufficiens gyógyszeres kezelés miatt jobb oldali haemicolectomia történt. A resectum hisztológia Bürger kórt igazolt. Retrospectív elemelve a korábbi fellángolás is a Bürger kór splanchnicus manifesztációja volt. A beteg a műtét óta panaszmentes, közel 20 kg-ot hízott. **Következtetés:**A Bürger kór ritka, autoimmun, főleg a végtagokat érintő betegség. Terápia resistsens dohányzó betegekben gondolni kell a Crohn betegséget utánzó intestinalis előfordulására is. Diagnosztikájában kimeten fontos a specifikus szövettani feldolgozás szerepe.

180.

MEASUREMENT OF VISCERAL FAT THICKNESS BY ULTRASOUND AND COMPARISON WITH VISCERAL FAT AREA DETERMINATIONS

Szebeni Á.¹, Halmy L.² Ultrasound Laboratory, MI Central Hospital, Budakeszi Str., Budapest, Hungary¹, Hypertonia Decentrum, MI Central Hospital, Budakeszi Str., Budapest, Hungary ²

Introduction: Visceral fat quantity is an important factor in the prediction of the cardiovascular risk of obesity. The „gold standard” of its measurement is the determination by CT. However, the exposure to ionizing radiation, high cost and low availability put limits to the routine use of CT for this purpose. Ultrasonography (US) is a simple, readily available, low-cost method for the measurement of visceral fat thickness (VFT) which correlates well with the CT data, according to the literature. Another simple and available method is the bioimpedance measurement of visceral fat area (VFA). **Purpose:** Comparison of VFT and VFA measurements and further study of correlations between VFT and US attenuation of the liver, subcutaneous fat thickness (SCF), body mass index (BMI) and serum lipid data. **Material and methods:** Number of patients: 201 (85 males, 116 females), mean age 44.1 yrs. The US examinations were done by using a B-K Medical Hawk 2102 EXL scanner, the bioimpedance measurements were made by Biospace InBody 720 body composition analyser. **Results:** The mean VFT values increase parallel with BMI: in patients with BMI<25, 13±4.5 cm; 25≤BMI<29.9, 25.1±3.6 cm; 30≤BMI<39.9, 41.3±6.2 cm and BMI≥40, 81.9±22.9 cm. Significant correlations (p<0.001) were found between VFT and VFA, BMI, SCF and some other parameters. On the other hand, no correlations were found between VFT and the liver attenuation and lipid values. **Conclusions:** On the basis of our studies it can be concluded that A) VFT and VFA values correlate significantly; B) US measurement of VFT is suitable for determination of abdominal fat quantity; C) The presence of fatty liver disease associated with high US attenuation values is not conclusively connected with increase of visceral fat.

181.

MUCOSAL EXPRESSION OF TOLL-LIKE RECEPTOR (TLR) 2 AND TLR4 IN TREATED COELIAC DISEASE

Szebeni B.¹, Veres G.¹, Dezsőfi A.¹, Vannay Á.², Vársárhelyi B.³, Korponay-Szabó I.⁴, Arató A.¹ ¹st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, Szentágothai Knowledge Centre, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², Research Group for Pediatrics and Nephrology, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary ³, Dept. of Gastroenterology-Nephrology, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary ⁴

Background: The dysregulation of adaptive immunity has been extensively investigated in coeliac disease (CD). Recent data also suggest, however, the implication of innate immunity in CD. Toll-like receptors (TLRs) play a central role in the initiation or maintenance of innate immune responses. Previously we have found higher TLR2 and TLR4 mRNA expression and protein levels in the duodenal mucosa of children with untreated CD than in controls. **Aim:** The aim of this study was to characterise the expression of TLR2, TLR3 and TLR4 in duodenal biopsy samples taken from children with treated CD compared to untreated CD and controls. **Patients and methods:** Duodenal biopsy specimens were collected from 9 children with treated CD, 16 children with untreated CD and 10 controls. The mRNA expression of TLR2, TLR3 and TLR4 was determined by semi-quantitative reverse transcription- polymerase chain reaction (RT-PCR). Protein level of TLRs was determined by Western Blot. **Results:** We found even higher TLR2 and TLR4 mRNA expression and protein levels in the duodenal mucosa of children with treated CD than in untreated CD and controls ($p < 0.001$ for all comparisons). TLR3 mRNA expression was increased in the duodenal mucosa of children with treated CD compared to untreated CD and controls ($p < 0.001$ for both comparisons). We were able to detect TLR3 protein only in biopsy specimens of treated CD patients. **Conclusions:** Our results of increased expression of TLR2 and TLR4 even in treated CD may indicate the primary role of these pattern recognition receptors in the pathogenesis of CD.

183.

ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF SMALL GASTRIC AND RECTAL LATERALLY SPREADING DYSPLASTIC ADENOMAS – INITIAL EXPERIENCES

Székely A.¹, Fejes R.¹, Tihanyi Z.², Szilágyi A.³, Altorjay Á.², Madácsy L.¹ ¹st Dept. of Internal Medicine, St. György County Hospital and OMCH, Endoscopy Lab, Székesfehérvár, Hungary ¹, Dept. of Surgery, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ², Dept. of Pathology, St. György County Hospital, Székesfehérvár, Hungary ³

Introduction: Endoscopic submucosal dissection (ESD) has been developed for en-block, complete resection of laterally spreading, sessile adenomas and intramucosal cancers in the esophagus, stomach and colon. Newly developed mucosectomy knives made by the Olympus are now available on the market. Our endoscopic lab had the privilege to invent these techniques, and the **aim** was to report our initial experiences. **Patients and methods:** ESD has been performed in two consecutive elderly patients (pts) until now. The first pt had a small (1 cm), sessile adenoma with high grade dysplasia in the pylorus. The second pt had a small (1.5 cm), laterally spreading adenoma of the rectum with medium grade dysplasia. Before ESD, both pts had multiple biopsies and endoscopic ultrasound (EUS) of the lesion. The mucosa was elevated by submucosal injection with a 1:2:1 mixture of sodium hyaluronate, glycerol (10% glycerine + 0.9% NaCl) and 10% glucose. 1 ml of adrenaline and indigo carmine was also added, and about 20 ml was applied for each procedure. After mucosal incision with flex knife and hook knife (60 W), then a submucosal dissection was performed with insulated tip (IT) knife (40 W). Bleeding was controlled with a coagulation forceps and repeated hemoclipping application. **Results:** No submucosal invasion was predicted by EUS. Successful ESD was completed in both pts, but only in piecemeal fashion. Mean procedural time was 140 min. Bleeding was controlled by hemoclipping application. No late complication occurred. Histology documented the optimal level of the dissection and the lack of submucosal invasion in both cases. 3 and 6 months follow-up endoscopy with biopsy are planned and ongoing. **Conclusion:** Laterally spreading adenomas are obvious indications for ESD to achieve optimal therapy and reliable histological evaluation, but the technique is difficult and time-consuming, that requires highly specialized endoscopic skills and accessories.

182.

MALIGNUS OBSTRUCTIV EPEÚTI KÓRKÉPEK PALLIATIV KEZELÉSE ÖNTÁGULÓS FÉMSTENTEK ALKALMAZÁSÁVAL: TAPASZTALATAINK 72 ESET KAPCSÁN .AT

Szegedi L., Kósa I., Gál I., Kovács J., G Kiss G., Debrecen Kenézy Gyula Kórház II sz Belgyógyászat-Gastroenterologia

Bevezetés: Az utóbbi években az öntágulós fémstentek használata jelentős előrelépést jelent az epeúti obstrukciót okozó malignus betegségek palliatív ellátásában. Bár ezen stentek költségigénye relative magasabb, a hosszútávú eredmények lényegesen jobbak, mint a korábban rendszeresen alkalmazott plastic stentek esetén volt.

Célok és módszerek: Retrospektív tanulmányunkban kórházunk endoscopus centrumában és gastroenterológiai osztályán 2004 január és 2007 február közötti időszakban 72 beteget (44 nő és 28 férfi, átlagéletkor 72,2 év) kezeltünk malignus epeúti obstrukció miatt fedett és fedetlen öntágulós fémstenttel. Az elzáródás típusa az esetek 2/3-ban distális (Vater papilla régió, ductus choledochus) 1/3-ban pedig proximális (ductus hepaticus communis, hilus) lokalizációjú volt .

Eredmények : A betegek jelentős részénél hosszabb távu követésre is lehetőség nyílt . Az átlagos túlélési idő 6 hónap volt . Az icterus az esetek többségében jelentős mértékben csökkent illetve megszűnt néhány napon belül. Szövődmények közül a stent migratiót, stent occlusiót, következményes cholecystitist, cholangitist és pancreatitist regisztráltuk.

Következtetés: A súlyos malignus epeúti obstrukciót okozó betegségekben a korszerű öntágulós fémstentek használata gyakorlott endoscopus szakember által technikailag relative egyszerű, nyílt hasi műtét igénye nélkül kivitelezhető, effektív módszer. Legfőbb előnyei közé az alacsony szövődménymértéke és a betegek életminőségében elérhető nagymértékű javulás tartoznak.

184.

DIFFERENCES IN HCO₃⁻/CO₂ PERMEABILITIES AT THE APICAL AND BASOLATERAL MEMBRANES OF CYSTIC FIBROSIS HUMAN PANCREATIC DUCT CELLS

Székely C.¹, Rakonczay Jr Z.¹, Fearn A.², Hegyi P.¹, Boros I.³, Takács T.¹, Lonovics J.¹, A. Gray M.², E. Argent B.² ¹st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Institute for Cell and Molecular Biosciences, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, U.K. ², Hungarian Academy of Sciences, Biological Research Center, Institute of Biochemistry, Szeged, Hungary ³

Introduction: Pancreatic duct cells secrete an alkaline, HCO₃⁻ rich fluid, and this process is markedly reduced in cystic fibrosis (CF). Investigations of the H⁺ and HCO₃⁻ transporters involved in ductal HCO₃⁻ secretion have been performed mainly on animal tissue. The **aim** of this study was to characterize the HCO₃⁻/CO₂ permeabilities and acid/base transporters in polarised CFPAC-1 human pancreatic duct cells (derived from a CF patient). **Methods:** CFPAC-1 cells grown on Transwells were loaded with the pH sensitive fluorescent dye BCECF, and mounted into a perfusion chamber, which allowed the simultaneous perfusion of different solutions to the basolateral and apical membranes. Transmembrane acid/base flux was calculated from changes in intracellular pH and the buffering capacity of the cells. **Results:** The apical membrane of the cells was freely permeable to CO₂, but did not allow HCO₃⁻ influx from the lumen. In contrast, the basolateral membrane had transporters that promoted rapid HCO₃⁻ entry into the cells. Furthermore, our data suggest the functional presence of Na⁺/H⁺ exchangers (NHE) on both the apical and basolateral membranes, and Cl⁻/HCO₃⁻ exchanger (AE) and Na⁺/HCO₃⁻ M amiloride-sensitized transporter (pNBC) activities on the basolateral membrane. 300 completely blocked NHEs on both membranes of the cells. Basolateral HCO₃⁻ uptake was sensitive to variations of extracellular K⁺ concentration and blocked by the anion transport inhibitor H2-DIDS. The application of the membrane permeable carbonic anhydrase inhibitor, acetazolamide, partially decreased the rate of apical and basolateral acid flux and base flux, respectively. RT-PCR revealed the expression of pNBC1, AE2 and NHE1 mRNA. **Conclusions:** These data suggest that polarised CFPAC-1 human pancreatic duct cells exhibit a differential permeability to HCO₃⁻/CO₂ at the apical and basolateral membranes and will be a useful model for studying acid/base transporters in CF. Supported by The Wellcome Trust, OTKA (PF63951), ETT (517/2006) and MTA (BO 00218/06).

185.

INFERIOR VENA CAVA THROMBOSIS EXAMINED BY THREE-DIMENSIONAL AND COLOR-DOPPLER ULTRASOUND

Székely G., Szilvás Á., Futó Á., Dept of Gastroenterology, St. János Hospital, Budapest, Hungary

Background: Complex symptoms of venous caval thrombosis are often missing. Abdominal Doppler US is the proper non-invasive method to demonstrate it in early stage. The cause of the mechanical obstruction of vena cava or major hepatic veins are mainly coagulopathy and tumors. Oncologic chemotherapy can also be the origin of thrombosis. **Patients and methods:** 48 year old female patient was admitted to another hospital's department because of ascites and abdominal pain. In her history she was operated for adrenocortical oncocytoma adenoma of the adrenal gland, which was diagnosed as a semimalignant tumor. After a year she observed oedema of the lower leg, along with ascites. The 2D and color Doppler US examination showed an irregular mass in the inferior vena cava. CT and MR examination suspected a tumor-like mass in the retroperitoneum. **Results:** The patient had a high risk of pulmonary embolisation, therefore a diagnostic laparotomy was carried out, which did not prove the retroperitoneal tumor. After the operation the patient was admitted to our gastroenterology department, where we confirmed to her. The three-dimensional color-Doppler US showed the thrombus not only in the inferior vena cava but also in the hepatic veins. We requested a PET-CT examination, which showed it to be a metastatic tumor. A second operation was carried out and the adrenal gland tumor metastasis was successfully resected. **Conclusion:** The proper preoperative examination with 3D ultrasound can prove the cause of inferior vena cava thrombosis, which could be essential for the diagnostic and therapeutic method of choice. Our patient could have been prevented the diagnostic laparotomy.

187.

NATURAL SUPPLEMENTARY TREATMENT AND ELEMENT CONTENT IN ERYTHROCYTES OF PATIENTS WITH MODERATELY ACTIVE ULCERATIVE COLITIS

Szentmihályi K.¹, Kovács Á.², Rapavi E.³, Váli L.³, Blázovics A.³ Institute of Materials and Environmental Chemistry, CRC of the HAS, Budapest, Hungary¹, Dept. of Gastroenterology, Péterfy Hospital, Budapest, Hungary², 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Objective: Besides several other symptoms, metal ion and antioxidant deficiencies may also characterize ulcerative colitis (UC). For supplementary treatment, black radish-containing remedy (Raphacol bile granule with vitamins A, E, C, polyphenols and isothiocyanate content) was applied to moderate activity UC patients to estimate its effect on the element status. **Patients:** 15 Caucasian volunteers, 25 moderate severity UC patients with therapy recommended by WHO and 25 patients treated with Raphacol bile granule (0.2 g/day for 6 months) were studied. **Method:** Element content (Al, Ca, Cu, Fe, Mg, Mn, P, S and Zn) in erythrocytes of patients were determined with inductively coupled plasma atomic emission spectrometer (ICP-AES). **Results and conclusions:** Ca, Fe and Zn concentration decreased significantly in erythrocytes of UC patients (24.38 ± 11.00 ; 415.0 ± 87.6 ; 10.86 ± 4.37 micromol/l, respectively) compared to controls (69.25 ± 21.00 ; 535.5 ± 69.1 ; 16.67 ± 3.34 micromol/l, respectively). Significantly increased Cu (0.551 ± 0.380 micromol/l), Fe (534.6 ± 23.1 micromol/l), Mg (63.41 ± 11.19 micromol/l) and P (1089.0 ± 104.2 micromol/l) concentration were observed in erythrocytes after six month of Raphacol granule treatment. **Conclusion:** The small amount of black radish treatment for six months was favorable for element content in erythrocytes of patients with moderately active UC. This effect may be connected to the local antioxidant effect of the bioactive agents and the increased element absorption. The work was supported by ETT 012/2006, NKFP-1B 047/2004, NKFP-1/A/005/2004.

186.

A COLORECTALIS CARCINOMA EGYÉNRE SZABOTT KEZELÉSÉT ORIENTÁLÓ MICROSATELLITA INSTABILITÁS-EGY ELÉRHETŐ LEHETŐSÉG

Szenes M.¹, Gasztonyi B.¹, Völgyi Z.¹, Bali O.², Ruzsa Á.³, Vattay P.⁴ II. Belgyógyászat, ZMK, Zalaegerszeg¹, Patológia, ZMK, Zalaegerszeg², Onkológia, ZMK, Zalaegerszeg³, Sebészet, ZMK, Zalaegerszeg⁴

Bevezetés - A colorectalis carcinoma (CRC) egyénre szabott gyógykezelése során a nagy gyakoriságú (magas szintű) microsatellita instabilitást (MSI-H) jó prognosztikai faktorként értékeljük.

