



**ARABMED In EUROPE**  
إتحاد أطباء العرب في أوروبا  
**Arab Medical Union in Ireland**  
**UN Member (NGO)**  
عضو في هيئة الأمم المتحدة



**Programm & Abstracts**

**Under the Patronage of  
H.E. Mr. Conor Lenihan, Minister for Science,  
Technology, Innovation and Natural Resources, Ireland**



**26th Annual Meeting of ARABMED in Europe  
1st Annual Meeting of Arab Medical Union in Ireland**

**29 October – 31 October 2010  
Burlington Hotel Dublin– Ireland**

**ARABMED in Europe**  
**Annual Conferences/ Meetings 1984 – 2010**



01 <sup>st</sup> Meeting	26.-28.08.1984	Cologne / Germany
02 <sup>nd</sup> Meeting	05.-07.09.1985	Stuttgart / Germany
03 <sup>rd</sup> Meeting	28.-30.08.1986	Wiesbaden / Germany
04 <sup>th</sup> Meeting	04.-06.09.1987	Frankfurt / Germany
05 <sup>th</sup> Meeting	09.-11.09.1988	Wiesbaden / Germany
06 <sup>th</sup> Meeting	07.-09.09.1989	Frankfurt / Germany
07 <sup>th</sup> Meeting	01.-03.09.1990	Frankfurt / Germany
08 <sup>th</sup> Meeting	31.08-01.09.1991	Wiesbaden / Germany
09 <sup>th</sup> Meeting	22.-23.08.1992	Manchester / G.B.
10 <sup>th</sup> Meeting	27.-29.08.1993	Hamburg / Germany
11 <sup>th</sup> Meeting	02.-04.09.1994	Paris / France
12 <sup>th</sup> Meeting	22.-24.09.1995	Berlin / Germany
13 <sup>th</sup> Meeting	30.08-01.09.1996	Frankfurt / Germany
14 <sup>th</sup> Meeting	28.-30.08.1997	Rome / Italy
15 <sup>th</sup> Meeting	28.-30.08.1998	Munich / Germany
16 <sup>th</sup> Meeting	17.-19.09.1999	Düsseldorf / Germany
17 <sup>th</sup> Meeting	29.12.2000-05.01.2001	Dubai / UAE
18 <sup>th</sup> Meeting	07.-09.09.2001	Hanover / Germany
19 <sup>th</sup> Meeting	27.-29.09.2002	London / G.B.
20 <sup>th</sup> Meeting	05.-07.09.2003	Bonn / Germany
21 <sup>th</sup> Meeting	06.-12.08.2004	Istanbul / Turkey
22 <sup>th</sup> Meeting	25.-31.03.2005	Ajman / UAE
23 <sup>th</sup> Meeting	28.10-4.11.2006	Aleppo- Syria
24 <sup>th</sup> Meeting	31.10-.2.11.2008	Berlin / Germany
25 <sup>th</sup> Meeting	30.10-01.11.2009	Vienna – Austria
26 <sup>th</sup> Meeting	29. - 31.10. 2010	Dublin -. Irland
27 <sup>th</sup> Meeting	00.-00.00.2011	???

**Sponsorships**





**ARABMED In EUROPE**  
إتحاد أطباء العرب في أوروبا  
**Arab Medical Union in Ireland**  
**UN Member (NGO)**  
عضو في هيئة الأمم المتحدة



**Under the Patronage of**  
**H.E. Mr. Conor Lenihan, Minister for Science,**  
**Technology, Innovation and Natural Resources, Ireland**

**26<sup>th</sup> Annual Meeting of ARABMED in Europe**  
**1<sup>st</sup> Annual Meeting of Arab Medicals Union in Ireland**



المؤتمر الطبي السنوي السادس والعشرون لاتحاد أطباء العرب في أوروبا  
المؤتمر الطبي الأول لاتحاد الأطباء العرب في أيرلندا

**29 October – 31 October 2010**  
**Burlington Hotel Dublin– Ireland**

**Scientific Programm & Abstracts**  
البرنامج العلمي والملخصات

دبلن - أيرلندا

Dear Colleagues,

It is our utmost pleasure to welcome you to both the 26th Annual Meeting of ARABMED in Europe and the 1st Annual Conference of the Union of Arab Doctors in Ireland, convened in Dublin, 29-31 October 2010.

Submissions for presentation at this conference have been made from a wide range of European and Arab universities and hospitals. We are expecting delegates from 13 countries including Germany, UK, France, Spain, Ireland, Poland, Turkey, Austria, Iraq, Palestine, Saudi Arabia, Jordan and Syria. We are looking forward to a unique, stimulating and scientifically rewarding conference. Our scientific programme is rich and we expect it to be interesting and relevant to all participants. We also hope that you are able to meet old and new colleagues in these sessions leading to lively discussions in which you can learn from each other.

We at the Arab Medical Union in Europe very much hope that this gathering will enhance our scientific commitment and long-term cooperation between all of us. So far, the Union has held 25 scientific conferences in various European and Arab cities, which have been attended by nearly 2,050 European and Arab specialists including 400 professors and distinguished scholars.

Let me take this opportunity to praise those who wholeheartedly engaged in the development of this Union. On the one hand, these include some early pioneers who built the road with confidence and cemented the foundations of our work as well as provided the means of success and sustainability. On the other hand, these also include the second generation which has built on this solid base and overseen the expansion of activity and directed the Union towards new horizons. On behalf of the Arab Medical Union in Europe, I extend our sincere thanks to **Minister Conor Lenihan**, Minister for Science, Technology, Innovation and Natural Resources, Ireland, Dr. Ghassan Elagha, President of the Arab Medical Union in Ireland, and Dr. Keilani, President of the Union of Arab Medicals and Pharmacists in Austria, and the representatives from Arab countries. We would also like to thank the members of the scientific and organizing committee for their hard work. Last but not least, thanks are due to the participants and all presenters and to our delegates who are behind the success of this scientific gathering. A warm welcome to all of you and best wishes for an exciting conference!



Faidi Omar Mahmoud MD  
President of the  
Arab Medical Union in Europe



Dear Colleagues,

It is a great honour for me and my colleagues in the Arab Medical Union in Ireland to welcome all our highly esteemed guests of honour Ministers, Ambassadors and all our colleagues who have come from many different countries to join us today. We are so proud of you all. It is a great pleasure to host this important conference here in Dublin for the first time. Dublin the capital of Ireland, the country which has given us a lot and still gives, the country we all are proud of. Ireland has a great impact on human civilization with its contribution in health care, science, technology, education, peace keeping, scientific research, agriculture and in many other aspects. Today we meet in the 26th Arab Med Conference in Europe and the first conference for Arab Medical Union in Ireland, which I believe will be an excellent opportunity for us to meet and discuss a lot of scientific subjects in relation to our profession, exchange a lot of our experiences and follow the most recent updates in our researches. We are so delighted to have a group of highly qualified colleagues who work in many universities, important medical centres and prestigious clinics and who have dedicated a lot of their lives serving with humanity, with their incredible effort in all fields of health care. I wish you all a nice stay here in Dublin and to enjoy our social programme. I wish you all an enjoyable and happy meeting. I would like to thank all our kind colleagues who helped us in this medical conference and many thanks to you all.



Dr. Ghassan Elagha  
President of Arab medical union in Ireland

**Organising Bodies and Partners** الهيئات المنظمة

ARABMED in Europe

Arab medical union in Ireland

Arab Medicals and Pharmacists Union in Austria

**Under the Patronage of**

Minister **Conor Lenihan**, Minister for Science, Technology, Innovation and Natural Resources, Ireland

**Registration and Contact Address** عنوان المراسلات

**Germany:** Union Arabischer Mediziner in Europa (ARABMED)

**Prof. Dr Faidi Omar Mahmoud**, President of ARABMED in Europe, Senior Consultant Cardiacsurgery at University Heart Center of Erlangen

Rudelsweiher Str. 63 91054 Erlangen, Germany

Tel.: +499131 209986, Mobil +4917663760818, Fax +499131 209468.

Mail faidi.mahmoud@gmail.com

**Ireland**

**Dr.Ghassan Elagha**, President of Arab Medical Union in Ireland

2 Temple Manor Grove, Limekil Avenue, Dublin 12, Ireland, Tel.: +353868038162

Email: ghassanalagha@hotmail.com

**Scientific Committee:**

PD. Dr. Ayman Agah as Chairman of Committee Dr.Tammam Kelani, Dr. Nadim Sradj, Dr. Hesham Dahshan, Dr. med. Sayed Tarmassi, Prof. Faidi.Omar Mahmoud Dr. Mustafa Abdul Rahman, Dr. Farida Daria Basmaji, Dr. mahmoud Sultan, Dr. Khalil Ekky

**Organisation Committee:**

**Dr. Khalil Ekky** as Chairman of Committee, Drumcondra Clinic, 53 Lower

Drumcondra Rd, DUBLIN 9, Co. Dublin, Ireland 01 8376701

Tel 00353837670, [ekky@eircom.net](mailto:ekky@eircom.net)

Dr. Hesham Dahshan, Dr. Wesam Abou Amer, Dr. Ahmed Agha

**Registration Fees** رسم المؤتمر لا تشمل الإقامة

يرجى من الراغبين بالاشتراك التقدم باستمارات التسجيل وتسديد رسوم التسجيل باليورو حسب القائمة التالية.

Registratation Form	رسوم المؤتمر Fees	فئات التسجيل
Early Registration Until 30.Septmber 2010	150.00 €,	التسجيل الباكر حتى 30 ايلول 2010
Late Regesrtion at 1 - 20. Oct. 2010	180.00 €	التسجيل المتأخر من 1- 20 أكتوبر 2010
Regisrtation at 29-31 Oct.2010	200.00 €	التسجيل أثناء المؤتمر 29-31 أكتوبر 2010

يغطي رسم التسجيل المشاركة في حفل الافتتاح والحصول على وثائق المؤتمر والجلسات العلمية والعشاء لمرتين . أما المشاركين و المرافقين و الراغبين في المشاركة في العشاء الأول والثاني والحفلة الختامية و/أو الحصول على شهادة المؤتمر عليهم دفع 40 يورو لكل عشاء ولكل شخص , 15 يورو للأطفال دون سن الاثنا عشر عاما; الرجاء إحضار قسيمة تحويل البنك للمقارنة مع جداول البنك للمؤتمر تقبل التحويلات التي وصلت بتاريخ 20 اكتوبر 2010 فقط لاتقبل التحويلات بعد هذا التاريخ الرجاء الإلتزام

- طلاب الطب في اوروبا (بحسب بطاقات الجامعة) مدعوون لحضور المحاضرات النظرية مجانا وفي حال الرغبة للإشتراك في الوجبات وباقي النشاطات 75 Euro
- أعضاء اتحاد العرب في اوروبا و اتحاد الأطباء العرب في إيرلندا الدافعين لرسوم الإتحاد(150€) لعام 2010 يعفون من 20% من الرسوم السابقة المتوافقة مع التواريخ تقبل في حين إحضار قسيمة التحويلة لكي تقارن مع جداول البنك

- الزملاء القادمين من فلسطين المحتلة او العراق يعفون من 50% من رسم المؤتمر
- الرجاء من كل الزملاء الذين يودون ان يستضيفوا أحدا ان يضعوا بعين الاعتبار كل التكاليف من (الرسوم وتكاليف الإقامة) لكي لا نخرج أحدا

### مكان المؤتمر Conference Hotel

#### Burlington Hotel Dublin

Upper Leeson Street, 4, Dublin, Ireland

Tel: +353 (0)1 618 5600 Fax +353 (0)1 618 5693, Email: info@burlingtonhotel.ie

	Doppel Room DR	Singel Room SR
<b>Hotel Rate (1 Night) with Breakfast</b>	89,00 €	< 89,00 €*

للراغبين في الإقامة في فندق المؤتمر الرجاء الحجز لمفرده على العنوان المذكور ويجب ذكر أنه مشترك في مؤتمر ال ARABMED Confrence تضاف سعر فطور إضافي في الغرفة المزدوجة ومن يريد الحصول على فندق آخر يرجى البحث لوحده على الشروط التي يرغبها في الإنترنت على العنوان

Alternative for Hotel Reservation Please contact [www.hrs.de](http://www.hrs.de)

### Bank Transfer for Congress Participation in Dublin رسوم المشاركين في المؤتمر

NAME OF THE BANK: BANK OF IRELAND

CODE: 90-05-19

ACCOUNT NUMBER: 44664714

IBN NO.=IE63-BOFI-9000-3344-6647-14

BIC NO.=BOFIIIE2D

ADDRESS: 43 LOWER DRUMCONDRA ROAD, DRUMCONDRA, DUBLIN 9, DUBLIN, IRELAND.

للراغبين الإنتساب الى **إتحاد أطباء العرب في أوروبا** والإستفادة من الرسوم المخفضة للمؤتمر يمكنهم تحويل رسوم الإنتساب € 150 يورو الى رقم حساب الإتحاد في المانيا بعد إملاء الإستمارة الخاصة بذلك

### Bank Transfer for ARABMED in Europe بنك إتحاد أطباء العرب في أوروبا

**Union Arabischer Mediziner in Europa (ARABMED) المنتسبين للإتحاد من خارج إيرلند**

Sparkasse Erlangen, Konto- Nr.: 60025142, Bankleitzahl 76350000

BIC-/SWIFT-Code: BYLADEM1ERH, IBAN-Nummer: DE22 763500000060025142

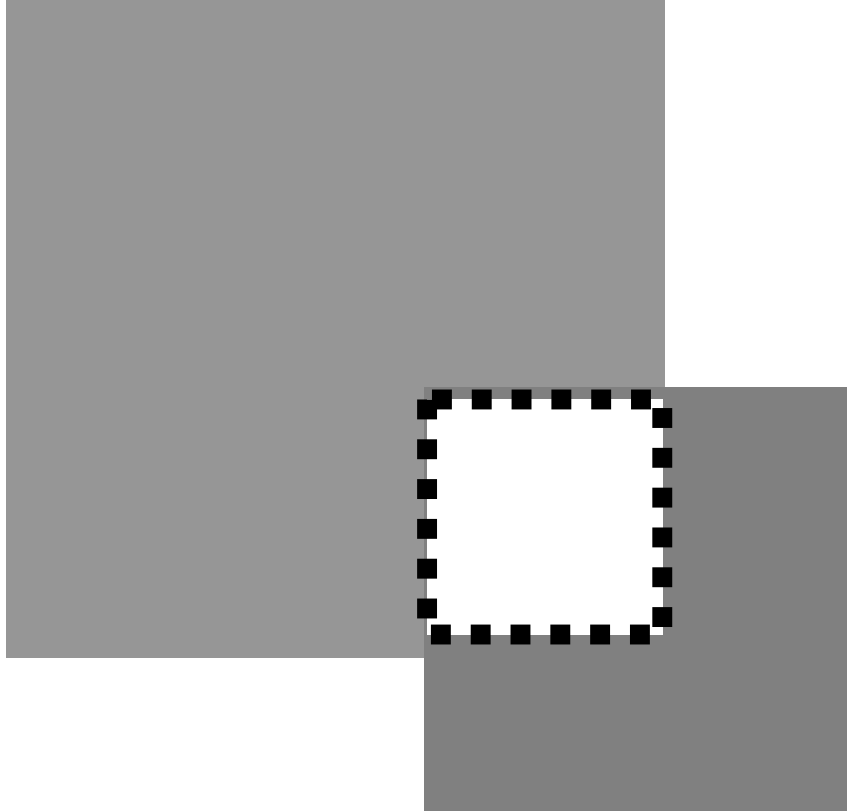
### Social Program Go together in Dublin

دبلن المدينة التاريخية والسحرية والجميلة مع قصورها وحدائقها وقلاعها وشوارعها وطبيعتها الخلابة تتخلله نهر الليفي River Liffey التي تزيدها أناقة وجمالا, لإكتشافها لابد من العديد من الساعات والأيام . ان زملاتنا في دبلن في اللجنة التنظيمية هم أخير الناس لهذه المدينة لذلك خصصنا وقتا كافيا للتمتع وسنضع التفاصيل أثناء المؤتمر حسب العدد النهائي ومكان التجمع التكاليف ستكون إضافية

### Information for speakers

- Time management of your presentation is of at most importance, please do not exceed the allocated time for your presentation, Oral presentation **only 15 minutes** and poster with short presentation only 5 minutes
- Please bring your presentation before begin your session in conference hall. This guarantees a fluent course of session
- **Language of conference**  
Arabic or English, (presentation only in English)
- Only presentation on, Floppy Disks or USB sticks can be processed. To use your own laptop is not possible. Slide and Video tapes projection, not possible, An Overhead can be provided on request
- The date (29 or 30 October 2010 in Dublin) and room of your presentation can be found in the conference program which will be available on ARABMED's homepage ([www.arabmed.de](http://www.arabmed.de)) soon.
- **Programm Chair, Editor& Design**  
Prof. Dr. Faidi Omar Mahmoud All speakers are responsible for the content of their lecture

المؤتمر الطبي السنوي السادس والعشرون لاتحاد أطباء العرب في أوروبا  
المؤتمر الطبي الأول لاتحاد الأطباء العرب في أيرلندا



**26<sup>th</sup> Annual Meeting of ARABMED in Europe**  
**1<sup>st</sup> Annual Meeting of Arab Medicals Union in Ireland**  
**29 October – 31 October 2010 Dublin– Ireland**

## **Scientific Programm**

---

البرنامج العلمي



## Friday 29, October 2010

الجمعة

Friday, 29 October 2010 الجمعة  
Arrival to Dublin 12.00 Registration

Time	Hall 1	Hall 2	Foyer
15.00-16.30	Scientific Program	Scientific Program	Poster Sassion
16.30- 17.00	Break	Break	
17.00-19.30	Scientific Program	Scientific Program	

**20:00 Dinner and Transport @ 8pm Sharp**

Saturday, 30 October 2010: السبت

Time	Hall 1	Hall 2	Foyer
08.30-10.10	Scientific Program	Workshop	Poster Sassion
10.30-12.30	Opening Ceremony		
12.30- 13.30	Lunch	Lunch	
13.30-15.00	Scientific Program	Scientific Program	
15.00- 15.30	Break	Break	
15.30- 17.30	Scientific Program	Scientific Program	

17:30 – 19:30. ARABMED Members Meeting

اجتماع الهيئة الإدارية ولجان المؤتمر في الفندق

**20:00 Dinner in the Burlington Hotel**

Sunday 31 October 2010 الأحد

**11:00 Social Programme البرنامج السياحي**

# I Opening session Cardiology and Telemedicine

## جلسة القلبية والطبابة الأليكترونية

15.00-16.30 Hall 1 (Main Auditoriums)

Chair: Prof. Dr. Faidi Mahmoud (Germany)

Dr. Bahjat Assaf (Espania)

Dr. Ossama Al Babbili (UAE)

### 1. Management of Medical Emergency on Board

تدبير الحالات الإسعافية في الطائرة المحلقة

Prof. Dr. Faidi Mahmoud

Dept. of Cardiac surgery, Erlangen University Hospital, Germany

### 2. ADVANTAGES OF TELEMEDICINE. TRANSTELEPHONIC ECG AND ITS APPLICATIONS

مزايا التطبيب عن بعد. وتخطيط القلب الكهربائي عبر الهاتف وتطبيقاتها

Dr. Bahjat Assaf & Mr. Ali Assaf

Madrid Spain

### 3. The use of invented simple electronic stethoscope to detect heart sounds and heart print

السماعة الأليكترونية تحول أصوات القلب الى كتابة

Saad Alshamma\*, Mohammed Hammoodi\*\*, Hassan Al-Sakafi\*\*

\*Department of Biomedical engineer. Sudan University, Khartoum. Sudan.

\*\* Al -Yarmouk College. Khartoum. Sudan.

### 4. Minimally invasive Surgery MIS, achieving more with less.

تحقيق المزيد بالجراحة الحد الأدنى من البضع

Mr. Maher Shuhaibar MB Bch FRCSI FRCSI CT

Consultant Cardiothoracic Surgeon at UPMC Beacon Hospital and Mater Private Hospital, Dublin Ireland

### 5. The Interdependence between Oral Health and Overall Health during Developmental Age. A Review of the Literature.

الترابط بين صحة الفم والصحة العامة خلال مرحلة النمو. استعراض للمراجع و المصادر

1-Dr. Farida Daria Basmadjji د.فريدة داريا بصمه جي

2-Prof. Barbara Adamowicz-Klepalska الاستاذة الدكتور باربارة داموفيش-كليبالسكا

Department of PaediatricDentistry Medical University of Gdańsk, /Poland

- مناقشة Discussion -

- Break -

## Medical Ethics & Diabetic جلسة أخلاقيات الطب والسكري

17.00-19.30 Hall 1 (Main Auditoriums)

Chair: Dr Mustafa ABDUL RAHMAN (France)  
Dr. Prof. Dr. Khaled Basmadji (Syria)  
**Dr. Tammam Kelani (Austria)**

### 6. The three most important qualities that must be shown by all physician

أهم ثلاث صفات يجب ان يتحلى بها كل طبيب

Dr Mustafa ABDUL RAHMAN, MD-CES-CU-DIU-DU

CONSULTANT PEDIATRICIAN WITH A SPECIAL INTEREST IN  
NEONATOLOGY

### 7. The Importance of Andalusian Medicine in the Arab-Islamic Medical Heritage and Its Contribution to the European Medical Renaissance.

أهمية الطب الأندلسي في التراث الطبي العربي الإسلامي و إسهامه في النهضة الطبية الأوربية

1- Prof. Dr. Khaled Basmadji الاستاذ الدكتور خالد بصرمه جي

University of Aleppo, Institute of History of Arabic Science /Syria

2- Dr. Farida Daria Basmadji د. فريدة داريا بصرمه جي

Department of Paediatric Dentistry Medical University of Gdańsk, /Poland

### 8. First management in preterm infant

ولد خديجا أنعشه ام لا

Dr Mustafa ABDUL RAHMAN, MD-CES-CU-DIU-DU

CONSULTANT PEDIATRICIAN WITH A SPECIAL INTEREST IN  
NEONATOLOGY, Yvette Private Hospital, FRANCE

### 9. Diabetes update 2010

ماهو الجديد في داء السكري

Dr. Mahmoud Sultan

Diabetic centre Berlin , Germany

### 10. Diabetic Retinopathy

اعتلال الشبكية السكري

Dr. Tammam Kelani

Ophthalmologist President of Arab medical and Pharmacists Union in Austria

Vienna, Austria

### 11. Family Constellation / Familienstellen

الوقوف العائلي

Mrs Schröder Jamileh

Privat Praxies, Ingelheim, Germany

20.00 Dinner طعام العشاء

## **I Minimal invasive Surgery** **جلسة الجراحة التنظيرية**

**08.30-10.15 Hall 2**

Chair: Prof. Dr. med. Ayman Agha (Germany)  
Dr. Matthias Hornung (Germany)  
Dr. Nadim SRADJ (Germany)

### **12. Advantages and disadvantages of minimal invasive surgery**

المزايا الإيجابية والسلبية في جراحة الحد الأدنى من البضع

Dr. Matthias Hornung, consultant surgeon, university hospital of Regensburg, Germany

### **13. Minimal invasive thyroid surgery: Experiences with more than 100 cases**

جراحة الغدة نظير الدرق بالحد الأدنى من البضع تجربة لأكثر من 100 حالة

Prof. Dr. med. Ayman Agha, consultant surgeon, university hospital of Regensburg, Germany

### **14. Different approaches of minimal invasive adrenalectomy:**

الطرق الجراحية المختلفة لإستئصال الكظر بالجراحة الأدنى من البضع

Prof. Dr. med. Ayman Agha  
Consultant surgeon, university hospital of Regensburg, Germany

### **15. Outpatient Abdominoplasty! Is it a safe practice?**

هل إخراج المريض في يوم العملية إجراء أمين؟

Ahmed Salman, Reem Salman  
Park West Clinic, Auralia Cosmetics, Dublin, Ireland.

### **16. Breast Augmentation : single unit and single surgeon**

خبرة مستشفى دبلن الغربية في الجراحة التعويضية للتدي

Reem Salman, Ahmed Salman  
Park West Clinic, Auralia Cosmetics, Dublin, Ireland.

### **17. Neuroendocrine Disorders after Traumatic Brain Injury**

التغيرات الغدية العصبية بعد أذيات الدماغ الرضية

Dr. Amar Agha  
Consultant Pituitary Endocrinologist and a Senior Lecturer  
Beaumont Hospital and the Royal College of Surgeons Medical School in Dublin  
Dublin, Ireland.

الرجاء من رؤوساء الجلسة إنهاء الجلسة في الوقت المسموح له

**26th Annual Meeting of ARABMED in Europe  
1st Annual Meeting of Arab Medical Union in Ireland**

## **Opening Ceremony**

**افتتاح المؤتمر**

**10.30-12.30 Hall 1 (Main Auditoriums)  
Burlington Hotel Dublin– Ireland**

**الصالة الكبيرة في فندق بورلنغتون دبلن**

**برنامج الافتتاح**

- 1- كلمة رئيس المؤتمر ورئيس إتحاد أطباء العرب في إيرلندا الدكتور غسان أغا
- 2 - كلمة رئيس اتحاد الأطباء والصيدالة العرب في النمسا الدكتور تمام كيلاني
- 3 - كلمة رئيس إتحاد أطباء العرب في اوروبا الدكتور فيضي عمر محمود
- 4 - كلمة راعي المؤتمر السيد لينيهان كونور وزير تطوير الموارد التعليمية و التقنية في إيرلندا

### **Welcome, Greetings and Main Speeches**

**Dr.Ghassan Elagha**

President of Arab medical union in Ireland

**Dr. Tammam Kelani**

President of Arab medical and Pharmacists Union in Austria

**Prof. Dr. Faidi Omar Mahmoud**

President of ARABMED in Europe

**H.E. Mr. Conor Lenihan**

Minister for Science, Technology, Innovation and Natural Resources, Ireland

**- Break – Lunch -**

## Radiology & Surgery جلسة الأشعة والجراحة العامة

13.30 – 15.00 Hall 1 (Main Auditoriums)

Chair: Dr William Torreggiani  
Prof. Dr. Z. HABBAL (Saudi Arabia)  
Dr. Amer Hashim Al Ani (Jordan)  
Dr. Mahmoud Sultan (Germany)

### 18. maging of urinary tract infection

Dr William Torreggiani  
Consultant radiologist, Tallaght hospital dublin, Ireland

### 19. The emerging role of radiological techniques in clinical decision making.

Dr William Torreggiani  
Consultant radiologist, Tallaght hospital dublin, Ireland

### 20. Theory and Practice of Eye Training for Near Vision and PC Work

المبادئ النظرية والتمارين العملية للعين أثناء التعامل بالكومبيوتر  
Dr. Nadim Sradj, M.A.  
Regensburg, Germany

### 21. Assessment and Management of Massive Haemoptysis

Dr. Abdul Monem HAMID  
Hôpital FOCH-Paris, Université Paris Ouest, France

### 22. Rare Complication of Bariatric surgery ( Case report & review of the Literature )

إختلاط نادر في جراحة السمنة عرض حالة طبية نادرة  
Prof. Dr. Z.HABBAL M.Al-Tair, A.Meshaikhes,  
Consultant Surgeon  
King Fahad Specialist Hospital – Dammam.. Saudi Arabia

### 23. Dream & Reality In Sleeve Gastrectomy

الحلم والحقيقة في قص المعدة بشكل كُوم  
Dr. Amer Hashim Al Ani MD عامر العاني, Dr. Hussen Shamout, Dr. Awad Al Dumor\*,  
Dr. Monther Abu Reden, Dr. Sallam Al Hanash  
General& GIT Surgeon, Al Bashir teaching Hospital MOH Amman  
Amman - Jordan.



## **Workshop to discuss some social issues**

**ورشة عمل لمناقشة بعض المواضيع الإجتماعية**

**08.30-10.15 Hall 2**

Chair:

Mrs Schröder Jamileh (Germany)

### **Family Constellation / Familienstellen**

---

الوقوف العائلي

Mrs Schröder Jamileh

Ingelheim, Germany

**How come the disease and why?**

**Disruption of family**

**Deprivation of family affiliation**

كيف يأتي المرض ولماذا؟

إختلال النظام العائلي

الحرمان من الإلتناء العائلي

الدعوة مفتوحة أيضا لغير الأطباء والنساء المرافقات

المناقشة ستكون على الأغلب باللغة العربية

## SurgeyII جلسة الجراحة العامة

15.30 – 17.00 Hall 2

Chair:

Dr. Amer Hashim Al Ani (Jordan)

Dr. Yahya AL-HABBAL, ( Australia)

### 24. DERMOID CYST OF THE RECTUM Case report

عرض حالة إستئصال كيسة عجانبية من المستقيم

Dr. Jiyān A. Ahmed Zangana

General surgeon

Kirkuk G. hospital

### 25. Repair of hypospadias in Mosul Pediatric Surgery Centre Analysis of 125 cases

نتائج جراحة الأطفال في الموصل

Dr. Abdul Rahman A. Sulaiman

Medical college /Mosul University

### 26. Splenic Artery Aneurysms

ام الدم للشريان الطحالي

Yahya AL-HABBAL,

Austin Health, Department of Surgery, Heidelberg, Melbourne, Australia.