Betegek és Módszerek - A szerzők 44 férfi (átlagéletkor $68,91 \pm 9,89$ év) és 19 nő (átlagéletkor $69,23 \pm 15,39$) adatait dolgozták fel, akiknél a Zala Megyei Kórházban 2006.03.01.-10.31. között CRC-t diagnosztizáltak. Áttekintésre kerültek a kockázati tényezők, az egyénre szabott kezelést irányító prognosztikai faktorok. A jelzett időpontban a vizsgált betegeknel rutinszerűen történt MSI immunhisztokémiai diagnosztika, MSH2, MLH1 fehérjével.

Eredmények - A CRC-re hajlamosító tényezők közül a rossz táplálkozási szokások mutatkoztak meg a vizsgált betegek körében. A daganatok fele Dukes B2 (T4N0M0) stádiumban került felfedezésre, férfi dominanciával. Három betegnél igazolódott MSI-H jobb colonféli tumor esetén.

Következtetések - Az irodalmi adatoktól eltérően a beteganyagban kisebb számban fordult elő a minden stádiumban kedvezőbb lefolyású MSI daganat. Az MSI-H rutinszerű vizsgálatával mód nyílt az egyénre szabott terápia optimális megválasztására.

188.

DIAGNOSTIC ACCURACY OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY (EUS) IN THE UPPER GI TRACT AT THE BEGINNING OF THE LEARNING-CURVE

Szepes A., Szepes Z., Lénárt Z., Rosztóczy A., Molnár T., Nagy F., Lonovics J., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

The **introduction** of a new diagnostic method is always a challenge. Although EUS is one of the most difficult diagnostic tools in gastroenterology it became indispensable in the last decade. In Hungary the education of EUS is not organized. We tried to eliminate the lack of a senior endosonographer by close cooperation between the examiners, who are all trainees in this field, but are well-trained endoscopists and experienced ultrasonographers. In the first two months 25 **patients** (pt) were referred to the EUS laboratory because of upper GI lesions, detected by the endoscopic unit of the department. The examinations were performed by six endoscopists, who are all beginners in this field, but have 5-32 (avg 14.8) years of practice in endoscopy and even more experience in abdominal ultrasonography. All final reports of EUS were given as a result of a consensus of 2-4 trainees. The diagnostic accuracy of the final reports was detected as a result of the findings evaluated by surgery, CT/MR scans or histology. 23 EUS **results** could be assessed. All of the 8 suspected benign lesions were proven by multiple biopsies after EUS. Histology revealed complete removal with endoscopic mucosectomy of all 4 lesions (3 polyps + a Barrett's dysplasia). The staging with CT/MR scans of 2 gastric lymphomas gave the same results as the EUS. We examined 9 upper GI malignancies: the staging was correct in 5 pts (compared to the surgery), but we over-interpreted two pts. We did not find the surgically and CT-proven liver metastases in one pt, and in another pt there was N2 lymph node metastasis and we suspected N1 (both had gastric tumour). **Conclusion:** The authors can not advise to follow this method, but in our special situation the tight cooperation between the 'experienced trainees' seems to be sufficient so far. Although these early data suggest that 'consensus results' of the EUS in the upper GI tract seems to be relatively safe, the education and training programs are still lacking in Hungary. This gap must be resolved as soon as possible to avoid misleading results.

189.

CLINICAL FEATURES AND PATHOGENESIS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE-ASSOCIATED INTESTINAL CANCER

Szepes Z.¹, Németh I.², Molnár T.¹, Nagy F.¹, Tiszlavicz L.², Lonovics J.¹ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institute of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction: Patients with inflammatory bowel disease (IBD) [ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD)] are at an increased risk of developing colorectal cancer (CRC). The risk factors are the duration of the disease, extensive colitis, chronic stenosis, primary sclerosing cholangitis and a family history of CRC. The prevalence, the risk factors, the clinical features and the molecular pathogenetic alterations of IBD-associated intestinal carcinoma were examined in a cohort of patients with IBD from a well-defined East-Hungarian geographical area. **Methods:** 14 patients with IBD-associated intestinal cancer (10 with UC and 4 with CD; 13 with CRC and 1 with small bowel cancer) were evaluated at the University of Szeged between 1987 and 2005. Medical records were reviewed for endoscopic and histologic characteristics and for clinical phenotypes. The following parameters were investigated by a tissue microarray technique in the tumor and in auto control healthy tissues: the grade of differentiation, the lymphovascular invasion, the perineural spread, peritumor inflammation, necrosis, the desmoplastic reaction and the gene expression profiles of p53, MLH1, MSH2, β -catenin, PTEN, APC, K-ras, Cox-2, NOS, NF κ B and VEGF. **Results:** The prevalence of IBD-associated intestinal cancer among all CD and UC patients during the examined period was 0.015%. The median age at diagnosis of the IBD-related intestinal cancer cases was 56 years; the median duration was 23.7 years. The main risk factors were chronic activity, extension of the disease and a positive familial anamnesis for CRC. 8/14 of the IBD-related tumors were distal to the splenic flexure. The inflammatory markers were positive in all tumors. The molecular alterations found in IBD-associated cancers involved the same targets as in sporadic CRC. **Conclusion:** Chronic uncontrolled inflammation leads to neoplastic transformation of the main molecular pathways of colon carcinogenesis in IBD patients. Thus, the central question of carcinoma prevention in IBD is the continuous control of inflammation throughout the gastrointestinal tract.

191.

POSZTOPERATIV PET/CT VIZSGÁLAT GIST TUMOROS BETEGEKBEN

Szilvási I.¹, Moravszki M.¹, Lengyel Z.³, Szakáll S.³, Pápai Z.², Országos Gyógyintézeti Központ, Nukleáris Medicina Osztály¹, Országos Gyógyintézeti Központ, Onkológiai Osztály², Pozitron Diagnosztika Kft.³

Cél: A PET/CT vizsgálat szerepének meghatározása a gastrointestinalis stromális tumor (GIST) posztoperatív vizsgálatában.

Beteganyag és módszer: Összesen 20 szövettanilag igazolt GIST tumoros beteg posztoperatív PET/CT vizsgálatát és klinikai adatait dolgoztuk fel retrospektív módon. A teljes-test PET vizsgálatot 250-370 MBq F-18-fluorodeoxiglükóz iv. beadását követően PET/CT készülékkel (Siemens Biograph) végeztük un. low-dose CT üzemmódban. Az előzetes klinikai és radiológiai vizsgálatok alapján 16 betegben lokális recidiva és/vagy lokoregionális/távoli áttét nem volt kimutatható, 4 betegben igen.

Eredmények: A 16 tumormentesnek vélt beteg közül 5 esetben recidiva és/vagy metastasis igazolódott a PET/CT vizsgálatnál. A körlefolys alapján mind az öt esetben a PET/CT lelete igaz pozitívnak bizonyult. A 4 lokális recidiva/metasztázis gyanújával végzett vizsgálat közül 2 esetben a PET/CT vizsgálat tumorszövetet nem mutatott, bár a tumoros állapot mind a négy esetben igazolódott. Azaz az összesen 9 tumoros beteg közül a PET/CT 7 esetben volt pozitív, álpozitív leletet pedig nem kaptunk.

Következtetések: A GIST tumorok FDG dúsitása különböző. Kis létszámú beteganyagunk vizsgálata alapján a módszer nagy fajlagosságú és a radiológiai módszerekhez képest érzékenyebb a lokális recidiva/metasztázis kimutatásában. Ennek az a jelentősége, hogy a PET/CT objektív lehetőséget nyújt az FDG-t dúsitó GIST tumorok posztoperatív immunoterápiája sikerességének vizsgálatára. Ezért az FDG-PET vizsgálat a GIST tumoros betegek műtete után indokolt.

190.

SPONTANEOUS AND ARTEFICIAL PORTOSYSTEMIC SHUNTS DETECTED BY THREE-DIMENSIONAL ULTRASONOGRAPHY

Szilvás Á., Székely G., Nemesánszky E., 1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, St. János Hospital, Budapest, Hungary

Introduction: Portal hypertension has different causes that can be detected by different ultrasonographic methods such as color Doppler and duplex sonography. Ultrasonography can distinguish the different types of liver diseases by measuring the portal vein diameter, the velocity of the portal flow and by detecting the collaterals and the status of the liver. **Aim** of the study: In portal hypertension the spontaneously recanalized or hypertrophied vessels can form a direct or indirect connection between the portal vein and vena cava or the vessels. There is a high degree of variability. The different types of shunts are well known. The aim of the study is to prove the usefulness of the three-dimensional (3D) ultrasonography in the detection of the different types of liver diseases caused by portal hypertension. **Patients and methods:** The first case is a pregnant woman who was examined because of jaundice and abdominal pain. Elevated liver enzymes and low platelet counts were detected. Hepatomegaly with onhomogeneous liver structure and portal hypertension signs were detected by Doppler examination and by 2D and 3D ultrasonography. These signs together with the clinical picture proved the HELPP syndrome. The second case is a follow up examination of a patient with portal hypertension cured by TIPS. TIPS is a shunt between the hepatic vein and branch of the portal vein that is stabilized with a metallic stent. Technical complications are known, with stenosis being a common one, and it occurred in 50% of the patients. The TIPS in our patient has been followed up by US features 2D, 3D and Doppler examinations during seven years and until now we have not detected any complications, such as occlusion. The 3D US could help in detecting the position of the shunts. **Conclusions:** The abdominal 3D US method is useful in the early diagnosis of HELPP syndrome based also on the clinical and laboratory signs. This method provides valuable help in deciding on the right therapy, and it is also useful for follow up.

192.

PERCUTAN ENDOSZKÓPOS GASZTROSZTÓMA KÜLÖNLEGES ESETEI

Szolykóné Szaszko Z.¹, Szigeti N.¹, Fábán G.¹, Lujber L.², PTE ÁOK II. sz.Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum¹, PTE ÁOK Fül-orr-gégészeti Klinika²

A percutan endoszkópos gasztrosztóma (PEG) az enterális táplálás lehetőségét jelentheti olyan esetekben, amikor a beteg per orális táplálékbevitelle nem megoldható. Klinikánk endoszkópos laboratóriumában tíz év óta foglalkozunk PEG-behelyezéssel, ez alatt az idő alatt 376 esetben ültettük be ezt a fajta tápszondát. A leggyakoribb indikációt a fül-orr-gégészeti eltérések jelentik. Előadásunkban két beteg speciális helyzetben történt tápszonda behelyezését mutatjuk be.

P.I. 58 éves férfibetegnél 2004-ben derült fény környéki nyirokcsomó metasztázis adó hypopharynx tumorára, mely miatt radioterápiában részesült, majd 2006-ban totál laryngectomia, parciális pharyngectomia, jobb oldali hemithyreoidectomia történt. Varrateltelenség miatt pharyngocutan fistula alakult ki, mely konzervatív kezelésre nem gyógyult, ezért műtéti zárásra kényszerültek. Ennek során a pharyngocutan fistulán keresztül felső endoszkópos vizsgálat történt PEG-behelyezéssel, melyet rövid videóbemutatóval szeretnénk demonstrálni. A műtéti zárás sikeresnek bizonyult, fél év múlva a PEG eltávolítására is sor kerülhetett.

T.J-né 85 éves nőbetegnek 1996-ban nyelvgyöki tumor miatt radioterápia, majd 1997-ben tumor excisio történt jobb oldali radikális nyaki block dissectióval, mandibula resectióval. Ezt követően nyelési nehezítettség miatt PEG-behelyezésre volt szükség, melyet klinikánkon ezidáig négy alkalommal cseréltünk. 2006-ban a primaer tumor hege területén a műszert nem tudtuk már levezetni, ezért a gastrostomás fistulán át juttattuk a gyomorba, majd egy újabb metszést ejtve helyeztük be a szondát. Beavatkozásunkat rövid videóbemutatóval szeretnénk bemutatni.

Két esetünk bemutatásával azt demonstráljuk, hogy az utóbbi időben rutin beavatkozássá vált PEG-behelyezés speciális helyzetekben is elvégezhető.

193.

PREDICTION OF GASTRIC EROSION COMPLICATIONS IN UREMIC DIABETIC PATIENTS USING MULTIGENE DNA SEQUENCING ARRAYS

Szöke D.¹, Mándy Y.², Szabó A.³, Berta K.⁴, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹
²nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary
¹, Dept. of Microbiology, University of Szeged, Faculty of Medicine, Szeged, Hungary
², 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary
³, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Background, aims: Genetic polymorphisms of angiogenesis, steroid hormone receptor, inflammatory cascade, apoptosis controlling genes can influence the gastric erosive complications of diabetic uremic patients. Parallel evaluation of multiple genetic polymorphism became available with the development of DNA sequencing arrays. We aimed to develop a 17 gene, 17561 nucleotide sequencing array for genetic prediction of these complications. **Methods:** DNA was isolated from 10 ml peripheral blood of 40 non uremic diabetic and 40 uremic diabetic patients 37 among them with gastric erosive complications. An Affymetrix DNA sequencing array was developed containing altogether 45 PCR products for 17560 base pairs from the following genes: CYP17, glucocorticoid receptor gene, HSD3B1, HSD11B2, TNF α , IL-1 β , IL-4R α , IL-6, IL-8, HSP70, APOB100, ApoE, Cholesteryl Ester Transfer Protein, P53, D-vitamin receptor, VEGF, Galectin 1. Confirmatory analysis was performed for 3 known polymorphisms by SSCP, for 3 other ones by RFLP and for 4 polymorphisms by capillary sequencing. Prediction analysis was performed using the Bayes statistical methods for correlation prediction in the R program package. **Results:** The correlation between the DNA sequencing array results and the confirmatory methods was 98.7 % compared to SSCP, 97.1 % to RFLP and 99.1 % for capillary sequencing. Considering the odds ratio of >1 and 95% confidence interval genetic polymorphisms of the following genes were found to be predictive between the uremic and non-uremic group ApoE (pos. 63), P53 (pos 150), HSP70 (pos.1631), IL1(pos. 191), TNF(90) and VEGF(128). In relation to the gastric erosive complaints the p53 exon 10, pos. 150 polymorphism was found to be highly predictive, as confirmed by the capillary sequencing method, as well. **Conclusions:** DNA sequencing arrays can contribute to multiparameter, multilocus genetic analysis yielding highly correlating results with the single parameter methods. P53 gene polymorphism is highly correlated to the development of gastric erosions in diabetic, uremic patients.

195.

ÚJ MÓDSZER A ZSÍRSÁV-OXIDÁCIÓ ZAVARAINAK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Szőnyi L., Jávorszky E., Dezsőfi A., Takáts Z., Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekklinika, Budapest

Bevezetés: A tömegspektrográf klinikai gyakorlatba történő bevezetésével számos örökklődő anyagcsere-betegség diagnosztikájára nyílt lehetőség. Ezek közé a kórképek közé tartoznak a zsírsav-oxidáció zavarai. Jelenlegi ismereteink szerint közel 20 betegség tartozik ide, ezért noha az egyes kórképek viszonylag ritkák, előfordulásukkal számolni kell. Hazai gyakoriságról pontos adatunk nincs, mert eddig lehetőségeink korlátozottak voltak a kórisme felállítására. A klinikai tünetek súlyosságának spektruma széles. A betegségekre jellemző az éhezést vagy betegséget követően kialakuló encephalopathia (mely okozhat irreverzibilis idegrendszeri károsodást), cardiomyopathia, rhabdomyolysis, hirtelen halál. Az első klinikai tünet számos esetben felnőttkorban jelentkezik, de a genetikai hibát hordozók egy része életük végéig tünetmentesek maradhatnak. A kórkép felismerése fontos, mert megfelelő diétával, gyógyszer adásával kezelhető. Különleges formája a kórképnek, mikor a magzat betegsége okoz az anyában akut terhességi zsírmáját vagy HELPP (hypertonia, emelkedett szérumszint, terheséráz aktivitás, alacsony thrombocytaszám) szindrómát.

Módszer: A vizsgálat az örökklődő anyagcsere-betegségek újszülöttkori szűrésben használatos szűrőpapírra cseppentett beszárított vérből elvégezhető.

Eredmények: Az I. Sz. Gyermekklinika anyagcsere laboratóriumában két beteg esetében sikerült igazolni zsírsav-oxidáció zavart 2006-ban.