### 27. A case report on intra abdominal delivery

عرض حالة مرضية نادرة عن حمل هاجر او خارج الرحم

Mrs Dr. Widad Raheem

Kirkuk, Iraq

### 28. Protective effects of vitamin C on albino rats Exposed to hexavalent chromium (Cr vi)

التأثيرات الوقائية لفيتامين على الجرذان المعرضة لسداسي الكروم المسرطنة

د.حيدر حميد عبلس الحيدري Dr. Heider Hemeed Abbas Al-Heidery

College of Dentistry, Babylon University, Irak

- مناقشة Discussion -

### 19.30 Dinner in the Hotel with Music Concert

طعام العشاء في الفندق مع حفل موسيقي وبعض الكلمات

**إجتماع عام لإتحاد أطباء العرب في اوروبا**

**الأعضاء و الهيئة الإدارية وممثلي الفروع**

**ARABMED Board Meeting**

**ARABMED Mitglieder Versammlung 2010**

**15.30 -17.30 Hall 1, Burlington Hotel Dublin– Ireland**

**فقط للأعضاء الغعليين لإتحاد أطباء العرب في اوروبا**

**Moderation:**

Dr. Faidi Mahmoud (Germany)

Dr. Tammam Kelani (Austria)

Dr.Ghassan Elagha (Ireland)

**Representatives of ARABMED from:**

Germany, Austria, Poland, Espania, France, Ireland, and Arab Countries

**Tagesordnung: البرنامج**

- 1- Begrüßung und Einleitung durch Vorstand.  
إفتتاح الجلسة والترحيب
- 2- Bericht über die Aktivitäten durch (Dr.Faidi Mahmoud, Dr. Tammam Kelani Austria , Dr.Ghassan Elagha (Ireland )  
تقرير الفعاليات المسبقة من الزملاء
- 3- Bericht des Schatzmeisters  
الوضع المالي للإتحاد
- 4- Beratung und Beschlussfassung über weitere Aktivitäten 26,27  
المؤتمر السنوي القادم 2011, 2010 ARABMED Conference
- 5- Verschiedenes  
المستجدات
- 6- Vorstellung des neuen Mitglieder  
الأعضاء الجدد

\*\*\*\*\*

**19.30 Dinner in the Hotel with Music Concert**

**طعام العشاء في الفندق مع حفل موسيقي وبعض الكلمات**

**Closing Speech**

Prof.Faidi Mahmoud (Germany)

Dr.Ghassan Elagha (Ireland)

**11.00 Social Program البرنامج السياحي**  
**جولة في دبلن**

**إلى اللقاء في السنة القادمة إنشاء الله**  
**The 27 Annual Meeting of the ARABMED 2011?**

**إتحاد أطباء العرب في أوروبا منكم واليكم**

ساهموا فيها بأرائكم وخبراتكم

**Anzeigen und Abonnement للإعلانات والإعلانات**

Homepage: <http://www.arabmed.de>

**Confrence مؤتمرات**

## Abstracts الملخصات

### 1- The Interdependence between Oral Health and Overall Health during Developmental Age. A Review of the Literature.

الترابط بين صحة الفم والصحة العامة خلال مرحلة النمو. استعراض للمراجع و المصادر

1-Dr. Farida Daria Basmadjji د.فريدة داريا بصرمه جي

2-Prof. Barbara Adamowicz-Klepalska الاستاذة الدكتوراة باربارا داموفيش-كليبالسكا

Department of Paediatric Dentistry Medical University of Gdańsk, /Poland

**Background:** Oral health status is an inseparable part of the overall health of people during their developmental age. However, periodontal disease may provide bacteria a port of entry into bloodstream, thereby oral bacteria (bacteremia) may cause an infection source. Another aspect is medications or treatments that reduce saliva, which have been taken due to general systemic diseases disrupt the normal balance of bacteria in the mouth also may lead to oral changes, and there is an obvious effect of elevated phosphate levels in plaque saliva which lead to depression of acid dissolution of tooth mineral. Furthermore some diseases that we know can have a direct impact on causing dental caries and changes on the Tooth Surface. Dentist can play a key role in the general disease recognition while pediatricians can play an important role in the oral health of children. Different classification systems for developmental age oral and periodontal diseases may lead to confusion within the dental profession and among pediatricians. Early diagnosis especially in those in adolescence is very important because it allows the introduction of optimal treatment and thereby avoid serious complications. Dentist can play a key role in the general disease recognition while pediatricians can play an important role in the oral health of children. Different classification systems for developmental age oral and periodontal diseases may lead to confusion within the dental profession and among pediatricians. Early diagnosis especially in those in adolescence is very important because it allows the introduction of optimal treatment and thereby avoid serious complications. Aim of the study: This study attempts to review current literature regarding the etiology and pathogenesis of the common oral and periodontal diseases which affect children and adolescents. Objective of this work is to facilitate the identification of clinical signs and diagnosis, which contribute to refine therapeutic further steps. Methods: Our research focuses upon recent investigations, reported in the international medical and dental literature. Conclusions: The majority of studies showed that modern medicine is increasingly emphasizes the interdependence of oral health and general health status. Lesions on the oral mucosa and periodontal tissue can cause many adverse local and systemic implications. Knowledge of the pathogenesis and clinical picture is essential to proper diagnosis, starting treatment or referral of the child to a specialized center. Keywords: Adolescents, Children, Developmental

age, General Systemic Diseases, Oral Lesions, Periodontal diseases, Review, Tooth.

Dr. Farida Daria Basmadji د. فريدة داريا بصرمه جي

Prof. Barbara Adamowicz-Klepalska الاستاذة الدكتورة باربارا داموفيش-كلبيالسكا

Head of Department of Paediatric Dentistry, Medical University of Gdańsk, /Poland, Tel: +48 601 658 509 Fax: +48 58 349 21 31 Email: [barbara.adamowicz@gumed.edu.pl](mailto:barbara.adamowicz@gumed.edu.pl)

## 2- Diabetic Retinopathy

اعتلال الشبكية السكري

Dr. Tammam Kelani

Ophthalmologist President of Arab medical and Pharmacists Union in Austria

Vienna, Austria

Diabetic retinopathy

Diabetic retinopathy usually takes years to develop, which is why it is important regular eye exams. Because people with Type 2 diabetes may have been living with the disease for some time before they are diagnosed, Diabetic retinopathy, is caused by changes in the blood vessels of the retina.

There are two types of diabetic retinopathy:

- Background or nonproliferative diabetic retinopathy (NPDR)
- Proliferative diabetic retinopathy (PDR)
- Macular edema. Swelling or thickening of the macula. It is caused by fluid leaking from the retina's blood vessels. , Macular edema is the most common cause of vision loss in diabetes.
- Macular ischemia. Occurs when small blood vessels (capillaries) close. The vision blurs because the macula no longer receives enough blood to work properly. Currently, there is no effective treatment for macular ischemia.
- Vitreous hemorrhage. The delicate new blood vessels may bleed into the vitreous, Vitreous hemorrhage alone does not cause permanent vision loss. , when the blood clears, the vision may return to its former level unless the macula has been damaged.
- Traction retinal detachment. With PDR, scar tissue from neovascularization can shrink, causing the retina to wrinkle and pull from its normal position. This is called traction retinal detachment. Macular wrinkling can distort the vision. More severe vision loss can occur if the macula or large areas of the retina are detached.
- Neovascular glaucoma. Occasionally, if a number of retinal vessels are closed, neovascularization can occur in the iris, In this condition, the new blood vessels may block the normal flow of fluid out of the eye. Pressure builds up in the eye, resulting in neovascular glaucoma, a particularly severe eye disease that causes damage to the optic nerve.



Diabetes can cause vision in both eyes to change, even if there es no retinopathy. Rapid changes in the blood sugar alter the shape of the eye's lens, and the image on the retina will become out of focus. After the blood sugar stabilizes, the image will be back in focus. we can reduce episodes of blurred vision by maintaining good control of the blood sugar

### **3- The Eye and systemic diseases**

العين والامراض الجهازية

Dr. Tammam Kelani

Ophthalmologist President of Arab medical and Pharmacists Union in Austria  
Vienna, Austria

### **4- Theory and Practice of Eye Training for Near Vision and PC Work**

المبادئ النظرية والتمارين العملية للعين أثناء التعامل بالكمبيوتر

Dr. Nadim Sradj, M.A.

Regensburg, Germany

Since the eye by nature was conceived rather for distance than for near vision, any near vision work will on the long run cause cramping and inflammations of the eye muscles and the joint of the head.

The result of a scientific and empirical field study conducted at five sewing facilities in Northern Germany has been the discovery of a new syndrome, i.e. the oculo-cervical syndrome (OCS). It is a disease of civilisation. The symptoms described by persons affected have often been mistaken for those of the dry eye disease ("morbus sicca").

The sitting position at a desk or a PC, especially with high levels of concentration, is more often than not equivalent to an absolutely static position, which should be relaxed by a dynamical compensation during work. That means: both a change in body posture and a change of work environment and furniture. This is how you can avoid chronic and occupational disease to a very large extent.

Dr. Nadim Sradj, M.A. Regensburg, Germany, Sradj@gmx.de

### **5- Nucleoplasty an innovative minimally invasive method for treatment of lumbar radicular pain**

جراحة الحد الأدنى من البضع في معالجة الآلام الظهرية

By S. Shnayien, MD, Orthopaedic Surgeon, Linz, Germany

#### **Background and Objective:**

In industrialized societies, the prevalence of radicular low back pain has exploded in recent years. Lumbar disc prolapse, protrusion, or extrusion account for less than 5% of all low back problems, but are the most common causes of nerve root pain and surgical interventions. The primary rationale for any form of surgery for disc prolapse is to relieve nerve root irritation or compression due to herniated disc material. The primary modality of surgical treatment continues to be either open or microdiscectomy, but several

alternative techniques including **Nucleoplasty**. It provokes ablation of the nucleus of the disk by a controlled thermal effect produced by radiofrequency. Nucleoplasty is minimally invasive treatment aimed at removing nuclear material and lowering intradiscal pressure and decompressing through coblation needle inserted percutaneously into the nucleus of intervertebral discs. This paper will show a 3 years experience with 110 cases with lumbar radicular pain secondary to a disc protrusion that underwent Nucleoplasty as their secondary therapy.

**Methods:** Included in this series were 110 patients with significant lumbar radicular pain, resistant to interventional therapy done before hand like fluoroscopically guided spinal transforaminal epidural injections or sacral injections with steroids. These cases were done under local anaesthesia with short analgesia and stand by monitoring.

**Results:** In the overall cohort, the average Visual Analogue Scale (VAS) pain score decreased

**Conclusions:** We conclude that with use of the present selection criteria, Nucleoplasty is very effective long-term treatment for lumbar radicular pain. We recommend modifying the criteria to include only those cases with lumbar radicular pain due to protrusion whose annular integrity is confirmed via MRI and by either selective nerve root blocks and to exclude cases with axial pain.

Shnayien Samir Orthopaedic Surgeon, Klosterstreet 11, 53545  
Linz/Rhein, Germany [S.Shnayien@t-online.de](mailto:S.Shnayien@t-online.de)

## **6- Automated detection and classification of Epicutaneous test with Spectral Imaging**

التعرف الآلي على درجات حساسية الجلد باستخدام التصوير الطيفي

DI Dr. Issa Ibraheem

Damascus University, Biomedical Engineering

A medical application of Spectral Imaging is the non-invasive in-vivo optical evaluation of skin lesions. Using Spectral Imaging it is possible to distinguish between malign and benign skin lesions from spatially-resolved spectral data acquired by an imaging spectrograph connected to a CCD imager. The system acquires spatially-resolved spectral data (a so called spectral cube with two spatial and one spectral dimension) of skin lesions. An Analysis of spectral information (spectral image) as fingerprint of the skin lesion identifies the type of the epikotan level, which serve as the input features for classification. The type (illness, healthy) of skin lesions is evaluated using a Bayes classifier. This medical application of Spectral Imaging renders very useful as a supporting tool for dermatologists.

DI Dr. Issa Ibraheem

Damascus University, Biomedical Engineering

## 7- First management in preterm infant

ولد خديجا أنعشه ام لا

Dr Mustafa ABDUL RAHMAN, MD-CES-CU-DIU-DU

CONSULTANT PEDIATRICIAN WITH A SPECIAL INTEREST IN NEONATOLOGY, Yvette Private Hospital, FRANCE

No Abstract

## 8- The Importance of Andalusian Medicine in the Arab-Islamic Medical Heritage and Its Contribution to the European Medical Renaissance.

أهمية الطب الأندلسي في التراث الطبي العربي الإسلامي وإسهامه في النهضة الطبية الأوربية

1- Prof. Dr. Khaled Basmadji الاستاذ الدكتور خالد بصمه جي

University of Aleppo, Institute of History of Arabic Science /Syria

2- Dr. Farida Daria Basmadji د. فريدة داريا بصمه جي

Department of Paediatric Dentistry Medical University of Gdańsk, /Poland

**INTRODUCTION:** Scientific civilization that has characterized the Andalusia still reflect the impact of Arab ancestors on medical heritage, Europeans have benefited from the deployed institutes in Cordoba and other cities in Andalusia through learning the medical profession there, or through the translation of maternal medical books in Spain to Latin; the common language of Europe .

**DEVELOPMENT:** Cordoba became the capital of science in Europe and in the Muslim West during the reign of Caliph Abd al-Rahman al-Nasser, where it was visited by scientists and science students from East and West. Lessons and lectures, varied in an atmosphere of freedom and tolerance, non-Muslim scientists, Jews and Christians in particular, played important roles in the scientific community. Andalusia has seen in the fourth century AH (tenth century) a comprehensive scientific vigilance in various fields of science. Many Andalusian physician traveled to the other Muslim capitals to acquire knowledge , and then returned to Andalusia after reaching the new medical skills, which they had obtained during their travel to Egypt and Baghdad and Damascus, Kairouan and other cities of science at that time, also they brought with them many of the medical literature of famous doctors

in the Islamic East. After the return of doctors and scientists back to Andalusia and after they built the academic institution and the scientific edifice, which was an inspiration for science students who came from various parts of Europe at that time, to obtain medical science which grew in various cities of Andalusia such as Cordoba and Toledo, and Madinah al-Zahra.

**CONCLUSION:** Andalusia was a main road that Arab-Islamic knowledge has been transported to Europe, which was the main element that paved the way for the emergence of the European Medical Renaissance .

Andalusia physicians developed field of research in drugs, they cared about health prevention and maintaining good health status. Andalusia was unique in authorship in the epidemiology and causes, Ibn Khatemah Al-Ansari has studied the plague" Black Death" that swept through several regions of the

world in 749 AH / 1347, types and signs and means of prevention. Zahrawi was the first physician who described Hemophilia. Oraib bin Saeed Al-Qurtubi, wrote an unique Arab medical book describing the development of the embryo and the conditions of birth. Andalusia physicians already took care of surgery, which made it separate medical knowledge and linked to the knowledge of anatomy, Abulcasis- one of the fathers of modern surgery wrote the greatest contribution to history is the "Al-Tastif Liman Ajiz'an Al-Ta'lif", a thirty-volume encyclopedia of medical practices, which is the best medieval surgical encyclopedia. It translated into Latin in the early era and it was used in Europe until the 17th century.