Következtetés: A következő esetekben javasolt a vizsgálat elvégzése: terhelő anamnézisű családok gyermekeiben, ismeretlen okú hypoglikémia, ismeretlen okú encephalopathia, ismeretlen okú cardiomyopathia, ismeretlen okú visszatérő rhabdomyolysis, hirtelen halál súlyos zsírmájjal, az újszülött vizsgálata terhességi akut zsírmáj vagy HELPP szindróma esetén.

A munka az ETT 55065/2006 támogatásával történt

194.

APOPTOSIS DURING THE SALIVARY GLAND ENLARGEMENT

Szöke E.¹, Boros I.¹, Tollas Ö.², Fehér E.³, Zelles T.¹ Dept. of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Clinic of Prosthetic Dentistry, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Dept. of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background: A close relationship between cell proliferation and subsequent apoptosis has been established in several organs and tissues. The **aim** of the present study was to investigate whether there is an increased apoptotic activity in the hypertrophy/hyperplasia of the rat parotid and submandibular glands induced by the β -agonist stimulation (isoproterenol, IPR) and soy feeding. In both experimental models hypertrophy and hyperplasia developed simultaneously. **Material and methods:** Female Wistar rats weighing 200-250g were used. The level of apoptosis was measured by the activity of caspase-3/7 (effector caspase) from the mitochondria-free supernatants of tissue homogenates using a chemiluminescent assay. **Results and conclusion:** Marked enlargement of the parotids were detected in both IPR-treated and soya fed animals but the same increase of submandibular gland weights were produced only by IPR. In enlarged glands the elevated level of apoptosis was demonstrated. The soy feeding failed to induce glandular enlargement and increased caspase-3/7 activity on submandibular glands. The mastication plays an important role in maintaining normal morphology and function of the salivary glands whereby increased mastication leads to hypertrophy of glands. The animals fed by raw soybean had to exert a higher chewing activity. To eliminate this effect subsequent experiment we used dry powder or powdered soy mixed with water. The data of this experiment confirmed the effect of mastication on the condition of salivary glands. At the same time our findings demonstrated that by switching off the higher masticatory activity it could not inhibit the effect of soy feeding on the parotid enlargement. In the investigated experimental models enlargement of the salivary glands and the increased level of the apoptosis seem to be coupled processes. Supported by: OTKA T-046511 and ETT-384, Hungary.

196.

EPINEPHRINE INJECTION PLUS HEMOCLIP PLACEMENT PROVIDE BETTER OUTCOMES AS COMPARED TO EPINEPHRINE INJECTION ALONE IN PATIENTS WITH HIGH-RISK BLEEDING GASTRIC ULCER

Szőnyi M., Rédei C., Tóth L., Zaja A., Szejkovszky Á., Pozsár J., Topa L., Dept. of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest, Hungary

Introduction: The frequency of gastric ulcer bleeding and the related morbidity and mortality have shown a stable figure for many years despite the use of various methods of endoscopic hemostasis. In high-risk bleeding ulcers local epinephrine injection and/or hemoclip placement to the exposed vessel are established methods for control bleeding and for prevent rebleeding. The **aim** of the present retrospective study is to compare the efficacy of epinephrine injection (Epi) alone and epinephrine injection +hemoclip placement (Epi+H) in the treatment of high-risk bleeding gastric ulcers. **Patients and methods:** During a three years period (2004 January-2006 December) 78 patients (mean age: 62ys, 66% male) with high-risk bleeding gastric ulcer were treated endoscopically with local Epi alone (n=62) and with Epi+H (n=16). The Forrest-class distribution (Forrest I/a:20%, I/b:23%, I/c:3%, II/a:54%), the frequency of comorbidity (89%) and the use of NSAIDs or anticoagulant (80%) did not differ significantly between the treatment groups. Outcome measures as mortality, rebleeding rates, and the need for surgery were compared between the two groups.

Results: Mortality rates were higher in patients treated by Epi (19%) as compared to the Epi+H group (6.3%), OR=1.2 95%CI(0.9-1.4), p=0.28. The rate of rebleeding was 28% in the Epi group and 19% in the Epi+H group [p=0.74, OR=1.0(0.8-1.3)]. Surgery was needed in 35% of pts in the Epi group as compared to 12.5% in the Epi+H group [p=0.12, OR=1.2(1.0-1.5)]. By multivariate analysis only rebleeding proved to be a significant predictor of mortality [p=0.001, OR=5.4(2.1-8.7)]. **Conclusion:** Although the differences in outcome measures were not statistically significant, the present results supports that the Epi+H may provide favorable outcomes of patients with high-risk bleeding gastric ulcers.

197.

DIAGNOSZTIKUS ZSÁKUTCÁK SZÖVETTANI LELET ALAPJÁN

Takács R.¹, Németh T.², Hamvas J.³, I.Berlgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹, Pathológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest², I.Berlgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest³.

Bevezetés: A Crohn- betegség az egész gastrointestinalis tractust és szervezetet érintő megbetegedés, mely gyakran nem típusos lokalizációban és tünetekkel jelentkezik.

Esetismertetés: K.CS.27 éves ffi beteg anamnesisében 2001-ben igazolt erosív reflux, 2002 -ben ismételt gasztroszkópia, ekkor duodenumban bulbusban polypoid laesiók, ERD. Duodenum biopszia hisztológiai vizsgálata Langerhans sejtes hisztiocytost (Hp negatív) igazolt. Inguinalis nyirokcsomó miatt mellkasi, hasi –kismencedei CT (lényegében negatív). Colonoscopy coecumban polypoid képletet írt le, szövettana aspecifikus gyulladást igazolt. Ismételt gasztroszkópia változatlan status. Passage jejunumban polypoid képletet igazolt. Onkológiai Intézetben kemoterápia volt tervezett, de ebbe nem egyezett bele. 2003 februártól 2006 márciusig 4x ismételt felső panendoscopy. A változatlan macroscopos kép, szövettani vizsgálatok gyulladással eltéréseket igazoltak. Visszatérő panaszok, tisztázatlan kórkép miatt 2006 szeptembertől kontroll vizsgálatokat végeztünk. Gasztroszkópia duodenumban pseudopolypoid laesiókat írt le, hisztológia gyulladást igazolt. Hasi UH vizsgálat negatív volt. Coeliakia serológia negatív. Keményítő terhelés lapos volt. CT enterographia vékonybelek területén eltérést nem igazolt, sigma és colon descendens területén submucosalis oedemat igazolt. Colonoscopy vizsgálat során coecumot szűkítő, distalisabban colon descendens és sigma területén pseudopolypoid képleteket, confluáló fekélyeket igazolt. A macroscopos kép alapján felvetődő Crohn betegséget a hisztológiai vizsgálat alátámasztotta. A beteg a bevezetett mesalasin, ciprofloxacin- metronidazol, csökkenő dózisú steroid, azathioprin kezelés, enteralis tápszer mellett csaknem panaszmentes, testsúlya nőtt. Revidálva a korábbi 2002-s szövettani leletet a Langerhans sejtes histiocytosis nem volt igazolható.

Következtetés: Nem típusos klinikum, macroscopos és képalkotó diagnosztikai leletekkel nem korreláló hisztológia, nem megfelelő terápiás eredmény esetén fontos a megfelelő kontroll vizsgálatok elvégzése, diagnózis tisztázására ismételt hisztológiai vizsgálatok végzése.

199.

A HEREDITER NONPOLIPÓZIS KOLOREKTÁLIS KARCINÓMA FENOTÍPUSÁNAK SOKSZÍNŰSÉGE. NÉGY MUTÁCIÓ HORDOZÓ BETEG CSALÁDFA ANALÍZISE.

Tanyi M., Damjanovich L., DEOEC Sebészeti Intézet

Bevezetés: A Hereditær Nonpolipózis Koloréktális Karcinóma (HNPCC) a leggyakrabban előforduló örökletes vastagbél daganat. Az összes kóloréktális daganatok körülbelül 3-5%-ért felelős. Hazai előfordulásáról még nincsenek pontos adataink.

Módszer: A szerzők a DEOEC Sebészeti Intézetének betegei között prospektív szűrést végeznek. Az Amszterdam és Bethesda Kritériumok alkalmazásával végzett betegszelekciót követően, az eltávolított tumorszövet immunhisztokémiai és mikroszatellita instabilitási vizsgálatát végzik. A feltételezett Mismatch Repair (MMR) gén mutációt DNS szekvenálás segítségével próbálják igazolni. Számos kiszűrt mutáció hordozó betegük közül négy beteg teljesen felderített családját mutatják be.

Eredmények: A négy családban négy különböző mutációt és két polimorfizmust sikerült igazolni, melyek közül két mutációt munkasportunk publikált elsőként (del. g.28756-g.30542, 11. exon hMLH1, c.422 Glu→STOP 7. exon, hMSH2,).

Megbeszélés: A négy család bemutatásával felhívják a figyelmet a különböző MMR gének mutációi esetén kialakuló fenotípusbeli különbségekre és a szűrés nehézségeire. Tekintettel arra, hogy a vastagbél daganatok előfordulása mellett egyéb HNPCC-asszociált tumorkok is nagy számban megjelennek, ezért az eredményes szűréshez interdiszciplináris együttműködésre, nőgyógyász, urológus és onkológus szakemberekkel összehangolt munkára van szükség.

198.

ENTERAL NUTRITION VIA PEG TUBE IS NOT ALWAYS SUPERIOR TO NASOGASTRIC TUBE IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF PATIENTS WITH CANCER IN THE HEAD AND NECK REGION

Taller A.¹, Zámbo O.², Balatoni Z.², Horváth E.³, Harsányi L.⁴ 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary¹, Dept. of Head and Neck Surgery, Uzsoki Hospital, Budapest, Hungary², Dept. of Head and Neck Surgery, Central Military Hospital, Budapest, Hungary³, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Background: In head and neck surgery artificial enteral tube feeding is of great importance. Excluding the operation area from direct contact with food helps proper healing of the surgical wound. For these purposes nasogastric (NG) or percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes might be used. Depending of localisation of the tumour different types of surgery are done. Nowadays PEG is widespread and NG tube is perhaps unfairly forgotten. **Materials and methods:** We examined 96 NG and 75 PEG tube fed patients who were operated for head and neck cancer (HNC). Based on type of surgery we divided our patients in four groups. Group I (n1=57 pts, NG/PEG=28/29) included patients with partial laryngeal and/or partial pharyngeal resection with local reconstruction. Group II patients (n2=32, NG/PEG=25/7) with total laryngeal resection and partial pharyngeal resection with local reconstruction. Group III patients (n3=32, NG/PEG=13/19) who required flap reconstruction after total laryngectomy and partial pharyngectomy. Group IV patients (n4=50, NG/PEG=30/20) with oral cavity or mesopharyngeal tumour, whose operation in addition to tumour resection involved also mandible resection and flap reconstruction. We investigated complications, the beginning of per os nutrition, the learning of swallowing and the length of the recovery period.

Results:

Group	I	Group	II	Group	III	Group	IV
NG	PEG	NG	PEG	NG	PEG	NG	PEG
Per feeding (days)	25	20*	14	20	29	22*	20
Decanulation			36				24*
Emission (days)	39	31*	16	28	34	28*	28
Major complic.	8	6	1	1	2	3	5
Minor complic.	3	4	4	0	7	5	8
		significant					difference

Conclusions: PEG is significantly more advantageous than NG tube feeding for patients with supraglottic laryngeal resection, hemipharyngolaryngectomy or total laryngeal and partial pharyngeal resection with flap reconstruction (group I and III). Because of the long recovery time for group IV patients (oral cavity or mesopharynx tumour surgery with mandible resection and flap reconstruction) PEG is recommended.

200.

COLONOSCOPOS VIZSGÁLATRA TÖRTÉNŐ ELŐKÉSZÍTÉS: LÉTEZIK-E BETEGBARÁT MÓDSZER?

Tari K., Lukovich P., Takács A., Wacha J., Morvay K., Kupcsulik P., Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Hasi panaszok miatt kivizsgálásra kerülő betegeknek számos olyan diagnosztikus és terápiás beavatkozás történik (labor, UH, CT, RTG, gastroscopia, irrigoscopia) melyek kivitelezéséhez a betegeknek hosszabb-rövidebb ideig éhgyomorral kell maradni. Egyes vizsgálatokhoz, mint a colonoscopy több napos előkészület szükséges. A vastagbél vizsgálat értékelhetősége és a pontos diagnózis felállításának ugyanakkor nagymértékben függ a megfelelő előkészítéstől, a bélrendszer tisztaságától.

Beteganyag és módszer: Klinikánk endoscopy laboratóriumában 120 vastagbél-tükrözésen részt vett beteg körében végeztünk randomizált prospektív felmérést. A colonoscopy vizsgálatra történő előkészítéshez két hashajtási módszert alkalmaztunk: a klinikai gyógyszerár által készített hagyományos keserűs hashajtó port és a Na-pikoszulfát cseppeket. A betegeket további két csoportra osztottuk: egyik csoport előkészítő diétájába klinikai tápszereket építettünk be, a másik csoport csak folyadékot fogyasztott. Kizáró kritérium volt a vastagbél bármely szakaszán előforduló szűkület, stoma viselése, subileus, illetve súlyos, elesett állapot. Az előkészítés tolerálhatóságát kérdőívvel mérjük fel, míg a vastagbél tisztaságát a vizsgálatok által kitöltött egységes pontrendszer alapján határoztuk meg. Statisztikai módszerekkel vizsgáltuk: csökkenthető-e az éhezéssel napok száma a vastagbél megfelelő tisztasága mellett.

Eredmények: 98 kérdőív volt értékelhető. A Na-pikoszulfát cseppekkel történő előkészítést a betegek jobban tolerálták a hagyományos keserűs alapú hashajtó porral szemben. A klinikai tápszerek - mivel összetevőik révén nagy százalékban felszívódnak a vékonybélből - nem befolyásolták szignifikánsan a vastagbél tisztaságát.

Következtetés: A hagyományos keserűs alapú hashajtók hatásával megegyező, de jobban tolerálható laxatívumok alkalmazása és a klinikai tápszereknek az előkészítő étrendbe történő beiktatása ajánlott. A módszer főleg a nagy kockázatú betegeknek előnyös (diabeteses, tumoros, műtetre váró beteg) akik számára a többnapos éhezés és a drasztikus hashajtás nagyobb megterhelést jelent.

201.

ERCP SORÁN VETT EPETENYÉSZTÉSEK MIKROBIOLÓGIAI EREDMÉNYEI. TANULSÁGOK.

Tarpay Á., Burai M., Gyökeres T., Pap Á., MÁV Kórház Gasztroenterológia, Budapest

Bevezetés: Epeúti elzáródás, illetve annak gyanúja esetén gyakran végzünk diagnosztikus és mindinkább terápiás célból ERCP-t. Számos esetben ugyanazon betegben ismételt terápiás beavatkozásra is szükség van néhány napon belül. Az ERCP lehetséges szövődményei közt a pancreatitis, a vérzés, a perforáció mellett a cholangitis is szerepel.

Betegek, módszer: 10 hónap alatt osztályunkon több mint 600 ERCP vizsgálatot végeztünk. Ezek közül 123 betegben vettünk mintát epeúti gyulladás gyanúja miatt különösen az epeútból. A mintavételt a beavatkozás elején végeztük. A levett mintát a szokásos tenyésztési eljárásokkal vizsgálták. A betegek közül 48 férfi, 75 nő volt. 41 beteg rosszindulatú daganatos megbetegedés miatt (T csoport), míg 82 beteg egyéb nem tumoros okból (kövesség, egyéb obstrukció /chronicus pancreatitis, papilla betegség, divertikulum/ (non-T csoport) került ERCP-re. Összehasonlítottuk azokat a betegeket, ahol egy hónapon belül nem történt megelőző ERCP (I. n=82) azokkal, ahol több alkalommal is szükség volt annak elvégzésére (II. n=41).

Eredmények: A minták közül 19 betegé (15,4%) steril volt, míg 61 (49,6%) esetben egy kórokozó, 43 betegben (35%) két, vagy több baktérium tenyésztett. A kitenyésztett baktériumok 96,6%-a Gram-negatív speciestartozott. A leggyakoribb speciestek az E.Coli (28,4%), a Pseudomonas aeruginosa (21,2%) és az Enterococcus fecalis (17,9%) voltak. Figyelemre méltó, hogy a Pseudomonas törzs tagjai 30,9%-ban voltak kimutathatók. A steril, egyféle, illetve többfajta baktériummal fertőzött minták aránya az I. csoportban 17,1-57,3-25,5%, míg a II. csoportban 12,2-34,1-53,7% volt. Ugyanezen szempont szerint a T csoportban 14,6-56,1-29,3%, míg a nem tumoros csoportban 15,8-46,3-37,9% volt a megoszlás. A tumoros, többször ERCP-re került betegek (II. T csoport) 93,3%-ában kórokozó tenyésztett az epeútból, 53,3%-ban összetett, többszörös infekció igazolódott.

Összefoglalás: Az epeúti obstrukció, valamint a megelőző ERCP hajlamossit az epe bakteriális fertőzésére. Többszörös beavatkozás lehetősége esetén antibiotikum profilaxis alkalmazása indokolt lehet.

203.

AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENS SZEREPE A PEG, NASOJEJUNÁLIS ÉS EGYÉB TÁPLÁLÓ SZONDÁK LEHEL-
LYEZÉSÉBEN ÉS KONTROLÁLÁSÁBAN

Tátrai E., Kürthy K., Kalmárné Kubinyi I., Ádám T., Szendrei M., Takács R., Hamvas J., Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest

Bevezetés: A kórházunkban 2005 szeptembere óta működő táplálási team megalakulása óta egyre nagyobb számban kerül sor PEG behelyezésre, nasojejunális- és más táplálók szonda behelyezésére. Tápláló és jejunális szonda esetén az indikáció is bővült.

Metódusok: PEG behelyezésre 12 esetben került sor. Leggyakrabban Fül-orr-égészeti és cardia feletti malignus betegségek, nyelészavarral járó neurológiai megbetegedések kapcsán történt a beavatkozás. Jejunális és endoscoppal elhelyezett egyéb táplálók szonda behelyezésre 71 esetben került sor. Indikációs területei a leggyakrabban előforduló akut pancreatitis jejunális táplálásán túl, a nehezen vagy nem kooperáló betegek vizsgálati előkészítése, gastroenteralis szűkület átmeneti, vagy high risk betegek esetén végleges áthidalása. Mindkét vizsgálatot megelőzően az asszisztens feladata a beteg kikérdezése, psyche felkészítése és előkészítése, a beavatkozáshoz szükséges eszközök, gyógyszerek összekészítése. A PEG behelyezéséhez 2 orvos és 2 asszisztens szükséges. Behelyezés közben az egyik asszisztens a beteg fejénél az elhelyezésében, az endoscop és biopsziás fogó levezetésében, a másik asszisztens a másik orvosnak a PEG közvetlen behelyezésében segít. Behelyezést követő napon a PEG átmeneti meglazításával a PEG helyzetének ellenőrzése (túl szoros vagy laza). Jejunális szonda behelyezéséhez egy asszisztens szükséges. Feladata az endoscop (duodenoscop vagy terápiás endoscop) levezetésén túl asszisztálni az előre összekészített, vezetődróttal ellátott tápszonda pozicionálásában és ennek azonnali és másnapi kontrasztanyaggal történő kontrolljában. **Összefoglalás:** A táplálás megoldásával kapcsolatos endoscopos beavatkozások terén az orvos és asszisztens team munkájában az asszisztensre több felelősségteljes feladat hárul a PEG és szonda behelyezésének kivitelezésében.

202.

ALSÓ GASTROINTESTINALIS VÉRZÉST OKOZÓ
RETROPERITONEALIS DAGANAT

Tatai O., Dunkel K., Takács R., Hamvas J., I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest

Bevezetés: A heveny alsó gasztrointesztinalis vérzések az összes tápcsatornai vérzés mintegy 25%-át teszik ki, ezeknek kb. 10-15%-a ered a vékonybélből. Ezekben az esetekben a vérzésforrás azonosítását az anatómiai lokalizáció nehezíti.

Esetismertetés: A 76 éves nőbeteg anamnézisében hypertonia, vascularis encephalopathia, ISZB, pitvarfibrilláció miatti antikoagulálás, hasi aortaneurysma miatt végzett Y műtét szerepel. Masszív haematochesia miatt került osztályunkra. A vérzés kapcsán kialakult anaemiája rendezésére összesen 6 egység vvt-koncentrátum transzfúziójára szorult. Gastroszcopián chronicus gastritist, hasi ultrahangon a bal vesében üregrendszeri tágulatot találtunk, colonoscopia negatív eredményű lett. Mivel a masszív alsó gasztrointesztinalis vérzést magyarázó eltérést nem tudtunk igazolni illetve a hasi UH során látható bal vese üregrendszeri tágulat felvetette egy ér-lumenbe törő tumoros folyamat lehetőségét, CT-enterographiát végeztünk. Ennek során a retroperitoneumban az iliacális erek és egy jejunum-kacs között szabálytalan lágyrész-terime igazolódott, az ezen belül észlelt levegőgyülemek pedig fali uzuráció gyanúját keltették a látott jejunumkacs felé. A leletre és a lehetséges angiológiai szövődményekre való tekintettel a beteget érsebészethez irányítottuk. A beteg a sebészt nem kereste fel, 3 hó múltán ismét osztályunkra került felvételre alsó gasztrointesztinalis vérzés miatt. Ekkor anaemiáját 3 egység vvt-koncentrátummal rendeztük, ismételt sebészeti konzíliumát javasoltuk, azonban compliance zavar miatt műtetre eddig nem került sor, pontosabb (szövettani) diagnózishoz nem tudtunk jutni.

Következtetés: Masszív, transzfúziót igénylő alsó gasztrointesztinalis vérzések hátterében, amennyiben a felső-, és alsó endoszkópos vizsgálatokkal vérzésforrást nem sikerül azonosítani, további vizsgálatok szükségesek, a beteg korát, általános állapotát, társbetegségeit is figyelembe véve. Esetünkben az elvégzett CT-enterographia tisztázta a vérzés eredetét.

204.

HLA ÉS A HELICOBACTER PYLORI KAPCSOLATA
VESERECIPIENSEK KÖZÖTT

Telkes G.¹, Rajczy K.², Varga M.¹, Péter A.¹, Tulassay Z.⁰, Semmelweis Egyetem, Transzplantációs Klinika¹, OGYK, Immunogenetikai Osztály²,

Bevezetés. Bármilyen fertőzés esetén feltételezhető, hogy a gazdaszervezet reakciója, és genetikai állománya között összefüggés van. Az irodalomban ellentmondásos adatok találhatók a H.pylori előfordulása, és a HLA típus között, mely adatok etnikai különbséget is mutatnak. Összefüggés mutatkozik ugyanakkor a H.pylori szövődményei (fekély és/vagy tumor), és bizonyos HLA-DR, vagy DQ előfordulása között.

Cél. Jelen munkánkban azt vizsgáljuk, hogy van-e összefüggés a H.pylori előfordulása és a HLA status között a vesetranszplantációra behívott recipiensek között.

Anyag és módszer. A klinikán 2001-2006. között vizsgált vesetranszplantációs recipiensek prospektíven gyűjtött adatait elemeztük. 726 beteg esetén állt rendelkezésre a HLA-típus, és H.pylori szerológiai lelet. Valamennyi rendelkezésre álló HLA főcsoport, és subtípus előfordulását vizsgáltuk, mind az I., mind a II. osztályú antigének között.

Eredmények. A H.pylori szerológia szerint a betegek 49,37%-a pozitív, 50,63%-a negatív, ez önmagában is új adat, saját, korábbi vizsgálatainkhoz képest is. Évről évre csökken a pozitív recipiensek aránya, anyagunkban 2001-es 62,5%-ról a 2006-os 35%-ra. Az egyébként viszonylag ritkán előforduló HLA-DR12 (5,1%), és a DR16 (8,5%) előfordulása esetén a H.pylori pozitivitás szignifikánsan gyakoribb.

Összefoglalás. A H.pylori, annak szövődményei és a HLA előfordulását több különböző etnikai populáción vizsgálták, jelen vizsgálatnál lényegesen kisebb esetszámban. Az eddigi eredmények ellentmondóak. Munkacsoportunk magyar populációban szignifikáns különbségeket észlelt a HLA-DR12-es, és 16-os subtípus esetén. Ennek biológiai és/vagy orvosi jelentősége egyelőre nem ismert. Az irodalomban hasonló megfigyeléssel nem találkozunk.

205.

A VON WILLEBRAND FAKTOR ÉS AZ ADAMTS-13 MENNYISÉGI ÉS MINŐSÉGI VIZSGÁLATA MÁJCI RRHOSISOS BETEGEK-BEN

Tornai I.¹, Papp M.¹, Udvardy M.², Hársfalvi J.², Belgyógyászati Intézet, II. Belklinika, Gasztroenterológiai Tanszék, DEOEC, Debrecen¹, Klinikai Kutató Központ, DEOEC, Debrecen²,

Májcirrhosisban a primer haemostasis markáns eltérései észlelhetők. Ismert a von Willebrand faktor (VWF) szintjének emelkedése, de ennek mechanizmusa és oka nem ismert. A VWF-t hasító proteáz (ADAMTS-13) esetleges szerepét eddig májcirrhosisban nem vizsgálták. Májcirrhosisos betegek (n:94, férfi/nő=45/49; Child A/B/C: 61%/33%/6%; MELD score: 12,5 [6-28]) és egészséges kontrollok (n:23) plazmájában ELISA módszerrel mértük a VWF antigén (VWF:Ag) szintjét, a ristocetin kofaktor (VWF:RiCo) és a kollagén kötő aktivitást (VWF:CBA). SDS-agaróz elektroforézissel és denzitometriával a VWF multimer szerkezetét vizsgáltuk. Meghatároztuk az ADAMTS-13 antigén szintjét és aktivitását is.

Cirrhosisos betegekben a VWF paraméterei szignifikánsan ($p < 0,01$) emelkedtek voltak a kontrollokhoz képest: VWF:Ag 228% (86-296) vs. 109% (68-164), VWF:RiCo: 152% (76-336) vs. 97% (66-148) és VWF:CBA: 162% (96-266) vs. 101% (59-122). A VWF:RiCo/VWF:Ag és CBA/VWF:Ag arány azonban szignifikánsan alacsonyabb volt (0,64 vs. 0,94 ill. 0,75 vs. 0,92; $p < 0,01$). Ez cirrhosisban a VWF:Ag szintemelkedés mellett, annak relatíve csökkent funkcionális aktivitására utal. A VWF multimer szerkezetében is komoly változást lehetett észlelni. A nagy molekulású multimerok változatlan mennyisége mellett a kis molekulású multimerok dominanciája volt kimutatható, mely magyarázza a csökkent VWF:RiCo/VWF:Ag és CBA/VWF:Ag arányt. Cirrhosisos betegekben az ADAMTS-13 antigén szintek és aktivitások nagyon változók voltak (kifejezetten magas és alacsony értékek is előfordultak). Májcirrhosisban a VWF:Ag szintjének emelkedése a megváltozott szintézissel magyarázható. A fokozott endotheliális szintézis következtében változhat a molekula multimer szerkezete és a kis multimerok kerülnek relatív túlsúlyba. Nem vehető el teljesen a májon keresztüli csökkent clearance sem, de valószínűsége kicsi. A fokozott endotheliális perturbáció mechanizmusa nem tisztázott, ebben a bakteriális infekcióknak lehet szerepe. Az emelkedett VWF szint ellensúlyozza a cirrhosisban észlelt vérelemzési szám csökkenést és működési zavart

207.

TRANSLUMINAL ENDOSCOPIC SURGERY – NEW DEVICES DEVELOPED FOR A NEW METHOD

Váradi G.¹, Lukovich P.², Kurt G.³, Csicsai L.¹, Jónás A.¹, Kádár B.¹, Tari K.², Kupcsulik P.², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest Hungary², Technische Universität Ilmenau, Ilmenau, Germany³

Introduction: At the beginning of the 21st century a new minimally invasive method appeared called NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery). Our working group carried out experiments with this new technique since the end of 2005, such as transgastric gastrojejunostomy, cholecystectomy and ligation of the Fallopian tube. These procedures were performed on biosynthetic model made of porcine viscera. For the experiments only traditional endoscopic instruments of the everyday practice were used (videoscope, electrocoagulator, grasper). According to the national literature and our experiences, current devices are inadequate to perform such complex surgeries. During our experiments, the endoscope in retroversion, the flexible instruments guided through the working channel even in straight stand were too weak, seemed unable to carry out safe operations. **Aims:** The goal of our research was to create alterations of the new method that could raise the efficacy of the procedures. Many international research projects are working on developing new flexible endoscopic systems (e.g. flexible multiple channel guides which could be locked in position). In our opinion, the most important alteration would be the separation of the camera and operating instruments. In this case, the endoscope could take the role of providing light and the camera, the operation area could be reviewed from more direction and the working channel would not limit the size of devices.

Method: Co-operating with the Department of Mechatronics, Optics and Instrumentation Technology of the Budapest University of Technology, we work on developing and testing such semi-flexible instruments that are able to reach every points of the abdominal cavity by a curling mechanism yet rigid enough in every step of flexion, especially in retroversion. The new devices were ex vivo tested. **Results:** Considering the experiments performed on the biosynthetic model and the experience of testing, these alterations significantly raise the efficacy of transluminal operations.

206.

DETECTION OF ANTINEUTROPHIL CYTOPLASMIC ANTIBODIES IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Tumpek J.¹, Papp M.², Lakatos P.³, Lakos G.¹, Shums Z.⁴, Sipka S.¹, Altörjay I.², Norman G.⁴, Laboratory of Clinical Immunology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary¹, 2nd Dept. of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary², 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA⁴

Background: Despite methodological difficulties, perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibody (P-ANCA) is often screened in IBD patients for its clinical value. The antigen specificity of this atypical P-ANCA is different from the vasculitis associated classic P-ANCA, but the distinction of the two patterns on ethanol-fixed neutrophil substrate by indirect immunofluorescence (IIF) is difficult. **Patients and methods:** We analyzed the usefulness of applying formaldehyde-fixed neutrophils adding to ethanol-fixed ones in the detection of atypical P-ANCA in 204 IBD patients (CD: 111, UC: 96). Furthermore, we determined the reproducibility, interassay- and interobserver variability of both fixation methods comparing four different commercially available assays (INOVA Diagnostics, IMMCO Diagnostics, Euroimmun Labordiagnostika and ImmunoConcepts) in two distinct laboratories. We also added myeloperoxidase (MPO), proteinase 3 (PR3), elastase, lactoferrin, cathepsin G, lysosyme and bactericidal permeability-increasing protein ELISAs (Orgentec) to the IIF. **Results:** Atypical P-ANCA was detected in 41.1% of patients with UC and 16% with CD. 75.0% and 78.4% of all the detected ANCA positivity was atypical P-ANCA in patients with UC and CD, respectively. The occurrences of classic P-ANCA and C-ANCA pattern were insignificant (1.3-9.5%). On the basis of κ -values, the differences among the commercially available substrates for ANCA detection were remarkable. Better agreement was found in the interobserver study. **Conclusions:** The IBD associated atypical P-ANCA pattern is most reliably differentiated by testing sera on both ethanol and formalin-fixed neutrophil slides. However, it is technically demanding, subjective, and requires experienced observers for good interpretation. Not all ANCA assays are suitable for the detection of these antibodies and the use of MPO, PR3 and other ELISAs may be unnecessary.

208.

PARAOESOPHAGEALIS HIATUS HERNIA MŰTÉTE KAPCSÁN FELFEDEZETT ILEOCOECALIS CROHN-CARCINOMA. ESET-ISMERTETÉS.