Prof. Dr. Khaled Basmadji الاستاذ الدكتور خالد بصره جي, University of Aleppo, Institute of History of Arabic Science, Professor, academic member staff, Tel: +963944237457 Email: khaled.basmadji@tlen.pl

Dr. Farida Daria Basmadji د. فريدة داريا بصره جي Medical University of Gdańsk, Department of Paediatric Dentistry Research-and-teaching fellow, Tel: +48 602 330 780 Fax: +48 58 349 21 31 Email: basmadji@gumed.edu.pl

## 9- Family Constellation / Familienstellen

الوقوف العائلي

Mrs Schröder Jamileh  
Ingelheim, Germany

الأمراض التي تصيب الإنسان كيف يأتي المرض ولماذا؟  
أنا هنا لا أنظر للمرض كما ينظر الطبيب أو الجراح له، بل أنا أنظر إلي الأسباب النفسية وإظهار الديناميكية التي توصل في بعض الأحيان الإنسان إلي القبر. هنا يكون الطبيب والجراح عاجز عن المساعدة. ونقول القدر أراد ذلك. هذا من جهة صحيح ومن جهة أخرى يمكن المساعدة عندما نعرف الديناميكية الخفية خلف المرض. الدكتور بيرت هيلنجر اكتشف سر الاشتباك داخل العائلة وكيف يؤثر النظام العائلي علي أفراد العائلة. الطريقة تعرف بالوقوف العائلي، فيما يلي شرح آخر عن الموضوع نحن جميعنا نخضع لتأثير الأحداث التي قد حدثت لعائلتنا الأصلية، (العائلة الأصلية هي العائلة قبل الزواج والعائلة الحالية هي العائلة بعد الزواج) وغالبا نعيد أقدار الأفراد السالفين من العائلة ، حتى لو أننا لم نعرف عنهم أو لم نسمع بهم إطلاقا. فنحن نشتبك معهم، خاصة إذا كان(الحدث أو الشخص) سر من أسرار العائلة.

هكذا يتم الاشتباك ، وعندئذ نحمل نحن حملا ليس لنا، ونعيد بلا وعي قدر أفراد سالفين من عائلتنا. أو ربما كان هناك شخص نحن مرتبطين معه شخصيا، أو مرتبط مع أحد أفراد عائلتنا السالفين، أو نحن قد سبنا له أذى، أو قد سبب له أحد أفراد عائلتنا أذى. هنا يتم الاشتباك أيضا. فنعيد قدره بلا وعي أيضا.

مثلا: حبيب أبعد عن حبيبه - أو أحد أفراد العائلة قد حرم من الانتماء العائلي - أو يكون محتقرا، بسبب قدرة المختلف أو بسبب أسلوبه المختلف عن المبادئ التي تكون متبعة وسارية المفعول داخل العائلة. أو امرأة توفيت عند ولادة طفلها. وغير ذلك من الأمور التي تسبب الاشتباك.

غالبًا يختل النظام العائلي داخل العائلة الواحدة أو في المجموعة بسبب عدم اتباع النظام الصحيح، حتى ولو تم ذلك بلا وعي أو بضمير حسن ونية طيبة، فهنا يحدث الاشتباك أيضًا، وهذا يؤدي إلى الدراما في داخل العائلة أو في المجموعة. ويسبب صعوبات ومشاكل وأمراض لأفراد العائلة أو المجموعة. والشيء الخفي والذي يخل النظام، يمكن تنظيمه من جديد.

بطريقة بيرت هيلنجر الجديدة في علم النفس الحديث والمعروفة بالوقوف العائلي، حيث يمكن إظهار الغامض إلى النور، وإعادة النظام السليم، الذي بدوره يجلب السلام بين الأفراد

Mrs Schröder Jamileh, Bahnhofstrasse 58., 55218 Ingelheim, Germany, Tel.: 0049 6132 798564 .Fax: 0049 6132 798565 , Email info@jamileh-schroeder.de

## 10- The three most important qualities that must be shown by all physician

أهم ثلاث صفات يجب ان يتحلى بها كل طبيب

Dr Mustafa ABDUL RAHMAN, MD-CES-CU-DIU-DU

CONSULTANT PEDIATRICIAN WITH A SPECIAL INTEREST IN NEONATOLOGY

Yvette Private Hospital

6 AVENUE HENRI ROBIDA, 91130 – RIS ORANGIS, FRANCE, E.mail

bassatini@hotmail.com

No Abstract

## 11- Managemant of Medical Emergency on Board

تدبير الحالات الإسعافية في الطائرة المحلقة

Prof. Dr. Faidi Mahmoud الأستاذ فيضي عمر محمود

Dept. of Cardiac surgery, Erlangen University Hospital, Germany

Medical incidents without fatalities occur more common than we suspect, alone on board the Lufthansa 700 Aircraft per year is about 1,500 to medical emergencies. Worldwide aviation experts estimate the fluctuating number of cases 200,000 If an emergency to search the cabin frequently by medical professionals among the passengers. According to the Lufthansa is found in an estimated 9/10 cases, a competent person. What percentage of doctors is under it is not clear

Worldwide Medical incidents on board with fatalities every year about 4,000 passengers and from 1500 to 1800 per year by plane accidents. The numbers of medical emergencies vary from airline to airline. There is no mandatory reporting requirement does not exist. No doubt, the medical emergencies on board in the future rather more, no less. Because the number of passengers and therefore the number of potential risk groups (elderly or sick people) is constantly growing.

The most common involve the stomach pain, followed by heart and circulatory problems and respiratory problems. Head injuries also occur, such as when falling down on the seats stowed items

- Stomach pain 27%
- Chest pain 9%
- Circulatory collapse 7%

- Asthma or breathing 5%
- Head injuries 5%
- Infectious diseases 4.5%
- Mental health problems 4%
- Endocrine problems 3.5% (Diabetic patients with hypoglycemic )
- Birth on board 2 %
- Toothache 2.5%

Tempus IC is a new generation of vital signs monitoring equipment. It is the first monitoring device that can send the user a wide range of vital data, GPS position data, and voice and video messages on a wide range of communication channels such as Bluetooth, WiFi, GSM and traditional phone lines. The device is small and lightweight and suitable for numerous applications. In short, users receive the Tempus IC technology, the best medical care for the service, which they trust the most - no matter where in the world they are located. In the future such a contingency system used not only in aircraft also at shipping: "Worldwide, some 40 000 commercial Ships in Ozean , which are sometimes removed a week from the nearest medical assistance possible." Telemedicine could significantly shorten the distance

#### الإجراءات الإسعافية في الطائرة المحلقة

عند حدوث طارئ في الطائرة على الغالب عناصر الطائرة يتقصون الحالة بفحص النبض والتنفس ودرجة الوعي ويحاولون تقديم الأوكسجين له ويبلغ الكابتن مباشرة, بعدها يقررون ما إذا كان الحالة تتطلب طبيبا ام لا, او البحث عن طبيب في الطائرة وفي حالة حضور الطبيب يجب عليه التعريف عن نفسه و يطمئن المريض ويهدئه وإجراء الخطوات او الإجراءات الإسعافية حسب درجة أهميتها تأمين الطرق التنفسية والأوكسجين والإستفسار عن الضغط والنبض وما هي الشكوى الفعلية لديه وما هي الأدوية التي يتناولها او لربما يحتاجها لأن معظم الحالات الإسعافية سببها هي تغيرات طارئة على الضغط الشرياني او إضطرابات هضمية . ويجب أيضا تأمين مكان للنسطح (ترحيل المسافرين المجاورين الى أمكنة أخرى او نقله الى الدرجة الأولى لكون المساحة المتوفرة للمريض أكبر ولتوفر كميات أكبر من الأوكسجين ) و البقاء مع المريض ويخبر طاقم الطائرة عن وضعية المريض الصحية هل الحالة مستقرة ام لا ؟ هل الحالة ازادت سوءا ام لا ؟ هل المرض خطر جدا ؟ هل يمكنه الوصول الى المستشفى الذي يرغبه ام لا ؟

ويمكن تقديم العلاج الذي يراه مناسباً وان يختار الأدوية الضرورية والمتوفرة ويمكنه الإتفاق مع عناصر الطائرة في مدى الحاجة الى الإستشارة الطبية الخارجية بالإتصال من الطائرة الى المؤسسات الدولية للإسعاف والمتواجد في عدة بقاع في العالم على سبيل المثال MASH أو SOS International وإرسال المعلومات المتواجدة لديه أو التخطيط لاسلكيا الى هذه المراكز المتخصصة على الأرض لإعطاء التشخيص والمعالجة الفورية على غرار الفيديو كونفيرنس والإتفاق معهم في إجراءات الهبوط الإضطرابي للطائرة إذا لزم في مطار محدد يحدد من الطرفين لتسليم المريض اليهم ويجب مراعاة تكاليف الهبوط الإضطرابي وقد تكلف حوالي 36500 اويرو و مدى خطورة المريض

#### مسؤولية الطبيب القانوني:

إحصائياً يتواجد في 75% من الحالات طبيبا في الطائرة ولكن فقط 33% منهم يعرفون عن أنفسهم والسبب في ذلك هو خوف الأطباء من التورط في خطأ طبي في الطائرة والتي تعرضه الى مسؤولية قضائية في مكان غير معروف لديه بالإضافة ان الجاهزية التقنية في الطائرة لربما تكون غير كافية من جهة ومن جهة أخرى إقرار الطبيب بنفسه على القيام بهذه المهمة المجبرة مع غموض وصعوبة الأمور القضائية في البلد المتواجد فيه حالياً او شركة الطيران التابعة لبلد ما وتختلف الحالة ما إذا كانت الطائرة هبط في مطار ما ام في الجو وفي بعض الحالات قد تكون القضاء تابعا للأجواء التي يتواجد فيها الطارئ حالياً ولربما التعويضات المالية في حالة



حدوث خطأ طبي , لذلك يجذب ان يسأل الطبيب المسعف طبعا في وقت مسبق شركة تأمين الوظيفة الذي يخوله ويتحمل التعويضات في حين القيام بمثل هذه الإجراءات الإسعافية في الطائرة وشركات التأمين للطائرات الألمانية تتكلف بالتعويضات التي قد تحدث في مثل هذه الحالات وتكاليف القضاء والمحكمة وغيره. والى الآن لم يقرر بشكل رسمي ما إذا كان الطبيب يمكنه بأن يتقاضى أجرا من خلال عمله الذي أرغم عليه بشكل غير طوعي

### اقتراحات وتواصي

لتدبير مثل هذه الحالات الإسعافية بالشكل المثالي أقترح ما يلي :

#### 1. الى شركات الطيران

- ترك على الأقل 4 مقاعد فارغة لكل رحلة في كل طائرة تقل أكثر من 250 راكب
- توحيد التجهيزات الفنية والتقنية الطبية في كل الطائرات الدولية
- الشفافية الكاملة للتجهيزات المتواجدة لسهولة استعمالها مع اللغات العالمية المعروفة الغير معقدة دون البحث عن كل شيء
- يجب ان تكون صيدلية الطائرة معتمدة وتحوي ادوية الإسعاف المتعارف عليه دوليا وهذا ما تفرضه مجموعة الدول الأوروبية للطائرات التي تأتي الى المطارات الأوروبية منذ عام 1999
- العمل بحذر وبهدوء دون إحداث الرعب في الطائرة لكل من عناصر الطائرة والأطباء

#### 2. نصائح للمرضى

- يجب ان تكون أدوية المسافرين الضرورية موجودة في الحقيبة المرافقة بالطائرة ويجهز في البيت
  - يجب معرفة زمن الطيران لإتخاذ الإحتياطات اللازمة للأدوية المعتادة عليه مع حساب أوقات التأخر ولربما فقدان الحقائب التي قد تحدث
  - يجب على الأشخاص الذين عندهم شكوى في الصعود على الدرج 12 درجة او بعد المشي ل 100 متر مراجعة الطبيب قبل الطيران المديد او فقر الدم الشديد والمصابين بقصور تنفس مزمن وشديد  $Po_2 <$
  - تجنب استعمال العدسات اللاصقة في الطيران الطويل لتجنب القرحة القرنية في الأجواء الجافة في داخل الطائرة واستعمال أغطية العين
  - في الأشخاص المصابين بالرشح ينصح باستعمال القطرات الأنفية القابضة للعروق قبل الإقلاع والهبوط لتخفيف الآلام الأذنية
  - الوقاية من حدوث الخثرات وخاصة في الأمكنة والمقاعدة الضيقة Economy Class Syndrom لتجنب مثل هذه الحالات يجب الحرص على الحركة في داخل الطائرة ومحاولة المشي في الممر بأوقات منتظمة وتحريك القدم والساق أثناء الجلوس ونحن ننصح بتناول الأسبرين في الرحلات المديدة او حقة هيبارين تحت الجلد للأشخاص الذين لديهم قصة تخثر مسبقة او دوالي في الساقين
  - قد يحدث تورم في الأقدام وبرودة في الجلد لذلك يفضل في الرحلات الطويلة خلع الحذاء وتحريك أصابع الرجل باستمرار مع مفصل القدم وتجنب لبس الألبسة الضيقة ويرخى الزنار
  - يحبذ إرضاع الأطفال في الإقلاع او الهبوط لإن حركات البلع تخفف الضغط على الأذنين ويجب على الأطفال ان لا يناموا ايضا في هذه الفترة
  - يجب مراعاة تغيير التوقيت في كل من مكان الإقلاع والهبوط وخاصة للمسافرين الذين يتناولون بعض الأدوية بشكل منتظم
  - يجب مراعاة تغيرات الحرارة في داخل الطائرة ويجب اختيار اللبس المناسب على الغالب داخل الطائرة باردة نسبيا
  - يجب على المسافرين الذين مارسوا رياضة الغطس في البحار التقيد بما يلي
1. الغطس في الماء الى 10 أمتار يجب عليهم الإنتظار للطيران 12 ساعة قبل الطيران
  2. الذين يغطسون الى أعماق من 10 متر يجب عليهم الإنتظار 24 ساعة قبل الطيران
- المرضى السكريين

بشكل عام يجب على السكربيين الشرب الكثير في الطائرة والمرضى الذين يحقنون الإنسولين يفضل ان تكون مستوى السكر أعلى من المستوى المثالي ويمكن التسامح بمستوى للسكر بحدود 150 ملغ في دل وينقص جرعة الأنسولين وحدتين قبل الطعام ويجب مراعاة إختلاف التوقيت حسب ما إذا كان الطيران الى الشرق ام الى الغرب

اما الأشخاص الذين يستعملون الحبوب يمكنهم إقلال الجرعة ايضا الى الثلث وطبعاً

● الإكثار من المأكولات النباتية والشرب الكثير(ضعف الكمية المعتاد عليه) الماء العادي والعصير في الطائرة وتحاشي تناول الكحول وخاصة في الرحلات الطويلة ويجب تحاشي السوائل التي تحوي الغازات لتجنب انتفاخ البطن في الإرتفاعات العالية والتي تسبب الم في البطن وقد تلعب الشاي والقهوة كمدد وكذلك تجنب التدخين

● حاول ان تضع جدولاً زمنياً لسفرك وأعط وقتاً كافياً للوصول الى المطار وحاول الإستفادة من الخدمات التي تقدمها المطارات بشكل مجاني في حالة الحاجة الى كرسي نقال والتي تفيدك في الوصول الى الطائرة بشكل مريح, وحاول ان تكون التقارير الطبية الضرورية في متناول يديك وتصنف درجات الإعاقة دولياً في المطارات

1- الأشخاص الذين يستخدمون الكرسي المتحرك بشكل دائم WCHC -Wheel Chair Cabin Seat

2- الأشخاص الذين لا يتمكنون من صعود الدرج WCHS -Wheel Chair Steps

3- الأشخاص الذين لا يتمكنون من السير الطويل في الممرات ويتمكنون من الصعود الى الدرج بمساعدة WCHR -Wheel Chair Ramp

4- الأشخاص الذين يحتاجون الى النقل بالحاملة STCR For passengers needing oxygen and/or a stretcher

من هم الأشخاص الغير مسموحين لهم بالطيران

1. الحوامل في الشهر التاسع وفي الشهر الثامن يسمح للطيران في حالة وجود تقرير طبي وفي حالة عدم وجود إضطرابات مرضية للحمل ارتفاع التوتر والسكري والأجهاض المبكر
2. الأشخاص الذين لديهم آفة قلبية وعائية او دماغية مع أعراض سريرية وغير مستقرة مع نقص في وظيفة القلب
3. إحتشاء العضلة القلبية الحديث في 3-6 أسابيع الأولى
4. بعد العمليات الجراحية الحديثة
  - عمليات القلب 2 اسبوع
  - عمليات الأمعاء 2-6 أسابيع
  - عمليات الرئة 6 أشهر
  - عمليات الأذن 2 اسبوع
5. المرضى المصابين بخثرات ورينية دوالي يجب مراجعة الطبيب وأخذ مميعات الدم
6. المرضى المصابين بأمراض حادة
7. زيادة الوزن الشديد عندما يكون المسافر لا يتسع في المقعد الواحد

الدكتور فيضي عمر محمود Faidi Mahmoud

## 12- ADVANTAGES OF TELEMEDICINE. TRANSTELEPHONIC ECG AND ITS APPLICATIONS

Dr. Bahjat Assaf & Mr. Ali Assaf

Madrid Spain

Telemedicine is the ability to provide interactive healthcare, using modern technology and telecommunications, allowing patients to visit doctors over video for immediate care.