Várady Z.¹, Schäfer E.¹, Iványi A.², Takács I.³, Bursics A.², Gyökörs T.¹, Pap Á.¹, MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, III. Belgyógyászat, Budapest¹, MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, Sebészeti, Budapest², MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, Patológia, Budapest³,

Bevezetés: A hosszú ideje fennálló gyulladásos bélbetegségekben a malignizálódás kockázata fokozott. Crohn betegség esetén ez kevésbé közzismert, és gyakran az esetleg megváltozó tüneteket az alapbetegség fellángolásának tarthatjuk

Esetismertetés: Egy 80 éves nőt beteget hasi fájdalom, vérhányás, subileus miatt sürgősséggel vettünk fel osztályunkra. Anamnesisében tíz éve fennálló Crohn betegség szerepelt, mely miatt más intézetben történő gondozása során mesalazint kapott. Fél évvel korábbi colonoscopia során gyulladt rectumot, ép coecumot és fekélyes terminalis ileumot láttak, utóbbiból nem történt biopszia. CT vizsgálat vastag falú terminalis ileumot írt le. Kezelését immunosuppresszív szerekkel egészítették ki. Osztályunkon az úrgens gastroscopia során látható volt, hogy szinte a teljes gyomor egy paraesophagealis rekeszszerven át a mellüregbe herniálódott, a vérzés eroziókból származott. Képalkotó vizsgálatok tisztázták, hogy a gyomron kívül a haránt vastagbél bal oldala is a mellüregben van. Elektív műtéti megoldás mellett döntöttünk. A sebési feltárás kapcsán a rekeszizom rekonstrukciója után áttapintva a hasüreget a terminalis ileum subileus okozó megvastagodását észleltük, jobb oldali hemicolectomiát végeztünk. A szövettan az ileocecalis átmenetben a Crohn betegség talaján kialakult adenocarcinómát igazolt. Kemoterápiát a folyamat lokalizált volta miatt nem adtunk. Egy évvel a műtét után a beteg panasz- és daganatmentes.

Konklúzió: A terminalis ileumra lokalizálódó Crohn betegség esetén a malignus átalakulás felismerése nehéz lehet, a biopsziás mintavételre ilyenkor is törekedni kell.

209.

TÖRÖLVE!!!

210.

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN GASTRIC EMPTYING, METABOLIC STATUS AND DIABETIC NEUROPATHY

Várkonyi T.,¹ Börcsök É.,¹ Takács R.,¹ Lengyel C.,¹ Lázár M.,² Papös M.,² Pávics L.,² Kempler P.,³ Lonovics J.,¹ 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Nuclear Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Introduction: The possible correlations between the metabolic status, the gastric emptying and the neuropathy are still not clearly explored by the studies of the past decades. The **aims** of this study were to perform a continuous glucose monitoring during the determination of gastric emptying and to evaluate the severity of neuropathy in patients (pts) with type-1 diabetes mellitus (DM). **Patients and methods:** 13 young pts with type-1 DM were included (duration of DM: 15.1±2.9 years; mean±SE). The emptying of the stomach was evaluated by scintigraphy. The subcutaneous glucose levels were determined by a CGMS method (Medtronic Hungária Kft) during the interval of the gastric emptying. Cardiovascular reflex tests were applied for the assessment of autonomic neuropathy (AN). Sensory nerve integrity was studied with a Neurometer (Neurotron Inc., Baltimore). **Results:** There was a longer period of gastric emptying in diabetic pts than in healthy subjects, but this difference did not reach significance (T1/2: 84.4±12.4 vs 49.6±5.5 min., p=0.06, pts vs control). The glucose levels recorded during the gastric emptying (the lowest and highest, the mean, the highest difference) and the HbA1c did not correlate with the gastric motility. Moderately severe AN was found in pts (AN score: 2.9±0.5 vs 0.3±0.2 p<0.001, heart rate response to breathing: 16.4±1.9 vs 26.3±2.3 beats/min, p<0.01; 30/15 ratio: 1.04±0.02 vs 1.21±0.04, p<0.01; Valsalva ratio: 1.34±0.06 vs 1.71±0.1, p<0.01; handgrip: 15.6±2.8 vs 28.3±3.5 mm Hg, p<0.05). The current perception thresholds (CPT) at 5 Hz on the peroneal nerve of the pts differed from controls (CPT: 3.12±0.9 vs 0.68±0.07 mA, p<0.05). **Conclusions:** Parameters of the continuously measured glucose levels did not correlate with the gastric emptying. Slightly slower gastric emptying was found in the presence of a moderately severe autonomic and sensory neuropathy in pts after a 15-year-long duration of DM. These data may strengthen the hypothesis that the current glucose levels have a less important role than neuropathy in the pathogenesis of delayed gastric emptying.

211.

SÚLYOS FELSZÍVÓDÁSI ZAVART OKOZÓ BILLROTH II GYOMORRESEKCIÓ UTÁNI KÉSŐI POSTOPERATÍV SZÖVŐDMÉNY DIAGNOSZTIKUS ÚTVESZTŐI ESETISMERTETÉS

Varsányi M.,¹ Müllner K.,¹ Nagy Z.,² Bursics A.,¹ Takács I.,³ Gyökres T.,¹ Pap A.,¹ MÁV Kórház, III. Begyógyászat, Budapest¹, MÁV Kórház, Sebészet, Budapest², MÁV Kórház, Patológia, Budapest³,

Az 54 éves férfibetegben 17 évvel ezelőtt callosus, pancreasba penetráló duodenális fekély miatt Billroth II. gyomorresekcíót, 3 éve kövesség miatt LC-t végeztek. Másfél éve került elsőször osztályunkra fogyás, puffadás, hasmenés miatt. Laborvizsgálataiból kissé emelkedett transzamináz értékek, microcyter anaemia, alacsony vas és koleszterin említhető. Colonoscopia során a coecum és az ascendens aphtosus fekélyei miatt Crohn betegség gyanúja merült fel, de azt sem szövettan, sem a CT enteroclysis nem erősítette meg. Az elváltozásokat a gerincpanaszok miatt szedett nagy dózisú NSAID hatásnak tudtuk be. Gastroszcopia során az efferens kacsban is aphtosus fekélyeket találtunk, szövettan chronicus jejunitist mutatott. Antibiotikus terápia mellett hasmenése csökkent, kisfokú lábszár ödémái vízhajtókra kiürültek. Fél évvel később a panaszok fokozódása miatt további vizsgálatokat végeztünk, pancreas elégtelenséget diagnosztizáltunk (kóros ATT érték), de a beteg az enzimszubsztitúciós kezeléstől nem lett jobban magát, azt elhagyta. Ezután más intézményekben további vizsgálatok készültek: kétszer gyomorröntg., pancreas MRI, hasi CT, mellkasi CT, melyek érdemi elváltozást nem tártak fel. Jelenleg elesett állapotban, 22 kg-os fogyással, súlyos malabsorptio laborértékeivel, tünetekkel került a beteg felvételre. Panendoscopia során ép efferens kacsot és további két, vékonybélkacsnak vélt kivezető béllument találtunk a gyomorból. Az anastomosisban kis fekély is volt látható. A vizsgálat után 12 óra múlva acut has tünetei alakultak ki. Műtétnél derült ki, hogy a retrocolicusan készített GEA a közeli colonba perforált, mely magyarázatot ad a hosszan fennálló felszívódási zavarra, az átmeneti cholangitiseket jelző transzaminázaemiára, az antibiotikum átmeneti eredményességére. Tanulások: Felszívódási zavar hátterében korábbi hasi műtét esetében belső fistulákat is keresni kell. Ha terápiánk nem hat, a hiba nem biztos, hogy a beteg készülékében van.

212.

GYERMEKKORI VÉKONYBÉLTRANSZPLANTÁCIÓ: EGY ESET A SOK KÖZÜL

Vass N.,¹ Lacaille F.,² Revillon Y.,² Schmitz J.,² Goulet O.,² SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Szeged¹, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris²,

Bevezetés: Magyarországon a vékonybél transzplantáció gyakorlata még nem elterjedt. Előadásomban egy érdekes és extrém ritka betegség kapcsán mutatom be e ritka beavatkozás főbb lépéseit és a beteg gondozását, melyet franciaországi tanulmányutam során a párizsi Necker-Enfants Malades Klinika Gasztroenterológiai osztályán követhettem nyomon, a kezelő team tagjaként. **Esetismertetés:** „Főszereplőnk”, K.O., jelenleg 6 éves, török származású fiú. A gyermeknél születését követően diagnosztizálták súlyos vékonybél-működési zavarát, a veleszületett enteropathiák csoportjába tartozó, u.n. microvillus atrophit. Alapbetegsége miatt folyamatos parenterális táplálásra szorult, mely mellett változatlanul fennálltak súlyos hasmenéses panaszai, annak minden veszélyével együtt. Állapotának átmeneti stabilizálását követően részletes kivizsgálása történt máj- ill. vastagbél érintettség tekintetében is. Májbiopsziával fibrózis és kolesztázis volt igazolható, míg kolonoszkópiával vastagbél érintettséget találtak, ezért a gyermeket kezelő orvoscsoporthoz kombinált máj-, vékonybél-, ill. vastagbél transzplantáció elvégzése mellett döntött. A beteg 3,5 évesen esett át a bravúros transzplantáción, melyet követően számtalan szövődménnyel kellett szembenéznie a specialistákból álló munkacsoportnak. Közel 3 évvel a műtétet követően, a gyermek szájon keresztül is táplálható, már csak egy alkalommal szorul kiegészítésként gasztrosztomán keresztüli táplálásra, napi székletürítéseinek száma 2-4 alkalomra csökkent, súlya gyarapszik. **Konklúzió:** Bár a kisfiú beszédfejlődése és hosszúnövekedése elmarad kortársaitól ill. minimális dózisu, de folyamatos gyógyszeres (tacrolimus, steroid) kezelésre szorul, elmondhatjuk, hogy e speciális sebészeti beavatkozás nélkül nehezen képzelhetjük volna el, hogy K.O. velünk ünnepelhesse 6. születésnapját.

213.

THE NON-CONJUGATED CHENODEOXYCHOLATE STIMULATES THE LUMINAL CL/HCO₃⁻ EXCHANGER VIA IP₃-MEDIATED CA²⁺-SIGNALING IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCTS

Venglovecz V.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Maléth J.¹, Nagy L.¹, Ózsvári B.¹, Takács T.¹, Lonovics J.¹, Varró A.², Gray A. M.³, Argent E. B.³, Hegyi P.³ 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, Division of Cardiovascular Pharmacology, Hungarian Academy of Sciences, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Institute for Cell and Molecular Biosciences, University Medical School, Newcastle upon Tyne, United Kingdom³

Background: We have previously shown that luminal administration of low doses (100 fM) of non-conjugated chenodeoxycholate (CDC) stimulates, whereas, high doses (1000fM) of this bile acid inhibits HCO₃⁻ secretion (administered either from the luminal or basolateral side) in pancreatic ductal epithelial cells (PDEC). The **aim** of this study was to investigate the intracellular mechanisms by which CDC exerts its effects. **Methods:** Isolated guinea pig intra/interlobular pancreatic ducts were microperfused from the luminal and basolateral membranes with standard Hepes or HCO₃⁻/CO₂ solutions. The effects of CDC on intracellular calcium concentration [Ca²⁺]_i, and intracellular pH (pHi) were estimated using fluorescent dyes (Fura2-AM or BCECF-AM, respectively) by microfluorometry. **Results:** Basolateral and luminal administration of high doses (1000fM) of CDC increased the [Ca²⁺]_i. Both the Ca²⁺-chelator BAPTA-AM and the IP₃ inhibitor caffeine blocked the [Ca²⁺]_i elevation. However, the absence of the extracellular Ca²⁺ did not modify the [Ca²⁺]_i signalling. Furthermore, BAPTA-AM totally blocked the stimulated HCO₃⁻ secretion evoked by low doses (100 fM) of CDC. In contrast, the Ca²⁺-chelator did not interfere with the inhibitory effect of high doses of CDC. Importantly, low doses of CDC did not increase HCO₃⁻ secretion when the anion inhibitor H2DIDS was simultaneously administered into the lumen, suggesting that CDC exerts its stimulatory effect by modulating the anion exchanger located on the luminal membrane of PDEC. **Conclusions:** Luminal administration of low doses of CDC stimulate the luminal Cl/HCO₃⁻ exchanger via IP₃-mediated Ca²⁺-signaling in guinea pig pancreatic ducts. High doses of CDC inhibit the anion exchanger and induce Ca²⁺-signaling, however, these effects do not correlate with each other. The inhibition of HCO₃⁻ secretion is probably due to the marked acidification caused by this non-conjugated bile acid. This work was supported by OTKA, MTA, OM and Royal Society.

215.

EVALUATION OF HELICOBACTER PYLORI RE-INFECTION RATE – AN INTERIM ANALYSIS

Vesza Z., Csonka L., Juhász M., Herszényi L., Székely H., Peregú L., Németh A., Zágonyi T., Miheller P., Molnár B., Tulassay Z., 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Aim: To determine the re-infection rate of *Helicobacter pylori* (HP) in a large cohort of patients who previously underwent a successful eradication therapy. **Patients and methods:** The histologic results of 1726 patients were reviewed retrospectively in order to evaluate their HP status. The upper GI endoscopies were performed between 1994 and 2006, the samples were taken from the antrum and the corpus, HP status was determined with hematoxylin eosin and confirmed with Giemsa staining. **Results:** The HP positivity rate was 666/1726 (39%). Out of these 666 HP positive patients, 149 patients had at least one negative control biopsy after eradication; 13 patients from this subgroup developed HP positivity (re-infection). The remaining 136 patients were tested using the urea breath test (C13-UBT); 3 of the 35 participating patients proved to have acquired HP re-infection. Taken together, 16/149 patients showed re-infection, 32/149 patients were treated successfully, and due to lack of co-operation the HP status could not be determined in 101/149 patients. **Conclusion:** We experienced a minimum rate of HP re-infection of 10%. One of the biases of the study is the high number of patients refusing to take the non-invasive control C13-UBT with potentially further HP re-infection cases remaining undiagnosed. The other limitation is the absence of confirmation of previous biopsy results by another reliable method (e.g. C13-UBT) with high sensitivity and specificity. Finally, even with these biases, the 10% re-infection rate is high therefore we plan to reinstate the non-cooperating patients and process the data of patients with previous UBT results.

214.

CLAUDINS EXPRESSION IN THE PROXIMAL AND DISTAL PARTS OF DUODENUM IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE

Veres G.¹, Györffy H.², Nagy Szakáll D.², Szabó E.², Dezsőfi A.¹, Molnár K.¹, Szőnyi L.¹, Bodánszky H.¹, Arató A.¹ 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 2nd Dept. of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: Duodenal biopsy is an important method to diagnose celiac disease (CD), however, the most reliable location of biopsy site is questionable. Claudins (CLDN), members of adherent junction proteins, regulate the integrity and function of tight junctions in the intestinal mucosa. CLDN expression in CD is unknown. **Aim:** To examine whether proximal or distal part of duodenum is better in diagnosing villous atrophy in CD and to detect CLDN 2, 3, and 4 expressions in the proximal and distal parts of the duodenum in children with celiac disease and in controls. **Patients and methods:** 16 children (9 girls, mean age, 6.6 y, range, 2-17 y) with newly diagnosed CD were enrolled. Biopsies from proximal (duodenal bulb) and distal part (duodeno-jejunal junction) of duodenum were taken for histological analysis. Severity of mucosal atrophy were determined by means of Marsh-scoring system. Immunohistochemistry was used to detect CD3+ intraepithelial lymphocytes and CLDN 2, 3, and 4 protein expressions. **Results:** Macroscopic picture and histology, and Marsh grading depicted no differences between biopsies taken from proximal or distal parts, however, the densities of CD3+ intraepithelial T lymphocytes were significantly higher in distal duodenum in comparison to the proximal part (P=0.0064). CLDN 2 and 3 expressions were significantly elevated in the duodeno-jejunal junction compared with controls (P=0.0049), and with the proximal part. Moreover, CLDN 2 and 3 expressions were correlated with severity of villous atrophy. Expression of CLDN 4 protein was similar in all groups studied. **Conclusions:** Both proximal and distal mucosal duodenal biopsies are suitable for diagnosing villous atrophy in patients with CD, however, the distal part of duodenum depicted earlier signs of mucosal deterioration. Therefore, to diagnose slight changes of mucosal abnormality the distal duodenum seems to be better location for intestinal biopsies. Increased expressions of CLDN 2 and 4 suggest structural changes of tight-junction may be responsible for increased permeability and proliferation observed in CD.

216.

THE SAFETY AND EFFICACY OF SELF-EXPANDABLE METAL STENTS IN PALLIATION ESOPHAGEAL AND GASTRO DUODENAL MALIGNANT STRICTURES.

Virág Z., Sahin P., Pozsár J., Topa L., dept. of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest.

Background. Self-expandable metallic stents (SEMS) are being increasingly used for palliation of esophageal, gastric outlet and proximal small bowel strictures.

The **aim** of this retrospective study to evaluate the technical and clinical success and complications of SEMS inserted as a palliative measure in esophageal, gastric outlet and proximal small bowel obstructions. **Patients and methods.** During the period between 2004 October and 2006 December, SEMS placement was performed in 36 patients [male/female=25/11, mean age=85.5 ys (56-97)] with malignant esophageal or gastric outlet/distal small bowel obstruction. The distribution of primary tumors was the following: esophageal (n=24), gastric outlet (n=7), distal small bowel/pancreatic (n=5). All patients had advanced disease and they did not received any further therapy. Results. Technical and initial clinical success was 100%. There was no procedure-related mortality and clinically significant morbidity. During the follow-up, stent migration (4 patients), bleeding (three patients), tumor overgrowth (3 patients) has been observed. Up to date (2007 January), two patients are alive, 13 patients had died and 21 patients had been lost to follow-up. Of those patients who died, the median survival after stent placement was 63 days (3-218 days).

Conclusion. Our results provide further data that using SEMS for palliation of malignant esophageal and gastro duodenal obstructions is a safe and effective therapeutic modality.

217.

AKUT MÁJELÉGTELENSÉG ÖT ÜVEG TEQUILA (1330 g ETANOL) FOGYASZTÁSÁT KÖVETŐEN. GYÓGYULT ESET

Visnyei Z., Gara Á., Sallai L., Csák T., Horváth A., Osztovszky J., Szalay F., I.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

Esetismertetés: 42 éves férfibeteg psychomotoros nyugtalanság, majd soporosus állapot miatt került belgyógyászati osztályra. Rövid idő alatt mély kómába zuhant. Érzéskor még el tudta mondani, hogy előző nap, kb. 10 óra alatt összesen 5 üveg Tequilát (1330 g etanol) fogyasztott. A családtagok megerősítették ezt az információt. Etilén-glikol fogyasztását, nem szteroid gyulladásgátló szedését vagy egyéb toxin expozíciót ki lehetett zárni. A GOT érték jelentős emelkedése (8376 IU/l) mellett kezdetben a GPT normális volt (7 IU/l). E konstelláció miatt helyezték át klinikánkra. Később a GPT is jelentősen emelkedett (6485 IU/l) és magas volt a pancreas enzimek és a kreatinin szintje is. A kép akut alkoholos hepatitisnek, heveny májelégtelenségnek felelt meg, amihez kezdődő hepatorenalis-szindróma, illetve pancreatitis is társult. Májkeringési zavart, intracranialis betegséget, egyéb kómat kiváltó okot ki lehetett zárni. A magas szérumbilirubin (419 umol/l) és ALP (500 IU/l) a kiválasztó funkció romlását, az alacsony prothrombin (23%), albumin (27 g/l) és cholinesteráz szint a máj szintetikus kapacitásának jelentős csökkentését jelezték. Intenzív osztályon történt észlelése során a beteg állapota albumin, friss fagyasztott plazma, szteroid adása és parenterális táplálás közben fokozatosan javult, és az ötödik napon magához tért. Ezt követően további javulás következett. A laboratóriumi adatok az intoxikációt követő harmadik hónapban lettek normálisak. Távozása után két hónappal átmeneti hajhullás, a tenyér bőrének lemezes hámlása, körömdisztrófia jelentkeztek, amit a kritikus állapot idején volt trofikus zavar következményének lehetett tartani. Fél évvel az eset után a beteg absztinens, panasz és tünetmentes, a laboratóriumi adatok normálisak.

Konklúzió: Az eset ritkaságnak számít. Ilyen nagy dózisu tömény ital, különösen a Tequila fogyasztása utáni túlélés az irodalmi adatok szerint kivételes. A korábbi, rendszeres, de nem nagy mértékű alkoholfogyasztás enziminduktor hatása segíthette az extrém mennyiségű alkohol lebontását. Az intenzív kezelés hozzájárult a túléléshez.

219.

NEM MINDEN AZ, AMINEK LÁTSZIK –A FAMILIÁRIS CHOLESTASISOK GENETIKÁJA-

Vojnisek Z.,¹ Szőnyi L.,¹ Balogh L.,¹ Dezsőfi A.,¹ Arató A.,¹ Burdelski M.,² Semmelweis Egyetem, I. Számú Gyermekklinika, Budapest¹, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Molekulargenetisches Labor, Hamburg²,

Bevezetés: A bizonyítottan genetikai háttérrel bíró cholestasisok ritka, heterogén formája a progresszív familiáris intrahepatikus cholestasis, mely biliáris transzport defektus zavarán alapul és három típusa van. (PFIC1, PFIC2 és PFIC3). Az egyes típusokat a klinikai tünetek, májenzim eltérések és hisztológiai képek alapján különböztetjük el, a diagnózist azonban ezidáig a mutációanalízis erősítette meg.

Célkitűzés: Az előadás célja klinikai diagnózison alapuló PFIC2 és PFIC3 betegek genetikai hátterének bemutatása.

Módszer: PFIC2 és PFIC3 diagnózis gyanúja esetén vérből DNS-t izoláltunk, az ABCB11 (PFIC2) és MDR3 (PFIC3) gén 28-28 exonját PCR reakcióval amplifikáltuk, polyakrilamid és agaróz gélen izoláltuk, majd direkt szekvenáltuk. A kapott eredményeket a vad típussal összehasonlítva értékeltük. PFIC2 és PFIC3 gyanúja miatt 28 beteg ABCB11 és MDR3 génjének szekvenálása történt meg. A betegek átlagéletkora a vizsgálat idején 7,1 év volt, közülük 10 leány és 18 fiú. Magyar állampolgár 9 gyermek, német 5, török 12, iráni 1, szaúd-arábiai 1 gyermek volt.

Eredmények: Az ABCB11 génre 22 gyermek, az MDR3 génre nézve 7 gyermek hordoz hetero- vagy homozygota missense mutációt, 1 gyermeknél az MDR3 gén 7. exonján stop kodont találtunk. A 8 MDR3 mutációt hordozó gyermek az ABCB11 génre nézve is missense mutációt hordoz, ez a mutáció a 13. exonon lévő V444A. A 22 ABCB11 mutáció közül 6 esetben a V444A mellé más missense mutáció is társult.

Következtetések: 1. Az eddig követett diagnosztikai protokoll, mely szerint a PFIC típusok elkülönítésében döntő szerepet játszik a genetikai analízis, megdőlt. 2. A genetikai háttérrel rendelkező cholestasisok nem monogének. Egyre valószínűbb, hogy több gén mutációja, esetleg több génen lokalizálódó polymorfizmusok együttes hatásaként alakul ki transzport fehérje működési zavar, ill. cholestasis.

218.

A JANUS KINÁZ 2 (JAK2) MUTÁCIÓ JELENTŐSÉGE BUDD-CHIARI SZINDRÓMÁBAN

Vitális Z.,¹ Papp M.,¹ Palatka K.,¹ Kacska S.,¹ Altörjáy I.,¹ Tornai L.,¹ DEOEC Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológia Tanszék

A Budd-Chiari szindróma a hepatikus vénák trombózisának következtében kialakuló kiáramlási akadály következménye. Háttérben állhat veleszületett, vagy szerzett trombofilia (F.V Leiden mutáció, protein C hiány stb). Szoros összefüggés mutatható ki a Budd-Chiari szindróma és myeloproliferatív betegségek között. A legutóbbi évek kutatása derítette fényt a JAK2 mutáció és a myeloproliferatív betegségek kapcsolatára, és úgy tűnik a mutációnak a májvénák trombótikus elzáródásában szintén jelentősége van, még bizonyíthatóan manifeszt hematológiai betegség hiányában is. Az eltérés fontosságára néhány betegünk értékelése kapcsán kívánjuk felhívni a figyelmet. A mutáció felismerése nem csak az etiológia feltérképezése szempontjából indokolt, hanem az utánkövetést (myeloproliferatív betegség későbbi megjelenése) és a kezelést (tartós antikoagulálás) is befolyásolja.

220.

PEGILÁLT INTERFERON-ALFA-2A ÉS RIBAVIRIN TERÁPIA BIZTONSÁGOSÁGA KRÓNIKUS C VÍRUS HEPATITIS BETEGEK KEZELÉSÉBEN HAZAI ÉS NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK ALAPJÁN

Werling K.,¹ Dalmi L.,² Gervain J.,³ Horváth G.,⁴ Nagy I.,⁵ Nemesánszky E.,⁶ Ribiczey P.,⁷ Telegdy L.,⁸ Varga M.,⁹ Tornai I.,¹⁰ Tulassay Z.,¹ Semmelweis Egyetem II.sz Belgyógyászati Klinika Budapest¹, Kenézy Gyula Kórház Debrecen², Szent György Kórház Székesfehérvár³, BM Kórház Budapest⁴, Szegedi Orvostudományi Egyetem I.sz Belgyógyászati Klinika Szeged⁵, Szent János Kórház I.sz Belgyógyászat Budapest⁶, Zala megyei Kórház Infektológiai Osztály⁷, Szent László Kórház Budapest⁸, Réthy Pál Kórház Békéscsaba⁹, Debreceni Orvostudományi Egyetem II.sz Belgyógyászati Klinika¹⁰,

Bevezetés: A krónikus C vírus hepatitis kezelésében nagy előrelépést jelentett a pegilált interferon és ribavirin kombinált kezelés bevezetése. Fontos kérdés volt, hogy a hatékonyabb kezelés mellett milyen gyakoriak és súlyosak a mellékhatások.

Betegek, módszerek: 2001 és 2004 között 10 hepatológiai centrumban, egy III. fázisú, multicentrikus nyílt vizsgálat során 66 krónikus C vírus hepatitises beteg heti 1x180µg pegilált interferon-alfa-2a/PEG/ és napi 800-1200mg ribavirin/RBV/ kezelésben részesült/6 beteg 24 hétig, 60 beteg 48 hétig/.

Eredmények: A 48 hétig kezelt 48.3%-nál fejlődött ki legalább egy mellékhatás a kezelés alatt. Vérkép eltérések 41.7%-ban fordultak elő a 48 hétig, 16.7%-ban a 24 hétig kezelt betegeknél. A 48 hét alatt a betegek 18.3%-nál anaemia, hasonló arányban /16.7%/ thrombocytopenia, neutropenia, 1 betegnél autoimmun thrombocytopenia, 3 esetben kardialis szövődmények, 2 betegnél bőrtünetek, 2 esetben tartósan magas láz, 1 betegnél autoimmun thyreoiditis, 1 betegnél májelégtelenség alakult ki. A PEG dózis módosítására hasonló arányban került sor a nemzetközi /36-33%/ és a hazai vizsgálatban/ 31.7%/, vérkép eltérés miatt 25%-ban a nemzetközi, 23.3%-ban a hazai tanulmányban. A RBV dózis módosítására vizsgálatunkban ritkábban került sor /30.8%/, mint a nemzetközi tanulmányokban /45-38%/. A PEG kezelés végleges leállítására 7 betegnél, a RBV leállítására 3 betegnél került sor.

Következtetés: A krónikus C vírus hepatitis 48 hetes antivirális kezelése során a betegek közel felében fellépnek különböző súlyosságú mellékhatások, de a terápia leállítására csak kevés betegnél kerül sor. Eredményeink megegyeznek a nemzetközi vizsgálatokban tapasztaltakkal. A mellékhatások időben való kezelésével a terápia leállítása megelőzhető, a hatékonyság javítható.

221.

A CROHN-BETEGSÉG KEVÉSBÉ ISMERT
EXTRAIRESZTINÁLIS MANIFESTÁCIÓI - A KÖRÖM-
TÜNETEK

Zágoni T., Sipos F., Tulassay Z., Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Háttér: A Crohn-betegség bőrtünetei extraintesztinális manifestációk. Megjelenésük oka nem ismert, de összefüggést mutathat a betegség lokalizációjával és aktivitásával. Fontos szerepük, hogy a beteg vizsgálata során segítenek a diagnózis felállításában.

Eredmények: 1. Half-and-half nail A fele-fele köröm korábban hypoproteinaemiás állapotok (pl: nephrosis szindróma) tüneteként volt ismeretes, de leírták, hogy ez a körömtünet cinkhiány következménye is lehet. Saját Crohn-betegeink között négy esetben találtunk ilyen elváltozást. Cinkhiány minden esetben bizonyítható volt. Az elváltozás sem a betegség aktivitásával, sem lokalizációjával nem mutatott összefüggést. Hosszabb inaktivitás során elhalványulni látszott. 2. Óraüvegköröm Saját betegeink között hat esetben volt jelen. Ezeknél a betegeknél egyéb betegség nem volt igazolható. Egy esetben a betegnek csak két ujján és fele-fele körömmel társult volt jelen az elváltozás. 3. Pontozott köröm A pontozott köröm a psoriasis tünete. Ez gyakran társul Crohn-betegséggel, mégsem tekinthető extraintesztinális manifestációnak. 4. Fehér köröm Krónikus betegség és/vagy hypoproteinaemia jele. Crohn-betegség mellett három esetben észleltük. Az egyik esetben az alsó végtag súlyos keringési zavara is kísérete.

Konklúzió: Célunk az, hogy felhívjuk a figyelmet arra, hogy az inspekción a beteg vizsgálatának ma is fontos része, hiszen néha apró tünetek lehetnek segítségünkre a differenciáldiagnosztikai munkában.

223.

LANSOPRAZOLE PREVENTS GASTRIC INJURY INDUCED BY
NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS THROUGH A
STRONG REDUCTION OF OXIDATIVE STRESS

Hegyi P., M.D., Ph.D.

Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) induce gastric mucosal necrosis which is associated with the destruction of glandular architecture, submucosal edema, and extensive infiltration by polymorphonuclear cells. Correspondingly, this pattern of gastric damage is characterized by a marked increase in mucosal myeloperoxidase (MPO) activity (a reliable marker of tissue neutrophil infiltration) and also by an elevation of mucosal malonyl dialdehyde (MDA) content and a decrease in glutathione peroxidase (GSH) activity. It is currently believed that proton pump inhibitors (PPIs) prevent NSAID-associated gastric ulcers in clinical settings by inhibiting acid secretion. However, several lines of evidence indicate that acid-independent mechanisms (scavenging reactive oxygen species or interfering with the oxidative metabolism arising from the activation of polymorphonuclear cells) may contribute to the antiulcer effects of PPIs. The present review summarizes the protective properties of the H⁺/K⁺ ATPase inhibitor lansoprazole.

It has been reported that lansoprazole reverses the effects of NSAIDs on gastric mucosal MPO, MDA and GSH activity (1). Lansoprazole dose-dependently reduces the oxidation of low density lipoproteins in vitro (1). It has been suggested that haem oxygenase-1 (HO-1) is a target and functionally relevant, antioxidant mediator of lansoprazole in human gastric epithelial cells. Importantly, lansoprazole also protects human endothelial cells from oxidative stress (2). HO-1 induction by lansoprazole may be beneficial for aspirin-treated cardiac patients in different ways. First, lansoprazole reduces the high risk of gastrointestinal bleeding due to gastric toxicity of aspirin. In addition, PPI-dependent HO-1 induction in endothelial cells has antiatherogenic effects, therefore, may have vasculoprotective actions.

Perspectives. The above mentioned preliminary results may open up new therapeutic possibilities of lansoprazole for treating aspirin-cured cardiac patient. However, to confirm these beneficial effects, prospective randomized double-blind trials would need to be performed.

Blamdzizi C, World J Gastroenterol, 2005, 11:4052-60

Becker JC, Biochem Biophys Res Commun, 2006, 345:1014-21

222.

THE ROLE OF 2D AND 3D ANORECTAL SONOGRAPHY IN THE
DIAGNOSIS AND FOLLOW UP OF ANORECTAL TUMORS

Zsigmond F.,¹ Szebeni Á.,² 4th Internal Department MI. Central Hospital, Budapest¹, Ultrasonic Laboratory MI Central Hospital, Budapest²,

Purpose: New technical developments allow examination of anal and rectal canal by high frequency transducers with 360 degrees circular view. 3D EUS visualizes the anorectal wall together with the surroundings in a more detailed manner. In this study comparison of EUS and CT, EUS and endoscopy as well as 2D and 3D EUS was done.

Methods and Materials: 63 patients were examined. US studies were made using B-K Medical Hawk 2102 EXL and VIKING 2400 scanners with 10 MHz anorectal transducer. Before EUS examination colonoscopy and if had been needed, biopsy was made. CT was made mostly in cases of malignancy after endoscopy, biopsy and EUS. Additional informations were supplied by PET, surgery and histology.