Healthcare has varied over the last decades, going from a disease-focused care to a personalized patient care. Focus is being drawn not only to the disease, but to the teaching of healthy and hygiene habits, preventing the spread of the disease, and helping the doctor make an early diagnosis. Telemedicine is created due to the necessity of reducing governmental budgets, since having a doctor connected via camera with 3 different hospitals is cheaper than 3 doctors. The objective of telemedicine is to prevent, alert, supervise, and control the spread of the disease, improving the epidemiologic surveillance. Also, reaching the more rural places with no need of transport, keep in contact with the scientific community and share information and discoveries in a more agile matter. Telemedicine can be subdivided in: tediagnosis, telemonitoring, social teleassistance and teletherapy. I will be talking about telecardiology, transtelephonic ECG in particular, my innovation in this field, its advantages, prevention capability, monitoring and rehabilitation. To conclude, nowadays the main issue that developing and developed countries have is to provide a fast healthcare with minimum costs in the long run, and this is achieved by telemedicine. These are the goals of transtelephonic ECG, and Spain is benefiting from our equipment in Cardiophone, benefiting from its speed, accuracy and economy, since our slogan reads:

**CARDIOPHONE: WHERE EVER YOU ARE, WE REACH YOUR HEART**

Dr. Bahjat Assaf Telf.:+34609714954, Fax: +34917111888, Address: Camino Viejo de Leganes n 23, Madrid Spain Telf: +34914713155, E-mail: cardiophone@cardiophonesl.com

### **13- The use of invented simple electronic stethoscope to detect heart sounds and heart print**

Saad Alshamma\*, Mohammed Hammoodi\*\*, Hassan Al-Sakafi\*\*

\*Department of Biomedical engineer. Sudan University, Khartoum. Sudan.

\*\* Al -Yarmouk College. Khartoum. Sudan.

In this work we introduced a new design of electronic stethoscope from a very simple, and cheap material. A modified stethoscope connected to sound sensor, which in turn connected to a PC with software for analysis, diagnosis of heart sounds. The PC sound card is used as data acquisition, with a set of matlab Simulink blocks for filtering, recording and displaying of heart sound in time and frequency domain.

This study demonstrates the importance of the electronic stethoscope in teaching, diagnosis purposes, and storage of recorded information for follow up and for telemedication. Furthermore, we studied the biometric characteristics of the heart sounds. We found that the heart sounds have specific individual characteristics (heart print) which could be added the individual identification systems.

**Keyword;** heart sound, wavelet, biometric signature, denoising,

30. August 2010 21:53

Dr. Mohammed Al-Noaemi  
Sudan University. Khartoum. Sudan  
E mail: mohammedalnoaemi@yahoo.com

**14- Diabetes update 2010**

ماهو الجديد في داء السكري  
Dr. Mahmoud Sultan  
Diabetic centre Berlin Berlin , Germany

**Context:** People with type 2 diabetes require regular monitoring and ongoing treatment to maintain normal or near-normal blood sugar levels. Treatment includes lifestyle adjustments, self-care measures, and medicines, which can minimize the risk of diabetes and cardiovascular (heart-related) complications.

**Synthesis:** Medications for type 2 diabetes come in various classes — alpha-glucosidase inhibitors, amylin agonists, dipeptidyl-peptidase 4 (DPP-4) inhibitors, meglitinides, sulfonylureas, thiazolidinediones, Exenatide, Liraglutide and Insulin. Each class contains one or more specific drugs. Some of these drugs are taken orally. Others must be injected.

**Conclusion:** Hypoglycemia, weight gain and moderate management of bloodsuger are the most important aspect of the treatment. In general, the sulfonylureas, thiazolidinediones, and D-phenylalanine derivatives have been shown to promote weight gain. The dipeptidyl peptidase-4 inhibitors are weight neutral, while the biguanides, incretin mimetics, and amylin mimetics promote weight loss. Trials examining the glycemic benefits of the weight loss agents orlistat and sibutramine are also examined. Awareness of this evidence base can be used to inform medication selection in support of weight management goals for patients with type 2 diabetes

Dr. med. Mahmoud Sultan Berlin, Germany, Skalitzer Straße 72, D-10997 Berlin  
Tel.: 004930 6147936, Fax 004930 61285485 E mail mah\_sultan@yahoo.com

**15- External Counter Pulsation: A Safe and Effective Non-Invasive Therapy for the Treatment and Prevention of Cardiovascular Disease.**

Prof.Dr.Gunsel (Shurdum) Avci  
Consultant Cardiologist and Chief of EECP Treatment Unit,  
Memorial Hospital, Istanbul, Turkey

External Counter Pulsation (shortly ECP, EECP or SECP) is an effective, safe, easily applied, non-invasive, outpatient treatment modality for patients with atherosclerotic cardiovascular disease.

ECP was developed by Professor Zhen-Shen Zheng in Guangzhou China in early 1980's with its currently used characteristics, namely, external compression of the lower extremities and buttocks, through pneumatic cuffs, in

a distal to proximal sequence, at the beginning of diastole, to augment diastolic arterial and coronary perfusion pressure, and decompression simultaneously at the beginning of systole to decrease peripheral vascular resistance. Hemodynamic effects obtained by ECP are similar to those of obtained Intra Aortic Balloon Pumping. After FDA approval in USA for all forms of coronary artery disease (CAD) in 1995 and for heart failure (HF) in 2002, ECP has gained wide acceptance all over the world.

Clinical studies from many countries documented its efficacy in the treatment of refractory angina in approximately 80% patients at an advanced stage CAD by the data demonstrating improvement in anginal symptoms, decrease in antianginal medicine, increase in exercise duration, improved myocardial perfusion in Thallium imaging or PET scan, decrease in hospital admissions and invasive revascularization procedures, improvement in overall quality of life and sustained benefit up to 3-5 years. Clinical studies also demonstrated the efficacy and safety of ECP in patients with mild- moderate ischemic and non-ischemic HF .

Evidence from clinical and experimental studies which were designed to explain the underlying mechanisms of above mentioned beneficial effects supports that in patients with CAD repeated increase in diastolic arterial pressure ,and thereby perfusion pressure and flow in the coronary arteries, and “ Shear Stress” produced by enhanced flow with improvement in endothelial function even at periphery and concomitant alterations in plasma levels of neurohumoral, vasoactive and angiogenic substances , such as increase in nitric oxide, decrease in Endotelin I, ANP, BNP and RAS activity, release of angiogenic growth factors (VEGF, HGF, FGF), all lead to maturation of epicardial vessels, opening of preexisting collateral vessels and formation of new ones. This increase in coronary vascular bed provides “Natural Bypass”es to ischemic areas and improves myocardial perfusion. Therefore, ECP is also termed as “Non-Invasive Revascularization”. In heart failure, not only restoration of ischemia and decrease in peripheral vascular resistance does enhance ventricular function but also increased urine output as a result of improved renal blood flow further improves hemodynamic condition.

Experimental studies also demonstrated that ECP has a preventive effect in the development of atherosclerotic changes and also has a favorable effect in plaque regression. Further, in recent years, the increase in the number and function of progenitor cells has also been documented after ECP treatment in clinical studies that may suggest the favorable effects of ECP on naturally occurring stem cell activity in the body.

All these above mentioned favorable effects of ECP makes it a unique treatment

modality not only in the management of advanced coronary artery disease but also in the prevention of atherosclerotic cardiovascular disease progression.

Therefore, ECP should be considered for especially those patients with small coronary arteries and inadequate collaterals following PCI and bypass surgery and before the development of new narrowings and symptoms; and also, for those who have uncontrolled risk factors and diabetes for primary prevention, in conjunction with other preventive measures to delay atherosclerotic progress.

On the other hand, Doppler studies have shown that ECP increases blood flow not only in the left main coronary but also in the internal mammary, carotid, vertebral, ophthalmic, renal, and internal iliac arteries. Accordingly, ECP can be used in diseases of many organs due to decreased perfusion. Main non-cardiac indications of ECP treatment include cerebrovascular diseases without hemorrhage, including recovery from stroke, Alzheimer, Parkinson, abrupt blindness and deafness, restless leg syndrome, sexual impotence due to erectile dysfunction.

With my personal experience on ECP treatment in the last six years' time, I witnessed all the documented above mentioned favorable effects on my patients. Therefore, I strongly believe that ECP, with its features of being safe, effective, low cost and non-invasive, is one of the most satisfactory and contending treatment modality available nowadays but unfortunately, is highly ignored for a wide range of patient populations.

More detailed information on ECP treatment and the list of about 300 articles and /or abstracts of published scientific studies can be found at "www.dogalbypass.com" web site.

#### **16- ADVENTITIAL (Erzengin's) ATEROSCLERO-CALCIFICATION: SURPRICE AND A NEW UNKNOWN LOCATION. UP NOT ONLY BENEATH THE INTIMAL ENDOTHELIUM, BUT ALSO ON THE EPITHELIUM OF ADVENTITIA ON THE CORONARY ARTERIES**

Prof. FARUK ERZENGİN

Dep.of Cardiology, University of Istanbul, Istanbul Medical Faculty,  
Previous dean, Çapa, ISTANBUL, TURKEY.

Coronary atherosclerosis remain the leading cause of mortality in industrialized nations. Currently, multislice computed tomography (MSCT) is an important tool for the non-invasive evaluation of coronary arteries. We have recently shown that by MSCT the formation of atheromatous component, atherosclerotic or calcified plaques start and grow up not only under the endothelium, but also just beneath the adventitia. Most of patients (55.1%), the calcified plaques begin just beneath of the epithelium on the adventitia and grow up to ward of the arterial lumen. MSCT is useful for the characterization of human coronary plaque morphology by determining tissue density within the lesion non-invasively. Also MSCT is a unique method for the diagnosis of



dangerous silent myocardial ischemia by lumen narrowing calcified plaques. Interestingly, the formation of calcified plaque much frequently begins beneath the sub epithelium of the adventitia and quickly grows up towards to the lumen and keeping classical atherosclerotic cascade on the coronary arteries. The cholesterol (oxLDL), monocytes (also macrophages) and/or inflammation easily arrive to the adventitia by the vasa vasorum. Molecular imaging most probably will be sort it out this complex morphology in the near future. In this preliminary study, randomised 98 cases (38 F, 60 M) were investigated making a comparison between MSCT (using with computerised magnifying glass) and conventional coronary angiography. Stents implantations were performed 66 of cases, 22 of patients underwent CABG and 10 patients were treated medically. In this study we have described that adventitial location of atherosclerotic, fibrotic or calcified plaques' formation begin not only from endothelium but also mostly (55.1%) from the adventitial epithelium. Our new findings are firstly described in the Literature

Prof. FARUK ERZENGIN, Dep.of Cardiology, University of Istanbul,  
Istanbul Medical Faculty, Previous dean, Çapa, ISTANBUL, TURKEY.,  
farukerzengin@gmail.com

### **17- Diagnostic value of immunologic and serological tests and imaging methods of myocarditis diagnostics**

Dr. med Nakatseva Elena

Almazov's Federal Centre of Heart, Blood and Endocrinology. cardiologist,  
research worker of noncoronary disease department, Saint-Petersburg, Russia

The aim of this study was to estimate the value of different methods of myocarditis diagnostics. We examined twenty patient with myocarditis. Laboratory analysis was divided to the four groups: nonspecific markers of inflammation, markers of myocardial damage (troponin I), autoantibodies and serological or microbiological exams. We analysed data of echocardiography and magnetic resonance imaging in pts with myocarditis. The most cases of myocarditis has viral etiology. Dysfunction of left ventricular is not always observed in pts with acute myocarditis. But increase of troponin I is parameter of poor prognosis. Use of laboratory tests and imaging data with high sensitivity and specificity, that were confirmed in histological and immunohistochemical studies, is necessary for the verification of the diagnosis and etiological and pathogenetical management of different types of myocarditis

Nakatseva Elena, Almazov's Federal Centre of Heart, Blood and Endocrinology.,  
cardiologist, research worker of noncoronary disease department, Saint-  
Petersburg, Russia Tel: +79216402507, Fax: +78127026818,  
Email: nena\_555@rambler.ru

## 18- Rare Complication of Bariatric surgery ( Case report & review of the Literature )

Prof. Dr. Z.HABBAL M.Al-Tair, A.Meshaikhes,  
Consultant Surgeon

King Fahad Specialist Hospital – Dammam.. Saudi Arabia

Bariatric surgery, also known as weight loss surgery refers to the various surgical procedures performed to treat obesity by modification of the gastrointestinal tract to reduce nutrient intake and/or absorption. There are a number of surgical options available each with its advantages and pitfalls. The jejunio-ileal bypasses were one of the bariatric surgical options which are not in use now because of two reasons. First they lead to severe malnutrition and liver failure and second, the bypassed small bowel being a blind loop not any more washed with stomach liquids, is susceptible to bacterial accumulation which might become a source of sepsis due to translocation possibility.

In addition, we hereby report a very rare complication in a 27 years old lady who has undergone small bowel isolation for a morbid obesity and presented with a gangrenous jejunio-jejunal intussusception of the blind jejunal loop and the lady was saved at the proper time by resecting the gangrenous isolated loop. We also have reviewed the literature regarding other complications for various bariatric surgical procedures.

Prof Dr. Z.HABBAL الدكتور زكريا الحبال King Fahad Specialist Hospital – Dammam.  
Saudi Arabia, Consultant Surgeon. Tel: 00966553990510 Fax: 0096638551019  
Email: Zakareyahabbal@yahoo.com

## 19- Dream & Reality In Sleeve Gastrectomy الحلم والحقيقه في قص المعده بشكل كُوم

Dr. Amer Hashim Al Ani MD عامر العاني, Dr. Hussien Shamout, Dr. Awad Al Dumor\*,  
Dr. Monther Abu Reden, Dr. Sallam Al Hanash  
General & GIT Surgeon, Al Bashir teaching Hospital MOH Amman  
Amman - Jordan.