Results: Malignant tumors were established in 37 of 63 patients, benign polyps in 3, inflammatory bowel diseases in 7, Hirschprung-disease in 1, nodi haemorrhoidales in 1, submucosal lesions in 5. EUS was normal in 9 cases. In 6 malignant tumor cases the effect of radiochemotherapy was evaluated by EUS. Comparison of EUS and CT was made in cases of malignancy and EUS was more reliable in the staging and especially in the detection of perirectal lymph nodes. EUS and endoscopy was compared concerning the size and position of lesions. EUS proved to be more in this respect too. The 3D EUS doesn't give more diagnostic information than the 2D EUS but it makes the orientation easier.

Conclusions: In our opinion EUS is one of the basic tools in the diagnostics of anorectal diseases. In cases of anorectal tumors EUS and abdominal US are sufficient for staging before radio- and chemotherapy. CT is additionally necessary only before surgery. If there is a difference between EUS and endoscopy in determination of size and position of tumors, EUS is preferred. The basic EUS method remains 2D EUS, 3D EUS can be useful additionally to help orientation in problematic cases. The EUS is also useful in the postoperative follow-up of anorectal tumors. In case of suspected local recidiv tumors PET CT is recommendable.

224.

ASPIRIN IN CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Nagy A. Gottsegen György Hungarian Institute of Cardiology, Budapest

Aspirin is a Cox-1 inhibitor and is decreasing the production of the potent vasoconstrictor and platelet activator thromboxan A₂. After a single dose of aspirin the platelet activation will be blocked for more than a week. **Stable angina:** multiple studies proved the beneficial effect of aspirin in stable angina. By stabilizing the plaque decreases the risk of thrombosis, however it has no effect on the progression of the disease. **Unstable angina:** the pathogenesis is consisting of platelet aggregation and thrombus formation due to plaque rupture. In the 'Veteran' study aspirin was given for 12 weeks in a dose of 325 mg in unstable patients. Myocardial infarction (MI) and death occurred in 6,3% compared with 11% in placebo group. In RISK study giving 75 mg of aspirin mortality and MI was decreased from 17% to 7,4%. **Primary prevention:** more than 22000 American doctors were randomized to 325 mg aspirin versus placebo in a primary prevention study. Fatal and non-fatal MI decreased with 44% in patients taking aspirin, however there was no change in the occurrence of angina, coronary revascularisation and death. In another study 87000 symptom free American nurses received 325 mg aspirin for 6 months. The rate of MI decreased with 32% in patients older than 50 years and taking 325 mg aspirin 6 times/week. **Secondary prevention:** the role of aspirin in secondary prevention was studied in more than 15000 post MI patients. The result of the metaanalysis showed 21% decrease in cardiovascular mortality compared to placebo. In another study there was 31% decrease in reinfarction rate and 13% decrease in cardiovascular mortality among patients taking aspirin during the 4 years follow up. **Acute myocardial infarction:** ST elevation MI is caused by coronary thrombosis due to rupture of the unstable plaque. Aspirin can prevent the reocclusion of the artery. In the ISIS-2 trial more than 17000 patients with acute MI were randomised for Streptokinase, aspirin, both drugs and placebo. After 5 weeks the rate of non fatal MI decreased with 51%, vascular mortality with 23% in aspirin group, compared to placebo. The effect of aspirin was similar to thrombolytic therapy, and had a cumulative effect giving them together. According to the guidelines all acute MI patients should receive 100-325 mg aspirin, which has to be taken lifelong. **Side effects:** in the Aspirin Myocardial Infarction trial in patients receiving 1000 mg aspirin gastrointestinal (GI) symptoms appeared in 24% compared to 15% of patients taking placebo. In another study 325 mg aspirin taken every other day caused only 0.25% increase in GI symptoms. **In conclusion:** aspirin in cardiovascular pathology proved its beneficial effect decreasing morbidity and mortality and in doses of 100-325 mg is safe and well tolerated

225.

SÜRGŐSSÉGI KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA.

Jánoki M. Rácz I. Petz Aladár megyei Oktató Kórház, I.sz Belgyógyászat-Gastroenterológia, Győr.

A Meckel-diverticulum a vékonybél leggyakoribb congenitalis malformációja, akkor keletkezik amikor a ductus omphaloentericus bélhez közeli része nem záródik el. Az elváltozást elsőként 1809-ben Johann Friedrich Meckel írta le. A diagnózis felállítása általában nehéz. Előfordulási gyakorisága körülbelül 2 %, de az elváltozás csak 2-4%-ban okoz komplikációkat. Tüneteket csak szövődményes esetekben, vérzés, diverticulitis, invagináció, vagy perforáció esetén észlelünk. Gyerekkorban az obstruktus gastrointestinalis vérzések gyakori oka a Meckel-diverticulum.

A vékonybél eredetű vérzések kivizsgálása a legtöbb esetben nehéz és időigényes, több diagnosztikus vizsgálatra is szükség lehet.

Az általunk ismertett, obstruktus gastrointestinalis vérzés miatt vizsgált gyermeknél sem a sürgősségi gastroscópia, sem a colonscópia nem mutatott vérzésforrást. A vékonybél eredetű vérzés gyanúja miatt sürgősségi kapszulás endoscópia mellett döntöttünk. A kapszulát egyedi megoldást alkalmazva jutattuk a duodenumba. Estünk bizonyítja, hogy a kapszulás endoscópia alkalmazása a diagnosztikus vizsgálatok számának csökkentése mellett gyors, akár huszonnégy órán belüli pontos diagnosztikára is lehetőséget nyújt és megalapozhatja a korai definitív kezelést.

226.

SIKER VAGY KUDARC?

Vincze A., Jánoki M. Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I.sz Belgyógyászat-Gastroenterológia, Győr.

Cirrhotikus betegeknél a nyelőcső varixok kialakulásáért a portális hipertensio felelős. Cirrhosisban kb. 50-60 %-ban alakul ki oesophago-gastricus varicositas. A már kialakult varicositas esetén két éven belül kb. 30%-ban lép fel varixvérzés.

Az ezekből származó heveny vérzés a hozzá csatlakozó mortalitási arány komoly problémát jelent a klinikai gyakorlatban.

Esetbemutatásunkban egy negyvenkét éves krónikus alkoholizmusban, cirrhosis hepatitisben szenvedő nőbeteg 2004 óta tizenhat alkalommal állt osztályunkon kezelés alatt masszív gastrointestinalis vérzés tüneteivel.

Tizenegy esetben varix rupturát észleltünk és scleroterápia történt, összesen 192 ml aethoxysclerollal. A kezelések alatti terápiából 56 ml octreotid, 14 E VVT koncentratum emelhető ki.

A beteg gyógykezelése során összesen 47 ápolási napot tartózkodott kórházban.

Legrövidebb ápolási idő egy a leghosszabb öt nap volt. Tizenegy esetben saját felelősségére hagyta el az intézményt A kezelés hatékonyságát bizonyítja, hogy a beteg Child-Plugh szerinti besorolása nem változott, továbbra is Child A stádiumú. Azonban kudarcként könyveljük el, hogy betegnél a szükséges mértékű, pozitív irányba mutató betegségtudatot nem sikerült kialakítani.

A

Abonyi M. 131
 Acél P. 1, 27, 71
 Ádám T. 203
 Altdorfer K. 2, 147
 Altorjay Á. 39, 64, 183
 Altorjay I. 43, 45, 57, 65,
 78, 118, 133, 139, 206, 218
 Andrikovics H. 43
 Annaházi A. 128, 155
 Antek C. 82
 Arató A. 32, 181, 214, 219
 Argent E. B. 110, 153, 184,
 213
 Aricó G. 3, 11
 Asbóth D. 175

B

B. Kovács J. 89, 175
 B. Müller K. 4, 42
 Bábies I. 5
 Badacsonyi S. 113
 Bagyánszki M. 104
 Bajor J. 6
 Bak M. 7
 Balatoni Z. 198
 Bali O. 186
 Balla Z. 149
 Balogh L. 219
 Banai J. 151, 179
 Bánsághi Z. 8
 Bánsági Z. 162
 Bányai É. 10
 Baradnay G. 9
 Baranyai Z. 120
 Barta Z. 45, 57
 Bata P. 74
 Batbayar B. 2
 Battyány I. 42
 Bekő G. 10, 131
 Bene J. 42
 Bene L. 139
 Berczi L. 76
 Berecz M. 65
 Berki T. 27, 141
 Beró T. 6, 169
 Berta K. 193
 Bertalan A. 169
 Bertha L. 12
 Bezsilla J. 130
 Bitai M. 146

Blastik M. 13,
 Blázovics A. 10, 14, 114,
 187,
 Bodánszky H. 32, 214
 Bódi N. 104
 Bodó M. 63
 Bodoky G. 24, 59, 112
 Bodrogi L. 12
 Bogdán Rajcs S. 152
 Bóka B. 15
 Bordás L. 52
 Boros I. 184, 194
 Böresök É. 210
 Bördös A. 16, 162
 Bueno L. 48
 Burai M. 7, 16, 17, 35, 46,
 54, 72, 85, 90, 93, 94, 127,
 137, 157, 162, 164, 201
 Burdelski M. 219
 Buris L. 18
 Bursics A. 12, 19, 28, 33,
 38, 72, 73, 112, 115, 149,
 162, 208, 209, 211
 Buzás G. 20

C

Canelo R. 168
 Chamdin S. 56
 Czabai G. 14,
 Czakó L. 21, 70
 Czeplédi Z. 179
 Czimmer J. 22, 55, 67

Cs

Csák T. 10, 23, 131, 217
 Csapó Z. 24
 Cseh J. 42
 Csicsai L. 25, 79, 207
 Csikós D. 26
 Csípő I. 126
 Csizmadia C. 27, 71
 Csízy I. 161
 Csomán É. 50
 Csonka L. 215
 Csonka S. 28
 Csoszánszki N. 29
 Csőkör K. 76

D

D. Fejős S. 42
 Dahlbom I. 89

Dallos G. 160
 Dalmi L. 220
 Damjanovich L. 80, 82,
 199
 Damrah O. 168
 Dancs N. 30, 68, 142
 Dávid G. 136
 Demeter P. 43, 118, 143
 Denkler G. 31
 Dezsőfi A. 32, 181, 195,
 214, 219
 Diófalvi K. 33, 115
 Dockray G. 163
 Doros A. 34, 162
 Dorozs A. 12
 Dózsa L. 35, 46
 Döbrönte Z. 31, 99
 Dömötör A. 99
 Dunkel K. 36, 202

E

Egyed M. 66
 Éles Z. 44
 Ender F. 151
 Erényi Á. 68
 Erőss B. 37
 Eutamene H. 48

F

F Kiss Z. 128, 173
 Fábián G. 192
 Faludi S. 67
 Farkas I. 38
 Faust Z. 141
 Fazakas J. 119, 160
 Fazekas I. 52
 Fearn A. 184
 Fehér E. 2, 147, 194
 Fehér J. 51
 Fehérvári I. 34, 125
 Fejes R. 39, 109, 183
 Fekete A. 28
 Fekete É. 104
 Fekete K. 40, 144
 Fekete M. 72
 Felföldi F. 41, 159
 Ferenci P. 49
 Ferencz A. 173
 Ferrier L. 48
 Figler M. 4, 42, 103
 Fioramonti J. 48

Firneisz G. 51
 Fischer S. 43, 49, 118, 139
 Flautner L. 59
 Folhoffer A. 23
 Forgács A. 44
 Forgóné Bodnár É. 65
 Földházi K. 56
 Földi I. 45, 57, 139
 Földiné Kiss G. 5
 Funch-Jensen P. 96
 Fuszek P. 49, 98, 108
 Futó Á. 185
 Fülöp C. 8, 138
 Fűtő L. 92

G

G. Kiss G. 182
 Gaál G. 35, 46, 160
 Gajdán L. 50
 Gál I. 182
 Galamb B. 47, 62, 116, 117, 167, 171
 Galamb O. 47, 62, 116, 117, 167, 171
 Gáll I. 52
 Gara Á. 217
 Gasztonyi B. 186
 Gecse K. 48
 Gemela O. 49
 Gera I. 84
 Gergely L. 18
 Gerlei Z. 119, 125, 160
 Gervain J. 50, 100, 129, 220
 Ghyczy D. 51
 Gódi S. 169
 Goulet O. 212
 Görög D. 32, 34, 125, 160
 Gray A. M. 110, 153, 184, 213
 Griesenbach U. 153
 Gulyás J. 119, 160
 Gurzó Z. 52

Gy

Gyenisné Jakab J. 53
 Gyires K. 3, 11, 165
 Gyökeres T. 7, 12, 16, 17, 35, 46, 54, 72, 73, 85, 93, 94, 112, 137, 157, 162,

164, 172, 201, 208, 209, 211
 Györffy A. 120
 Györffy B. 120
 Györffy H. 214
 Györfy H. 108
 Gyürüs P. 30

H

Hágendorn R. 55
 Hagymási K. 10
 Hajós R. 99
 Halász M. 141
 Halmy L. 180
 Hamvas J. 36, 56, 58, 81, 111, 112, 178, 197, 202, 203
 Hantos M. 23
 Haraszti B. 57
 Harbula I. 58
 Harisi R. 59
 Harmos F. 38, 73
 Harsányi L. 24, 108, 198
 Hársfalvi J. 45, 205
 Hartmann E. 34
 Hasegawa M. 153
 Hegedüs G. 141
 Hegyi P. 70, 110, 132, 153, 163, 184, 213, 223
 Henter I. 40, 60, 144
 Heringh Z. 61
 Heringh Zs. 152
 Hersényi L. 76, 97, 114, 150, 215
 Hevér-Pálfy T. 62
 Hitre E. 49, 172
 Hofner P. 118
 Hompot E. 106
 Horvát G. 63, 92, 106
 Horváth A. 23, 217
 Horváth E. 198
 Horváth G. 220
 Horvath H. 49, 98
 Horváth K. 65
 Horváth L. 64
 Horváth T. 131
 Horváth V. 68
 Horváth-Pacsirta K. 66
 Huba A. 79
 Hunyady B. 55, 67, 141
 Hussam S. 30, 68, 142

I

Ibrányi E. 131
 Igaz I. 69
 Ignáth I. 70, 153, 163
 Illés A. 27, 71, 83
 Illés K. 72, 122
 Ilyés S. 52
 Inoue M. 153
 Iványi A. 12, 38, 73, 208, 209
 Izbéki F. 48, 70, 104, 128, 155, 156, 166,

J

Jakab F. 120
 Jánoki M. 225, 226
 Járay J. 34, 119, 125, 145, 160
 Jávorszky E. 195
 Jiao L. 168
 Jónás A. 25, 74, 79
 Joó I. 75, 96, 109
 Józsa A. 64
 Juhász B. 80, 82
 Juhász E. 41, 159
 Juhász L. 123
 Juhász M. 76, 97, 150, 215

K

Kabai A. 77
 Kacska S. 78, 133, 218
 Kádár B. 25, 79, 207
 Kádár K. 84
 Kaiser L. 173
 Kalmárné Kubinyi I. 203
 Kanyári Z. 80, 82
 Karádi O. 55, 67
 Kárász T. 30, 68, 142
 Kassai M. 83
 Kaszás I. 143
 Kelemen Á. 91
 Kellermayer R. 1
 Kempler P. 131, 210
 Kerékgyártó O. 81
 Kereskai L. 99
 Keszthelyi L. 37
 Kincses Z. 80, 82
 Király Á. 1, 27, 53, 71, 83, 170
 Király M. 84

Király O. 85, 127, 164
 Király R. 89
 Kiss A. 20
 Kiss S. 15
 Kneffel P. 31
 Kóbori L. 32
 Kocsondi L. 66
 Kokas M. 86
 Kollai M. 131
 Kollár B. 66
 Korom T. 87, 124, 135
 Koromosné Török É. 88
 Korponay Z. 119
 Korponay-Szabó I. 45, 57, 89, 126, 175, 181
 Kósa I. 182
 Kovacs A. 43
 Kovács Á. 118, 187
 Kovács F. 90
 Kovács G. 50
 Kovács J. 182
 Kovács L. 63
 Kovács M. 91
 Kovács Z. 81, 146
 Kovalcsik Z. 6
 Kozák R. 63, 92, 106
 Kozma M. 93
 Köhalmy K. 119, 160
 Köveskúti Á. 19, 33
 Krecsik J. 94
 Krenács T. 167
 Kristóf T. 123
 Krizsó E. 176
 Kuncz Á. 146
 Kupcsulik P. 24, 25, 59, 74, 79, 95, 138, 200, 207
 Kurt G. 25, 79, 207
 Kurucsai G. 75, 96, 109
 Kutassy B. 161
 Kürthy K. 203

L

Lacaille F. 212
 Lakatos G. 97, 150
 Lakatos L. 43, 49, 118, 136, 139
 Lakatos P. 43, 49, 108, 114, 118, 131, 139, 206
 Lakatos P. L. 98
 Laki A. 151
 Lakner L. 31, 99

Lakó K. 86
 Lakos G. 206
 Lambert M. 50, 100
 László A. 101
 Lásztity N. 102
 Lauretta A. 168
 Lázár G. 9, 166
 Lázár M. 210
 Ledó N. 147
 Lelovics Z. 40, 103, 144
 Lénárd Z. 173
 Lénárt Z. 188
 Lengyel C. 210
 Lengyel G. 51, 125
 Lengyel Z. 191
 Linke N. 104
 Lipkovics J. 92
 Lombay B. 105
 Lonovics J. 21, 48, 70, 75, 87, 104, 110, 118, 128, 135, 153, 155, 156, 163, 173, 177, 184, 188, 189, 210, 213
 Lotz G. 20, 125
 Lőrincz M. 175
 Lövei L. 106
 Lujber L. 192
 Lukács M. 27, 107
 Lukász P. 44
 Lukovich P. 25, 26, 74, 79, 108, 200, 207

M

Madácsy L. 39, 64, 75, 96, 109, 177, 183
 Magyar I. 106
 Máj C. 50, 121, 129
 Maki M. 89
 Makk L. 156
 Maléth A. 160
 Maléth J. 110, 213
 Mályi I. 111
 Mándi Y. 118, 193
 Márkus B. 31
 Márton J. 9
 Máté I. 45
 Máthé Z. 34, 160
 Meczker Á. 99
 Melegh B. 42
 Merényi K. 112
 Mester G. 136

Mester T. 8
 Micskey É. 113
 Miheller P. 97, 114, 116, 117, 118, 150, 215
 Mikes C. 33, 38, 115
 Miklós K. 101
 Mikó T. 173
 Million M. 22
 Minik K. 123
 Miseta A. 141
 Molnár A. 40, 50, 100, 144
 Molnár B. 47, 62, 84, 97, 116, 117, 167, 171, 193, 215
 Molnár J. 117
 Molnár K. 67, 214
 Molnár T. 43, 70, 118, 139, 188, 189
 Monostory K. 119, 160
 Moravszki M. 191
 Móró Z. 67
 Morvay K. 138, 200
 Morvay Z. 87
 Mózsik G. 99, 141
 Munkácsy G. 120
 Müller Z. 121
 Müllner K. 90, 122, 211
 Müzes G. 114

N

Nagy A. 224
 Nagy A. 175
 Nagy F. 118, 188, 189
 Nagy G. 123, 130, 150
 Nagy I. 87, 124, 135, 220
 Nagy L. 27, 71, 83, 107, 110, 213,
 Nagy P. 23, 24, 125
 Nagy Szakáll D. 214
 Nagy V. 146
 Nagy Z. 28, 73, 179, 211
 Nehéz L. 95
 Nemes B. 34, 125, 160, 171
 Nemes É. 45, 57, 89, 126
 Nemes Nagy A. 29
 Nemesánszky E. 190, 220
 Németh I. 173
 Németh A. 34, 97, 116, 117, 215
 Németh É. 122, 127

Németh I. 21, 128, 166, 189
 Németh J. 101
 Németh M. 63
 Németh T. 111, 178, 197
 Norman G. 139, 206
 Novák J. 52
 Nyikos O. 50, 129

O

Ormos J. 9
 Orosz P. 88, 123, 130
 Osztovits J. 10, 23, 43, 49, 131, 217
 Otlakán A. 52
 Óvári G. 153
 Ozsvár Z. 121
 Ózsvári B. 110, 132, 213

P

Pakodi F. 55, 67
 Palatka K. 78, 118, 133, 139, 218
 Páli Á. 134
 Pálinkás L. 141
 Pálvölgyi A. 87, 124, 135
 Pánczél P. 101
 Pandúr T. 136
 Pap Á. 7, 12, 16, 17, 19, 35, 46, 54, 72, 73, 85, 90, 93, 94, 102, 112, 122, 127, 137, 157, 162, 164, 201, 208, 209, 211
 Pápai Z. 191
 Papós M. 210
 Papp A. 95, 108, 138
 Papp G. 65
 Papp J. 43, 49, 98, 118, 139
 Papp M. 43, 45, 57, 133, 139, 205, 206, 218
 Pár A. 140, 141
 Pár G. 141
 Paszt A. 166
 Paukovics Á. 68
 Pávics L. 210
 Pécsi Gy. 86, 142
 Penyige J. 143
 Péter A. 145, 160, 204
 Péter G. 175
 Péter Z. 134

Pethő I. 166
 Petri A. 146
 Pikóné Babos G. 65
 Plaveczi É. 13,
 Polgár K. 65
 Pongor É. 2, 147
 Pop G. 149
 Porrogi P. 119, 160
 Pósán J. 148
 Pozsár J. 154, 158, 196, 216
 Pörnezi B. 19, 38, 149
 Pregun I. 76, 97, 150, 215
 Pusztai P. 150

R

Rábai K. 151, 179
 Rác F. 61, 152
 Rác I. 30, 68, 86, 91, 142, 225
 Rác K. 114, 150
 Rajczy K. 204
 Rajnics P. 66
 Rakonczay Jr. Z. 70, 153, 184, 213
 Rakonczay Z. 110, 163
 Rapavi E. 187
 Rédei C. 154, 196
 Réti A. 151
 Revillon Y. 212
 Ribiczey P. 220
 Róka R. 48, 128, 155, 156
 Rokszi R. 146
 Rosztóczy A. 48, 70, 104, 128, 155, 156, 166, 188
 Rumi G. 55, 66, 67
 Ruzsnyák K. 157
 Ruzsa Á. 186

S

Sahin P. 158, 216
 Sahin-Tóth M. 132
 Salamon Á. 41, 159
 Salamon F. 151, 179
 Sallai L. 217
 Sánta J. 41
 Sáp P. 18, 148, 161
 Sárdi É. 14,
 Sarlós G. 169
 Sárváry E. 119, 125, 160
 Sasi Szabó L. 18, 82, 161

Schäfer E. 12, 16, 33, 35, 46, 85, 93, 94, 122, 162, 164, 208, 209
 Schaff Z. 125
 Schmitz J. 212
 Schnur A. 163
 Schnúr A. 70
 Selmei L. 51
 Semegi É. 85, 127, 164
 Shujaa N. 3, 11, 165
 Shums Z. 139, 206
 Simon L. 41, 159
 Simonka Z. 166
 Sipka S. 126, 206
 Sipos F. 47, 116, 150, 167, 171, 221
 Sipos G. 69
 Sipos P. 168
 Smausz E. 65
 Solt J. 169
 Solymosi N. 47, 116, 167, 171
 Somfay A. 156
 Somogyi A. 51
 Somogyiné Kolozsvári M. 170
 Spisák S. 47, 62, 116, 167, 171
 Sréter L. 172
 Stumpf A. 176
 Sükösd F. 128, 173
 Sülle C. 66
 Sümegi J. 88, 130, 174
 Sütő G. 1
 Szejkovszky Á. 154, 196

Sz

Szabó A. 175, 193
 Szabó E. 176, 214
 Szabó I. 55, 67
 Szabó Z. 101
 Szabolcs A. 177
 Szakács A. 178
 Szakáll S. 191
 Szalay F. 23, 49, 105, 131, 140, 217
 Szalay Z. 175
 Szalóki T. 21
 Szamosi T. 179
 Szebeni Á. 37, 180, 222
 Szebeni B. 181

Szegedi L. 89, 126, 182
 Székely A. 39, 64, 96, 109, 183
 Székely C. 184
 Székely E. 14,
 Székely G. 14, 15
 Székely G. 37, 151, 185, 190,
 Székely H. 76, 215
 Székely I. 39, 64
 Szekeres G. 99
 Szendrei M. 203
 Szenes M. 186
 Szentkereszty Z. 161
 Szentmihályi K. 187
 Szentpáli K. 166
 Szepes A. 70, 75, 96, 177, 188
 Szepes Z. 70, 188, 189
 Szereday L. 141
 Szigeti N. 192
 Szilágyi A. 50, 183
 Szilvás Á. 14, 37, 185, 190,
 Szilvási I. 191
 Szolykóné Szaszko Z. 192
 Szoó G. 63
 Szőke D. 193
 Szőke E. 194
 Szőnyi L. 32, 195, 214, 219
 Szőnyi M. 154, 196

T

Tabár B. 169
 Taché Y. 22
 Takács I. 72, 112, 137, 148, 208, 209, 211
 Takács R. 36, 56, 58, 111, 178, 197, 202, 203, 210
 Takács T. 70, 110, 153, 163, 177, 184, 213
 Takáts A. 200
 Takáts Z. 195
 Talián C. G. 42
 Taller A. 26, 69, 198
 Tam B. 41, 159
 Tanyi M. 199
 Tari K. 74, 200
 Tarpay Á. 201
 Tatai O. 202

Tátrai L. 40, 144
 Tátrai Tamás E. 203
 Tekes K. 3, 11, 23
 Telegdy L. 220
 Telkes G. 145, 204
 Tihanyi T. 162
 Tihanyi Z. 183
 Tiszai A. 70, 173
 Tiszlavicz L. 21, 128, 146, 166, 173, 189
 Tollas Ö. 194
 Tomsits E. 29
 Topa L. 154, 158, 196, 216
 Tordai A. 43
 Tornai I. 133, 140, 205, 218, 220
 Tóth A. 8, 110
 Tóth C. 31, 99
 Tóth J. 4
 Tóth K. 47, 116, 171
 Tóth L. 154, 196
 Tóth T. 131
 Tóth V. 21
 Török I. 134
 Török Z. 6
 Tulassay Z. 43, 47, 62, 76, 97, 114, 116, 117, 118, 120, 122, 139, 150, 167, 171, 193, 204, 215, 220, 221
 Tumpek J. 57, 126, 139, 206

U

Udvardy M. 45, 205

V

Vadinszky G. 15
 Vág J. 153
 Vágvolgyi A. 148
 Valecz G. 167
 Váli L. 187
 Vannay Á. 181
 Váradi G. 25, 74, 79, 207
 Várady Z. 102, 208,
 Varga A. 146
 Varga G. 19, 33, 72, 73, 84, 112, 115, 149, 153
 Varga L. 9
 Varga M. 90, 145, 157, 204, 220

Varga T. 51
 Vargyai É. 106
 Várkonyi T. 96, 210
 Varró A. 70, 110, 163, 213
 Varsányi M. 90, 102, 157, 211
 Várvolgyi C. 45, 57
 Vásárhelyi B. 181
 Vasi I. 30
 Vass L. 134
 Vass N. 212
 Vattay P. 186
 Vecsei Z. 89
 Veisz L. 152
 Venglovecz V. 70, 110, 163, 213
 Veres G. 32, 181, 214
 Vesza Z. 215
 Vincze A. 226
 Vincze L. 5
 Virág Z. 216
 Visnyei Zs. 10, 23, 131, 217
 Vitális Z. 133, 139, 218
 Vojnisek Z. 219
 Völgyi Z. 186
 Vörös A. 179

W

W. F. W. Alton E. 153
 Wacha J. 200
 Weltner J. 59, 95, 138
 Werling K. 220
 Wittmann T. 48, 104, 128, 155, 156, 166
 Zádori G. 34
 Zádori Z. 3, 11, 165
 Zágonyi T. 76, 97, 116, 117, 171, 215, 221
 Zaja A. 154, 196
 Zalatnai A. 13, 23,
 Zámbo O. 198
 Zelles T. 194
 Zinober K. 49
 Zubek L. 98
 Zsigmond F. 37, 222

KIÁLLÍTÓK ÉS HIRDETŐK / EXHIBITORS AND ADVERTISERS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönetet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 49. Nagygyűlésen kiállítással, hirdetéssel vettek részt.

The Hungarian Gastroenterological Society expresses its gratitude to all organizations and companies which have participated with exhibition, advertising at the 49th Annual Meeting.

- | | | |
|---|---|---|
| • 1a Pharma Kft.
Budapest | • Dr. FALK PHARMA
Képviselő - MEDICONS
Kft.
Budapest | • NOVARTIS Hungária Kft.
Budapest |
| • ABBOTT Laboratories
(Mo.) Kft.
Budapest | • FUJINON Képviselő –
HUN-MED Kft.
Budapest | • NYCOMED –
ALTANA Pharma Kft.
Budapest |
| • ART STÚDIÓ GALÉRIA
Veszprém | • JANSSEN – CILAG
Hungary
division of Johnson &
Johnson Budapest | • PREMIUM HEALTH
Concept Bt.
Pápa |
| • ASTRAZENECA Kft.
Budapest | • JOHNSON & JOHNSON
Kft.
Budapest | • ProGastro Kft.
Eger |
| • BERLIN-CHEMIE
KÉPVISELET
Budaörs | • KRKA MAGYARORSZÁG
KER. KÉPV.
Budapest | • RICHTER GEDEON Rt.
Budapest |
| • BOEHRINGER INGELHEIM
PHARMA
Budapest | • LITERATURA MEDICA
Kiadó
Budapest | • ROCHE (Magyarország)
Kft.
Budaörs |
| • CAL+MED Hungary Kft.
Budapest | • LUX HUNGÁRIA KFT.
Budapest | • SCHERING-PLOUGH / USA
Central East AG
Budapest |
| • COMESA Budapest Kft.
Budapest | • MEDICAL TRIBUNE Kft.
Budapest | • SINNEX Kft.
Budapest |
| • DANONE Kft.
Budapest | • MEDICINA Könyvkiadó Zrt.
Budapest | • SOLVAY Pharma Kft.
Budapest |
| • ECOLAB HYGIÉNE Kft.
Budapest | • MEDICO UNO Pharma Kft.
Budapest | • STRATHMANN AG&CO
Budapest |
| • ENDO-PLUS-SERVICE Kft.
Budapest | • MEDISAN HUNGARY Kft.
Budapest | • TEVA Magyarország Zrt.
Budapest |
| • EUROSCOPE Kft.
Budapest | • MICROMEDICAL Kft.
Budapest | • VITAMINKOSÁR KFT.
Budapest |
| • FERRING
MAGYARORSZÁG Kft.
Budapest | | |

A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
MEDICONS Kft. – DR. FALK PHARMA	Falk Symposium	BII
VITAMINKOSÁR Kft.	Protesin [®] Restore	6
SCHERINT-PLOUGH	PegIntron [®]	15
ROCHE Magyarország Kft.	PEGASYS [®]	16
NOVARTIS Hungary Ltd.	Sandostatin [®] LAR [®]	23
DANONE Kft.	Activia	24
FERRING Magyarország Kft.	GLYPRESSIN [®]	29
FERRING Magyarország Kft.	FLEET PHOSPHO-SODA	30
1a PHARMA Kft.	Gastroenterológiai portfólió	35
JANSSEN-CILAG Kft.	Pariet [®]	36
MEDISAN HUNGARY Kft.	NORMIX [®]	39
STRATHMANN GmbH.	Lactase [®]	40
TEVA Magyarország Zrt.	ZIMPAX	43
FERRING Magyarország Kft.	GLYPRESSIN [®]	44
NYCOMED – Altana Pharma Kft.	CONTROLOC [®]	53
NYCOMED – Altana Pharma Kft.	CONTROLOC [®]	54
BOEHRINGER INGELHEIM Pharma	Dulcolax [®]	57
MEDICO UNO Pharma Kft.	Bonolact	58
MEDICONS Kft. – DR. FALK PHARMA	Salofalk [®] klizma	65
FERRING Magyarország Kft.	Pentasa [®]	66
RICHTER-GEDEON RT.	Quamatel [®]	77
JANSSEN-CILAG Kft.	Pariet [®]	BIII
RICHTER-GEDEON RT.	LANSONE [®]	BIV