**Introduction** : Morbid Obesity affects as much as 10% of the American population. The morbidly obese are subject to social stigma & to increased risk of sudden death due to heart attack, stroke & several concomitant health problems. Bariatric procedures are used to treat Morbid Obesity. Sleeve gastrectomy is one of the restrictive bariatric procedures. It includes resection of the fundus and body of stomach to create a long, tubular conduit along the lesser curve (leaving 30 - 50 % of the stomach). Open or laparoscopic approach, can be used. The mechanisms of weight loss and improvement in co-morbidities seen after Sleeve gastrectomy might be related to gastric restriction, Neuro- Humoral changes, or some other unidentified factors. Sleeve gastrectomy is not free of problems, It needs a team work, a careful patient preparation & investigation to avoid early & late post operative complications. **Aim:** We present here our early experience in Sleeve gastrectomy. Methodology, Analysis: 20 patients were selected, 17 females &

3 males, the age range was between 17- 49 year. Their BMI were between 39.33 – 69.65 kg / m<sup>2</sup>. Nine of them were operated laparoscopically, the rest by open method. **Results** :An average of 10 kg loss per month were noted & a marked improvement in weight-related co-morbidities was reported .A detailed description of the early & late post operative complication were described. The mortality rate was mentioned. The outcome has been compared to other studies,including Sleeve gastrectomy & other bariatric procedures .**Conclusion**: sleeve gastrectomy is a promising way in treating Morbid Obesity , yet it is not a problem free procedure

Dr. Amer Hashim Al Ani MD عامر العاني, General& GIT Surgeon, Al Bashir teaching Hospital MOH Amman - Jordan. Tel.: 00962799281635 Fax: 00962 6 4772189, Email: [ameralqadi2002@yahoo.com](mailto:ameralqadi2002@yahoo.com)

## **20- DERMOID CYST OF THE RECTUM Case report**

عرض حالة إستئصال كيسة عجانبية من المستقيم

Dr. Jiyan A. Ahmed Zangana

General surgeon

Kirkuk G. hospital

**Background** Dermoid is a loose term given to cysts lined by squamous epithelium occurring in various parts of the body. Its due to sequestration of a piece of skin beneath one of the lines of fusion of the various embryonic body processes. Like external angular process or root of the nose.

Teratomatous dermoids are found in the ovary, testis, retroperitoneum, superior mediastinum and the presacral area.

We report one rare case of dermoid cyst of the ovary prolapsed in the rectum

**Objectives**: To present the importance of looking for causes of bleeding per rectum other than anal conditions and to describe a rare case of dermoid cyst of the ovary prolapsed in the rectum

**Patient**: A twenty one years old female was presented on 11 August 2007 as painful bleeding per-rectum since 3 month duration diagnosed as acute on chronic fissure in ano she had previous history of lapratomy before one year for dermoid cyst of the right ovary. Surgery was suggested for her new condition which is the fissure in ano and the patient had been taken to the theater

**Interventions**: During examination of the rectum under general anaesthesia a big rounded mass in the rectum was present which could not be excised due to its broad base, Fissurectomy was performed and the rectal mass was decided to be excised abdominally later on. Laparotomy revealed a frozen pelvis. With difficulty the anterior rectal wall was approached and the big rounded mass inside it was found to a left ovarian cyst. The mass was excised after opening the rectum and a de-functioning colostomy were performed. The colostomy was closed 2 months later.

**Results:** Histopathology result was the cyst composed of squamous epithelium with keratin and pilosebaceous structure which was compatible with benign cystic teratoma

**Discussion:** Primary rectal teratoma is very rare only 36 cases have been reported in the literature world wide. Further more while the majority of cases were polypoid shaped dermoid cysts protruding in to the rectal lumen only 3 cases were submucosal dermoid cysts. Therefore such cases are considered to be extremely rare.

These cases are diagnosed by barium enema and computed tomography and magnetic resonance imaging, but in our case it was found accidentally during operation of fissure in ano so it's obvious that its very important to do PR examination in every case of anal conditions.

And also in our case we learned to dissect in a frozen area of the abdomen to reach a diagnosis. Lastly and surprisingly the patient is menstruating till now which means that she had still ovarian tissues.

Benign cystic teratoma of the ovary is a common neoplasm which only rarely presents as a result of ovarian rupture. Rupture into the rectum has been described infrequently.

Despite the relatively common incidence of sacrococcygeal dermoids, rectal cysts are uncommon.

**Conclusion:** Although dermoid cyst of the ovary can be easily removed through laparotomy, there are occasions where extended surgical procedure has to be performed such as removal of the cyst through the rectal wall in addition to colostomy.

Dr. Jiyan A. Ahmed Zangana, General surgeon , Kirkuk G. hospital, Mial:  
jiyan27460@yahoo.com

## **21- Repair of hypospadias in Mosul Paediatric Surgery Centre Analysis of 125 cases**

Dr. Abdul Rahman A. Sulaiman  
Medical college /Mosul University

**Aim of the study:** A retrospective study of 125 cases with different types of hypospadias was reviewed. Evaluation of the surgical procedure for each type was made to choose the suitable techniques for each problem.

**Patients & methods:** 125 cases of hypospadias were admitted and treated at Al-Khansa'a Paediatric Surgery centre in Mosul during the Period from Jan. 2005 to Feb. 2007. Their age ranged between 6 months to 12 years .All types of Hypospadias were managed using different techniques. Majority of them were distal type. The surgical repair varies according to the type of hypospadias. All cases were admitted one day before surgery. Catheter was

used for different periods according to the procedure used. Hospitalization period were also varied according to the severity and techniques used.

**Results:** The types of hypospadias varied from glanular to penoscrotal. Glanular were 14 patients, coronal and sub coronal were 48 patients, distal penile were 37, mid shafts were 18 patients, proximal and peno-scrotal type was 8 patients.

The types of repair used were, MAGPI in 41 patients ( 33,6%), TIP technique in 75 patients (60%), Mathiew technique in 4 patients ( 3,2% ), and Onlay tube flab in 5 patients (4%).

**Associated problems** found with hypospadias repair were; Circumcision in ten patients (six coronal, three subcoronal and distal hypospadias, and only one case with proximal hypospadias).

Chordee found in eight patients (seven with mild to moderate chordee and only one with severe chordee). Torsion of the shaft of penis were 5 patients (four with mild degree and only one with severe degree).

Minor complications such as infection in 25 majority were not significant except in 4 patients and post operative bleeding in 16 patients were not significant, and were controlled by local pressure. Major complications such as stenosis in 18 patients, fistula in 16 patients and flap or skin necrosis in 3 patients.

**Conclusions:** There is no single procedure which could be used for all types of hypospadias, but the TIP techniques can be used for a wide range of hypospadias from coronal up to penoscrotal type and this techniques is simple, quick, single stage procedure, and it offers a good functional and cosmetic results.

The presence of circumcision prior to the repair is not a problem in repairing distal hypospadias but it could be a problem in the proximal type.

**Abbreviations;**

TIP = Tubularised Incised Plate urethroplasty

MAGPI = Meatal Advancement glanuloplasty

28. Juli 2010 09:46

Dr. Abdul Rahman A. Sulaiman consultant Pediatric Surgeon Medical college /Mosul University, Mail: sulaimanazme@yahoo.com>

---

## 22- Splenic Artery Aneurysms

: ام الدم للشريان الطحالي

Yahya AL-HABBAL,

Austin Health, Department of Surgery, Heidelberg,. Melbourne, Australia.

Splenic artery aneurysm is the third most common intra-abdominal aneurysm with a prevalence as high as 10% in some studies. Widespread use of abdominal imaging has resulted in the increasing detection of asymptomatic incidental aneurysms. In this manuscript we review the changing incidence, risk factors and evolving therapeutic options in the era of minimally invasive

therapy and have developed a treatment algorithm for practical use. Aneurysms with a low risk of rupture may be treated conservatively but require regular imaging to ascertain progress. Available evidence suggests that splenic artery aneurysms that are symptomatic, enlarging, more than 2 cm in diameter or those detected in pregnancy, childbearing age or following liver transplantation are at high risk of rupture and should undergo active treatment. Prophylactic screening should be reserved for those with multiple risk factors, such as pregnancy in liver transplant recipients. All false aneurysms should also be treated. The primary therapeutic approach should be endovascular therapy by either embolization or stent grafting.

Datum 28. Juli 2010 02:45

Yahya AL-HABBAL, Austin Health, Department of Surgery, 145 Studley Road, Heidelberg, VIC 3084., Melbourne Australia. Mail.: [yahya@alhabbal.info](mailto:yahya@alhabbal.info)

---

### **23- A case report on intra abdominal delivery**

عرض حالة مرضية نادرة عن حمل هاجر او خارج الرحم

Mrs Dr. Widad Raheem

Kirkuk, Iraq

Tel.:07701308045, E Mail [dr.widadrahim@yahoo.com](mailto:dr.widadrahim@yahoo.com)

---

### **24- Imaging of urinary tract infection**

Dr William Torreggiani

Consultant radiologist, Tallaght hospital Dublin, Ireland

The diagnosis of urinary tract infection (UTI) in the adult is primarily based on typical patient symptomatology and urinary evaluation for the presence of bacteria and white blood cells. Uncomplicated UTI usually does not require radiological evaluation unless it is recurrent. Imaging should, in general, be reserved for those patients in whom conventional treatment has failed or those who have recurrent or unusually severe symptoms. Patients with conditions predisposing to infection, or complications thereof, such as diabetes mellitus or immunocompromised states, may also benefit from early imaging. If pyonephrosis is suspected, early imaging and possible urgent drainage is also warranted. Intravenous urogram and ultrasound have traditionally been used in the assessment of these patients, allowing detection of calculi, obstruction and incomplete bladder emptying. These imaging techniques, while useful, have limitations in the evaluation of renal inflammation and infection in the adult. Computerised tomography has now become accepted as a more sensitive modality for diagnosis and follow-up of complicated renal tract infection. Contrast-enhanced CT allows different phases of excretion to be studied and can define extent of disease and identify significant complications or obstruction. Nuclear medicine has a limited role in the evaluation of urinary tract infection in adults. Its main role is in the assessment of renal function, often prior to surgery. Magnetic resonance imaging has a limited but

increasing role. It is particularly useful in those with iodinated contrast allergies, offering an ionising radiation free alternative in the diagnosis of both medical and surgical diseases of the kidney.

Dr William Torreggiani, Consultant radiologist, Tallaght hospital Dublin, Ireland

---

**25- The emerging role of radiological techniques in clinical decision making.**

---

Dr William Torreggiani

Consultant radiologist, Tallaght hospital Dublin, Ireland

In the past clinical decision making was predominantly made by clinical examination and history taking alone. While this is still the most important way in making a diagnosis, imaging is increasingly playing a guiding role in aiding clinicians in making a diagnosis. Headaches, dizziness, back pain, muscular injuries and conditions such as dementia may be difficult to diagnose accurately by clinical examination alone. By combining modern imaging with careful history taking and examination, it is increasingly possible to make an accurate diagnosis. The usefulness of MRI, CT, ultrasound and PET imaging continue to grow making the diagnosis of a variety of conditions more accurate. In this presentation, the role of these imaging modalities is demonstrated by using a range of clinical examples. Occult fractures, cancers and inflammatory conditions are depicted and current concepts are discussed.

Dr William Torreggiani, Consultant radiologist, Tallaght hospital Dublin, Ireland

---

**26- Assessment and Management of Massive Haemoptysis**

---

Dr. Abdul Monem HAMID

Hôpital FOCH-Paris, Université Paris Ouest

Haemoptysis is the expectoration of blood or of blood-stained sputum . There is no specific definition of massive haemoptysis. In the literature, the amount varies from 200–1,000 mL per 24 h, but is usually defined as >600 mL of expectorated blood in 24 h.

Any amount of haemoptysis that causes respiratory compromise and/or haemodynamic instability is life threatening and constitutes a medical emergency.

The mortality ranges 7–30% for non-massive haemoptysis, and up to 80% for massive haemoptysis . Massive haemoptysis is a frightening experience for doctors.

The objective of the presentation is to guide clinicians in the approach and management of this potentially lethal event.

Dr. Abdul Monem HAMID, MATRE ES SCIENCES MEDICALES Hôpital FOCH-Paris Université Paris Ouest, Service de Pneumologie et transplantation

pulmonaire, Pr. Marc STERN, Paris-France, E mail  
abdulmonemhamid@hotmail.com

**27- Medical mission in GAZA**

مهمة طبية في غزة المحتلة

Dr. Abdul Monem HAMID, MATRE ES SCIENCES MEDICALES Hôpital FOCH-  
Paris Université Paris , France,

ان الوضع الصحي في غزة مأساوي بكل ما تعنيه الكلمة و لهذا قمنا بمهمة صحية في غزة المحاصرة لتقديم المساعدة و الدعم الطبي من خلال جمعيتنا الفرنسية الفلسطينية للمساعدة والدعم الطبي لقد انجز الوفد العديد من العمليات الجراحية و الاستشارات الطبية ونقل المساعدات الطبية و الاجهزة  
غزة تحتاج لمزيد من الدعم والاعاثة الطبية و المشاريع الصحية و نأخذ علي عاتقنا حاليا مشروع الدعم النفسي و العيادة النفسية للاطفال الذي يحتاج لمزيد من الدعم و التمويل

Dr. Abdul Monem HAMID, MATRE ES SCIENCES MEDICALES Hôpital FOCH-  
Paris Université Paris Ouest, Service de Pneumologie et transplantation  
pulmonaire, Pr. Marc STERN, Paris-France, E mail  
abdulmonemhamid@hotmail.com

**28- Mobile eHealth – the convergence of medicine & telecommunication technology**

الطباة الألكترونية

Mrs Serap Alpsoy ,Detecon International GmbH (German Telecom Group)  
Senior Consultant / Project Manage/Germany

Many countries are facing almost the same problems in the healthcare sector. Especially developed countries are forced to change their strategies and concepts because of the demand to decrease healthcare budgets (cost pressure) and an aging population, which strains current systems. Research indicates that the cost of an individual's healthcare increases as a person gets older. On the other hand the requirements towards the efficiency and quality of healthcare increases permanently.

Using information and communication technology (ICT), such as computers, mobile phones and satellite communications can provide a solution for these problems. Mobile Health (mHealth) or eHealth (eHealth) cover all medical fields – homecare, cardiology, pathology, surgery, emergency, mental health, rehabilitation etc.

No technology can substitute a doctor or a nurse, but using mobile telecommunication technology can help solving some current healthcare problems and difficulties.

The presentation of Mobile eHealth will provide a short introduction and classification of terms and topic, and then explain the different concepts by providing real-world project examples.



Mrs Serap Alpsoy, Detecon International GmbH (German Telecom Group),  
Senior Consultant / Project Manager, Tel: +49 175 931 64 65 Fax: +49 228 700  
2421 Email:serap.alpsoy@detecon.com

---

**29- Neuroendocrine Disorders after Traumatic Brain Injury**

---

التغيرات الغذائية العصبية بعد أذيات الدماغ الرضية

Dr. Amar Agha

Consultant Pituitary Endocrinologist and a Senior Lecturer

Beaumont Hospital and the Royal College of Surgeons Medical School in Dublin  
Dublin, Ireland.

Traumatic Brain injury is the commonest cause of death and disability in young adults living in industrialised countries, where 180-250 persons per 100,000 per year die or are hospitalised as a result. Neuroendocrine derangements after traumatic brain injury (TBI) have received increasing recognition in recent years because of their potential contribution to morbidity and possibly mortality after trauma. Marked changes of the hypothalamo-pituitary axis have been documented in the acute phase of TBI with as many as 80% of patients showing evidence of gonadotropin deficiency, 18% of growth hormone deficiency, 16% of corticotrophin deficiency and 40% of patients demonstrating vasopressin abnormalities leading to Diabetes Insipidus or the Syndrome of Inappropriate Anti-diuresis. Longitudinal prospective studies have shown that some of the early abnormalities are transient, while new endocrine dysfunction becomes apparent in the post acute phase. There remains a high frequency of hypothalamic-pituitary hormone deficiencies among long term survivors of TBI with approximately 25% patients showing one or more pituitary hormone deficiencies. This is a higher frequency than previously thought and suggests that most cases of post traumatic hypopituitarism (PTHP) remain undiagnosed and untreated. PTHP has been associated with adverse outcome both in the acute and chronic phases after injury. These data underscore the need for the identification and appropriate timely management of hormone deficiencies, in order to optimise patient recovery from head trauma, improve quality of life and avoid the long-term adverse consequences of untreated hypopituitarism.

**Dr. Amar Agha MD FRCPI**, is a Consultant Pituitary Endocrinologist and a Senior Lecturer at Beaumont Hospital and the Royal College of Surgeons Medical School in Dublin, Ireland. He graduated from Trinity College in 1995 and underwent basic medical training followed by specialist training in Endocrinology and Diabetes in Dublin. He subsequently had research and clinical fellowship posts at Queen Elizabeth Hospital in Birmingham and at Barts hospital in London before returning to Dublin in 2006. Dr. Agha's research interests include the areas of pituitary dysfunction after head trauma and radiotherapy and glucocorticoids and he has published extensively in the leading scientific journals on these topics. He is a previous winner of the American Endocrine Society research award, The American Endocrine Society/JCEM outstanding reviewer's award, the Irish Endocrine Society Gold Medal and the IJMS Doctors awards in Endocrinology and Diabetes.

**30- Protective effects of vitamin C on albino rats Exposed to hexavalent chromium (Cr vi)**

التأثيرات الوقائية لفيتامين C على الجرذان المعرضة لسداسي الكروم المسرطنة

Dr. Heider Hemeed Abbas Al-Heidery د.حيدر حميد عباس الحيدري

College of Dentistry, Babylon University, Irak

**Introduction:**

Hexavalent chromium compounds are widely recognized as human carcinogens (De flora et al., 1990). It has been suggested to cause the generation of reactive oxygen species (ROS) resulting in oxidative stress, alter the antioxidant defense system in the tissues and cellular injury, which may be one of the factors in the etiology of cancer (Shi et al., 1999 and Bagchi, 2001). Recent work has shown that ascorbate (vit. C) is the principle reductant of Cr (vi) in rat kidney, liver and lung ultrafiltrates (Standeven and Wetterhahn, 1991, 1992). It is not yet fully understood whether the intracellular reduction of Cr (vi) by ascorbate is toxification or detoxification process (Diane et al., 1994).

**Aim:**

In the present study, we examined the possible protective effect of vit. C on albino rats exposed to Cr (vi) through study some biochemical indices.

**Materials & Methods:**

Thirty male rats feed and water were supplied ad libitum. After two weeks of acclimation, animals were divided into three groups as follows:

First group: served as control and received distilled water as vehicle.

Second group: was administered 20 ppm Cr (vi) (as chromium dichromate) in drinking water for 2 months.

Third group: was received 20 ppm Cr (vi) plus vitamin C (150 mg\ L) in drinking water for 2 months.

**Enzyme assessments**

At the end of the experimental period, Plasma and liver Aspartate aminotransferase (AST; EC 2.6.1.1) and Alanine aminotransferase (ALT; EC 2.6.1.2) activities were determined with kits from (Randux). The principle reaction of the colorimetric determination of AST or ALT activity is based on the reaction of Aspartate or Alanine with alpha-ketoglutarate to form oxaloacetate or pyruvate, respectively. The oxaloacetate or pyruvate formed is measured by monitoring the concentration of oxalacetate or pyruvate hydrazone formed with 2,4-dinitrophenylhydrazine. Alkaline phosphatase (ALP; EC 3.1.3.1) activity was measured at 405 nm by the formation of paranitrophenol from paranitrophenylphosphate as a substrate (principato et al., 1985).

**Data analysis:**

Data were computer analyzed using SPSS ver 14.0 for windows (statistical package for the social sciences In, Chicago, Illinois). Differences among groups were assessed by one way ANOVA.

**Results:**

activities of serum AST, ALT and ALP were increased significantly in the rat received Cr (vi), on the other hand these activities in the rats received a combination of Cr (vi) and ascorbic acid remained near the control value. In addition, the activities of AST, ALT and ALP were also significantly ( $P < 0.05$ ) increased in the liver tissues of Cr (vi) exposed rat compared to the control value

د. حيدر حميد عباس الحيدري  
Dr. Heider Hemeed Abbas Al-Heidery  
College of Dentistry, Babylon University  
Physiologist, Physician  
Tel: +9647802292151 Email: drheiderhemeed@yahoo.com

---

**31- Outpatient Abdominoplasty! Is it a safe practice?**

---

Ahmed Salman, Reem Salman  
Park West Clinic, Auralia Cosmetics, Block 72, Park West Business Park, Dublin 12, Ireland.

Extended Abdominoplasty has traditionally been performed as an inpatient procedure. To date, there have been no many reports on the safety of outpatient abdominoplasty.

We have followed a strict selection criterion in order to achieve maximum aesthetic results with maximum patient safety and satisfaction.

We are presenting our clinical outcomes of abdominoplasty performed in an outpatient setting over a three years period by a single surgeon at our unit.

A retrospective chart review was performed of the entire patient who underwent abdominoplasty from January 2006- December 2008. Each case was evaluated for demographic information, patient weight, body mass index (BMI), and weight of specimen, anaesthesia type, estimated blood loss, operating room time, length of stay, drain management and complications.

A total of ( 48 ) patients, ( 47 ) female and ( 1 ) male, underwent abdominoplasty. The average patient weight was (78) kg while the average BMI was ( 38 )kg/m<sup>2</sup>. The average estimated blood loss, (100) ml, and operative time was (180) minutes while specimen weight was (1000) gram. There was no perioperative blood transfusion. All patients (100%) were discharged the same day. There was only two minor complications ( one superficial wound infection and one case of seroma).

We conclude with our experience that appropriate patient selection, education and operative techniques; outpatient abdominoplasty can be performed safely and successfully.

---

**32- Breast Augmentation : single unit and single surgeon**

---

Reem Salman, Ahmed Salman  
Park West Clinic, Auralia Cosmetics, Block 72 , Park West Business Park, Dublin 12, Ireland.

We are presenting our clinical outcomes of breast augmentation performed in an outpatient setting over a three years period by a single surgeon at our unit.

A retrospective chart review was performed of the entire patient who underwent breast Augmentation from January 2006- December 2008. Each case was evaluated for demographic information, patient weight and height, Implant type and size operating room time and complications.

A total of (400) patients underwent cosmetic Augmentation. Implant size ranged 280 ml to 495 ml. All patients (100%) were discharged the same day. There were two superficial wound infections and one haematoma. Our capsular contraction rate was less than 3% with two years follow up.

We conclude with our experience that appropriate patient selection, education and operative techniques; breast augmentation can be performed safely and successfully with excellent patient satisfaction.

breastsurgeon2007@gmail.com>

arabmedireland@yahoo.com

---

### **33- Minimally invasive Surgery MIS, achieving more with less.**

---

Mr. Maher Shuhaibar MB Bch FRCSI FRCSI CT

Consultant Cardiothoracic Surgeon at UPMC Beacon Hospital and Mater Private Hospital, Dublin Ireland

**Introduction:** Surgical procedures in the chest traditionally required access into the cavity by large incision with rib spreading and sternal cutting. This constitutes a major morbidity and excluded many old and frail patients from life saving operations. Recent innovations and advanced surgical skills increased the scope of procedures available to patients at all ages. We will report the first 50 patients who undergone a minimally invasive procedure and share some of the common presentations and dispel some of the mystery about MIS.

**Patients and Methods:** 50 patients over 24 months period were recruited age range from 18 years to 96

They underwent major Cardiothoracic procedure

The average follow up is 8 months

**Results.** Correcting for pathology the average hospital stay was 5 days range from 1- 25

ICU/ HDU stay 1 day range from 0- 5

Requirement for convalesce care was in 5 patients all above 80, in hospital procedure related mortality was nil

**Conclusion:** MIS is safe, reproducible and increase procedure suitability for previously inoperable patients.

**Contact**

Mr Maher Shuhaibar, UPMC Beacon Hospital, Sandyford , Dublin 18,Ireland, Tel 00 353(0)872244262, Mail shuhaibarm@hotmail.com

Dr. Mustafa ABDUL RAHMAN ,6 AVENUE HENRI ROBIDA, 91130-RIS ORANGIS, FRANCE, Email: bassatini@hotmail.com

Dr. Tammam Kelani, Ophthalmologist President of Arab medical and Pharmacists Union in Austria, Gallmayer Gasse 5/12,A-1190 Vienna Tel: 00432282/24782, Fax:00432282/24784, Mob: 0043664/35 70 912, E-Mail:Dr.kelani@chello.at

Dr. med. Mahmoud Sultan Berlin, Germany, Skalitzer Straße 72, D-10997 Berlin Tel.:004930 6147936, Fax 004930 61285485 E mail mah\_sultan@yahoo.com

Dr. Farida Daria Basmadji, Department of Paediatric Dentistry, Medical University of Gdańsk, /Poland, Tel: +48 601 658 509 Fax: +48 58 349 21 31 Email: barbara.adamowicz@gumed.edu.pl

Prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, Head of Department of Paediatric Dentistry, Medical University of Gdańsk, /Poland,

Dr. Ossama Al Babbili, Executive Director of Al Andalus University, Managing Director of M.E.Yorktest Lab. in Dubai, babbili@emirates.net.ae

Dr. Nadim Sradj, M.A.\*Regensburg, Germany, Sradj@gmx.de

Shnayien Samir Orthopaedic Surgeon, Klosterstreet 11, 53545 Linz/Rhein, Germany S.Shnayien@t-online.de

Prof. Dr. Khaled Basmadji , University of Aleppo, Institute of History of Arabic Science, Professor, academic member staff, Tel: +963944237457 Email: khaled.basmadji@tlen.pl

Mrs Schröder Jamileh, Bahnhofstrasse 58., 55218 Ingelheim, Germany, Tel.: 0049 6132 798564 .Fax: 0049 6132 798565 , Email info@jamileh-schroeder.de

DI Dr. Issa IbraheemDamascus University, Biomedical Engineering

Prof. Dr. Faidi Mahmoud , Representative of Al Andalus University /Syria Stiftungsinitiative Johann Gottfried Herder

By Dr. Bahjat Assaf Telf.:+34609714954, Fax: +34917111888, Address: Camino Viejo de Leganes n 23, Madrid Spain Telf: +34914713155, E-mail: cardiophone@cardiophonesl.com

Dr. Mohammed Al-Noaemi, Sudan University. Khartoum. Sudan , E mail: mohammedalnoaemi@yahoo.com

Mr Maher Shuhaibar, UPMC Beacon Hospital, Sandyford , Dublin 18,Ireland, Tel 00 353(0)872244262, Mail shuhaibarm@hotmail.com

Prof.Dr.Gunsel (Shurdum) Avci ,Consultant Cardiologist and Chief of EECF Treatment Unit, Memorial Hospital, Istanbul, Turkey

Prof. FARUK ERZENGIN, Dep.of Cardiology, University of Istanbul,

Istanbul Medical Faculty, Previous dean, Çapa, ISTANBUL, TURKEY, farukerzengin@gmail.com

Nakatseva Elena, Almazov's Federal Centre of Heart, Blood and Endocrinology, cardiologist, research worker of noncoronary disease department, Sain-Petersburg, Russland Tel: +79216402507, Fax: +78127026818, Email: nena\_555@rambler.ru

Prof Dr. Z.HABBAL King Fahad Specialist Hospital – Dammam. Saudi Arabia, Consultant Surgeon. Tel: 00966553990510 Fax: 0096638551019 Email: Zakareyahabbal@yahoo.com

Dr. Amer Hashim Al Ani MD, General & GIT Surgeon, Al Bashir teaching Hospital MOH Amman - Jordan. Tel.: 00962799281635 Fax: 00962 6 4772189, Email: ameralqadi2002@yahoo.com

Dr. Jiyan A. Ahmed Zangana, General surgeon , Kirkuk G. hospital, Mial: jjiyan27460@yahoo.com

Dr. Abdul Rahman A. Sulaiman consultant Pediatric Surgeon Medical college /Mosul University, Mail: sulaimanazme@yahoo.com>

Yahya AL-HABBAL, Austin Health, Department of Surgery, 145 Studley Road, Heidelberg, VIC 3084., Melbourne Australia. Mail.: yahya@alhabbal.info

Mrs Dr. Widad Raheem, Kirkuk, Iraq, Tel.:07701308045, E Mail dr.widadrahim@yahoo.com

قد يكون كل الأسماء غير موجودة في هذا الفهرس نظرا لعدم إرسال الزملاء بعناوينهم او بالنشاطات التي قد يقومون بها

**Ireland** is an island on the north-western edge of Europe. It is 486 kilometres' long and 275 kilometres' wide. Ireland has 3,172 kilometres of coastline –“the longest coastline per head of population in Europe. The Republic of Ireland occupies three-quarters of the island and its capital city is Dublin.

Ireland, with its beautiful scenery, offers a range of attractions to the tourist including ancient archaeological sites and monuments, a variety of sporting activities such as fishing, riding and golf, as well as traditional dancing and music. Ireland is now enjoying stability and peace North and South of the Island.

**Population:** 4.4 million, over 1.5 million live in Dublin.

**Dublin:** Dublin, the capital of the Republic of Ireland, is built on the River Liffey and is also situated beside the sea, yet close to both the countryside and mountains. A city of fine Georgian buildings, Dublin has been influenced by its Danish, Norman and English antecedents. It has excellent stores and shops, museums, antique shops and a range of pubs and restaurants. Among the goods for which Ireland is particularly well known are tweed, knitwear, linen, glass, lace and silverware. It has four major theatres, including the world famous Abbey theatre, concert facilities, art galleries and cinemas. There is a wide variety of sporting facilities including golf courses, sailing and racecourses.

**Climate:** Ireland enjoys a temperate climate with mild winters and relatively cool summers. Mean daily temperature in June and July is 18 C. Dublin enjoys reasonable sunshine and rain belts reaching the east coast are frequently light and generally clear quickly. However, it is always wise when travelling to Ireland to pack a rain mac or umbrella.

**Documentation/Passports:** everyone entering Ireland must have a valid passport, or in the case of European Union Member States, a national identity card. Visas are required for visitors from some countries. Delegates should check with their local Irish consulate or embassy. A valid driving license is required to drive in Ireland. Please note that it can take up to 8 weeks to process a visa application, and early application is recommended. The Conference Organizing Committee, or its agents, cannot accept any responsibility for visa applications. Where a delegate is unable to attend because of failure to obtain a visa on time, the normal cancellation policy for registration fee will apply. Please contact Conference Partners if you require a letter of invitation for your visa application. You may also request such a letter by fax. For Irish Government information relating to visa applications please see <http://foreignaffairs.gov.ie/home/index.aspx?id=8605>

**Shopping:** Dublin has a busy city centre shopping area around Grafton Street and Henry Street. There is a huge range of products to bring home –“ from traditional Irish hand-made crafts to international designer

labels. Things to buy: woolen knits, tweeds, crystal, Cloddish rings, pottery, silver and music. Shopping hours are from 9.00am to 6.00pm Monday to Saturday, with shops open until 8.00pm on Thursdays, and many shops open from 2.00pm to 6.00pm on Sunday.

**Insurance:** The Conference Organising Committee, its agents, and the Society will not be responsible for any medical expenses, loss or accidents incurred during the conference. Delegates are strongly advised to arrange their own personal insurance to cover medical and other expenses including accident or loss. Where a delegate has to cancel for medical reasons, the normal cancellation policy will apply. It is recommended that citizens from EU countries bring with them a current E111 form.

**Tax Refunds:** Value Added Tax (VAT) is charged at 21% on most goods. Cash back is the simplest and most widely used VAT refund service that issues cash refunds on departure for a handling fee. Ask for cash back forms when you make your purchase.

**Dublin Airport** is serviced by a regular bus service which will bring you to the city centre. For more information on getting from the airport, visit our Airport & Airlines Section

**Tippling:** A small tip is appreciated for good service. Tip cabs 10% and porters

**Currency:** The currency in Ireland is the Euro.

**Credit Cards:** Major credit cards are widely accepted.

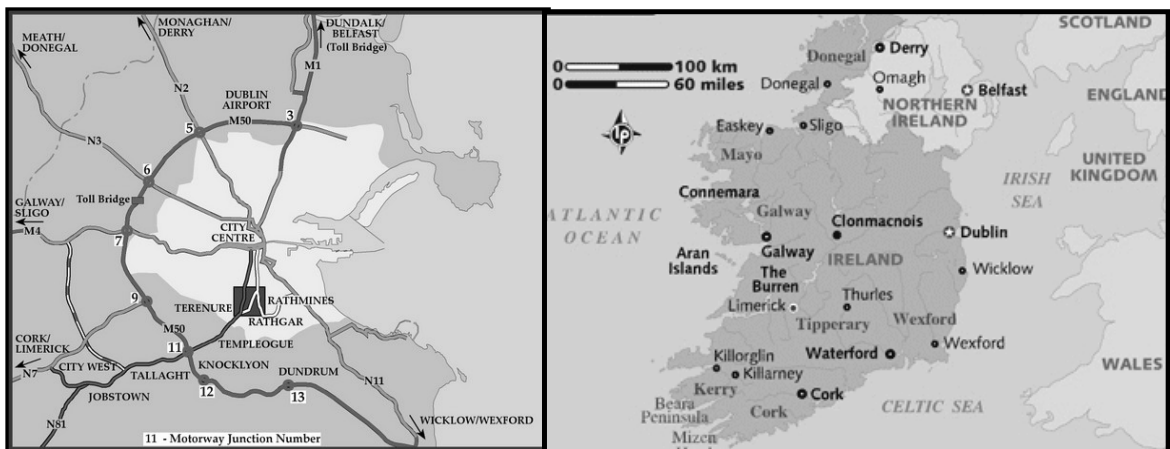
**Smoking Policy:** Under Irish law smoking is not permitted in pubs, restaurants, hotel lobbies and all enclosed public buildings.

**Electricity:** 220 volts Plugs in Ireland are 3 pin plugs.

**Time** From March to October, Ireland operates on Greenwich Mean Time + 1 hour

**Phone country code:** +353, city code:

**Internet domain country code:** .ie,





**معلومات عامة عن أيرلندا ودبلن**

أيرلندا هي جزيرة على حافة الشمال الغربي من أوروبا. طولها 486 كم وعرضها 275 كيلومترا. يملك أيرلندا 3172 كيلومتر من السواحل أطول شريط ساحلي لكل فرد من السكان في أوروبا. جمهورية أيرلندا تحتل ثلاثة أرباع الجزيرة وعاصمتها هي دبلن. أيرلندا يقدم مجموعة واسعة من مناطق الجذب السياحي بما في ذلك المواقع الأثرية والمعالم القديمة ، ومجموعة متنوعة من الأنشطة الرياضية مثل صيد الأسماك ، وركوب الخيل والغولف ، وكذلك الرقص والموسيقى التقليدية. أيرلندا تتمتع حاليا باستقرار وسلام شمال وجنوب الجزيرة.

**عدد السكان :** 4.4 مليون نسمة ، أكثر من 1.5 مليون يعيشون في دبلن.

**دبلن** ، عاصمة جمهورية أيرلندا ، يتخللها نهر الليفي River Liffey ، ويقع بجوار البحر ، وتحيط بالريف والجبال. نرى فيها المباني الجورجية ، وقد تأثر بها الأبنية الدنماركية ، والسوابق الإنجليزية. لديها مخازن ومتاجر ممتازة ومحلات تجارية قديمة ومجموعة من الحانات والمطاعم وكذلك المتاحف. لديها أربعة مسارح كبرى ، بما في ذلك دير المسرح المشهور عالميا ، ومرافق الحفلات الموسيقية والمعارض الفنية ودور السينما. هناك طائفة واسعة من المرافق الرياضية بما في ذلك ملاعب الغولف ، والإبحار ، وحلبات السباق.

**المناخ :** أيرلندا تتمتع بمناخ معتدل مع شتاء معتدل وصيف بارد نسبيا. متوسط درجة الحرارة اليومية في حزيران / يونيو وتموز / يوليو هو 18 درجة ، الطقس في دبلن غائم مع زخات مطر في غالب الأحيان. ، فمن الحكمة دائما عند السفر إلى أيرلندا ارتداء اللباس المطري وإصطحاب مظلة المطر.

**وثائق / جوازات السفر :** الدخول إلى أيرلندا يحتاج إلى فيزا مع جواز سفر ساري المفعول للجميع ما عدى مواطنوا دول السوق الأوروبية. للحصول على معلومات الحكومة الأيرلندية المتعلقة بطلبات التأشيرة الرجاء مراجعة العنوان التالي للحصول على المعلومات الدقيقة

<http://foreignaffairs.gov.ie/home/index.aspx>

**التسوق :** يمكن التسوق في مركز المدينة وخاصة في شارع غرافتون هنري. وهناك مجموعة كبيرة من المنتجات الأيرلندية التقليدية المصنوعة يدويا

**ساعات التسوق** التاسعة الى السادسة مساءا وبعض المحلات التجارية تبقى مفتوحة حتى الساعة الثامنة في يوم الخميس، والعديد من المتاجر تفتح يوم الأحد بعد الظهر

**التأمين :** إن اللجنة المنظمة للمؤتمر، ووكلائها ، ليسو مسؤولين عن أي نفقات طبية أوفقدان أو عن الحوادث التي تحدث خلال المؤتمر. وينصح بشدة المشتركين لترتيب التأمين الشخصي بهم لتغطية النفقات الطبية وغيرها بما في ذلك الحادث أو الخسارة.

**الضرائب المستردة :** ضريبة القيمة المضافة 21 % على معظم السلع. عاد النقدية أبسط والأكثر استخداما على نطاق واسع أن ضريبة القيمة المضافة خدمة استرداد المبالغ المستردة القضايا النقدية عند المغادرة لقاء رسوم المناولة. اسأل عن أشكال العودة النقدية عند إجراء عملية الشراء. هو عن

**البخشيش :** نصيحة صغيرة لخدمة جيدة. سيارات الأجرة 10 % ولحمالين الحقيبة.

**العملة :** في أيرلندا هي اليورو. وتقبل على نطاق واسع بطاقات الائتمان : بطاقات الائتمان الرئيسية. سياسة التدخين : التدخين وبموجب القانون الأيرلندي لا يجوز في الحانات والمطاعم ردهات الفنادق ، وجميع المباني العامة المغلقة.

**الكهرباء :** 220 فولت شموعات الإشعال في أيرلندا هي دبوس 3.

**الوقت** من مارس-أكتوبر ، أيرلندا تعمل على متوسط بتوقيت غرينيتش + 1 ساعة

## ملاحظات هامة للمحاضرين

- يجب على كل المحاضرين التقيد بالوقت المخصص لهم (15 دقيقة فقط)
- لغة المؤتمر: اللغة العربية والإنكليزية
- يحبز ان تكون لغة شرائح العرض باللغة الأنكليزية او الإنكليزية مع لغة أخرى لسهولة الفهم للمشاركين غير العرب عدد الشرائح لا تتجاوز العشرين
- يجب على المحاضرين التأكد من تجهيز الشرائح أو الأقراص CD قبل بدء الجلسة مع ذكر رقم المحاضرة واسم المحاضر لتفادي واكتشاف الصعوبات الفنية في وقت مسبق لكي لا ينحرج أحد ولكسب الوقت للجميع (الإستفسار عن ذلك في سيكريتارية المؤتمر ) إمكانية العرض بالأقراص CD فقط
- استعمال الكمبيوتر الشخصي غير مسموح لكسب الوقت
- أخي المحاضر حاول ان تختصر بقدر المستطاع وحاول ان تركز على الهدف والإستنتاج العملي
- نأمل من المشاركين حضور الجلسات العلمية بأعداد كبيرة والمساهمة الفعالة في المناقشات والحرص على دقة المواعيد
- في حالة عدم تمكن المحاضر من الحضور نرجو منكم إخبار اللجنة التنظيمية و رئيس الجلسة والسكرتارية قبل المؤتمر او قبل بدء الجلسات
- توزع وثائق الحضور في نهاية كل يوم للمستوفين برسوم المؤتمر والموقعة من رئيس المؤتمر بيومها
- سيرعرض البرنامج العلمي على الأنترنت على:

عنوان الأتحاد <http://www.arabmed.de>

## الغاء التسجيل

- الغاء التسجيل قبل 30 يوم من بدء اعمال المؤتمر (قبل 28 / 2010/9 ) لا يوجد خصوم
- الغاء التسجيل قبل 15 يوم من بدء اعمال المؤتمر (بعد تاريخ 2010/10/15 ) سيتم خصم(50%)
- الغاء التسجيل قبل 7 أيام من إنعقاد المؤتمر (بعد تاريخ 2010/10/20 ) يتم خصم 100%
- إن قبول المحاضرة او البوستر في البرنامج العلمي لا يعنى التزام الجهة المنظمة بتغطية تكاليف المحاضر (السفر والإقامة) من أية دولة كانت

## البرنامج السياحي

ستقوم اللجنة التنظيمية للمؤتمر بتنظيم رحلة سياحية في فيننا في نهار السبت بعد الظهر للمرافقين و صباح الأحد للمؤتمرين للراغبين في الإشتراك يرجى منهم الإستفسار عن المواعيد في سكريتارية المؤتمر التكاليف إضافية

مكان المؤتمر: فندق برلنغتون دبلن في إيرلندا Burlington Hotel Dublin  
Upper Leeson Street, 4, Dublin, Ireland  
Tel: +353 (0)1 618 5600 Fax +353 (0)1 618 5693, Email: [info@burlingtonhotel.ie](mailto:info@burlingtonhotel.ie)

توقيت المؤتمر 29 أكتوبر – 31 أكتوبر 2010

وثائق المؤتمر

سيزود المشتركون على وثائق المؤتمر: البرنامج العلمي والبطاقة الأسمية بالإضافة الى قسائم الطعام و شهادات الحضور يرجى من المشتركين وضع البطاقة الأسمية في جميع المناسبات والجلسات

الدول المشاركة

ألمانيا, فرنسا , بريطانيا, النمسا, العراق, إيرلندا, إسبانيا بولندا فلسطين, سوريا, تركيا, مصر , والأردن  
استراليا , المملكة العربية السعودية

عنوان المراسلات للتسجيل ولحجز الفندق

الدكتور خليل إكي رئيس اللجنة التنظيمية

**Dr. Khalil Ekky** as Chairman of Committee, Drumcondra Clinic, 53 Lower

Drumcondra Rd, DUBLIN 9, Co. Dublin, Ireland 01 8376701

Tel 00353837670, [ekky@eircom.net](mailto:ekky@eircom.net)

عنوان اتحاد أطباء العرب في أوروبا المركز الرئيسي في الماني

ARABMED in Europe, Rudelsweiher Str. 63 91054 Erlangen, Germany

Tel.: +499131 209986, Mobil +4917663760818, Fax +499131 209468.

Mail [faidi.mahmoud@gmail.com](mailto:faidi.mahmoud@gmail.com)

رسوم التسجيل

Registratation Form	رسوم المؤتمر Fees	فئات التسجيل
Early Regisration Until 30.Septmber 2010	150.00 €,	التسجيل الباكر حتى 30 ايلول 2010
Late Regesrtion at 1 - 20. Oct. 2010	180.00 €	التسجيل المتأخر من 1- 20 أكتوبر 2010
Regisration at 29-31 Oct.2010	200.00 €	التسجيل أثناء المؤتمر 29-31 أكتوبر 2010

يغطي رسم التسجيل المشاركة في حفل الافتتاح والحصول على وثائق المؤتمر والجلسات العلمية والعشاء لمرتين . أما المشاركين و المرافقين و الراغبين في المشاركة في العشاء الأول والثاني والحفلة الختامية و/أو الحصول على شهادة المؤتمر عليهم دفع 40 يورو لكل عشاء ولكل شخص , 15 يورو للاطفال دون سن الاثنا عشر تقبل التحويلات التي وصلت بتاريخ 20 اكتوبر 2010 فقط لاتقبل التحويلات بعد هذا التاريخ الرجاء الإلتزام

- طلاب الطب في اوروبا (بحسب بطاقات الجامعة) مدعوون لحضور المحاضرات النظرية مجانا وفي حال الرغبة للإشتراك في الوجبات وباقي النشاطات 75 Euro
- أعضاء إتحاد العرب في اوروبا و اتحاد الأطباء العرب في إيرلندا الدافعين لرسوم الإتحاد(150€) لعام 2010 يعفون من 20% من الرسوم السابقة المتوافقة مع التواريخ تقبل في حين إحضار قسيمة التحويلة لكي تقارن مع جداول البنك

- الزملاء القادمين من فلسطين المحتلة او العراق يعفون من 50% من رسم المؤتمر
- الرجاء من كل الزملاء الذين يودون ان يستضيفوا أحدا ان يضعوا بعين الإعتبار كل التكاليف من (الرسوم وتكاليف الإقامة) لكي لا نخرج أحدا

رسوم التسجيل والاشترك أثناء المؤتمر

البرنامج العلمي مع وجبات دون مبيت 200 Euro (تعطى بطاقة الوجبة أثناء التسجيل احمر , و أزرق) للمرافقين الراغبين الإشتراك في الحفلات المسائية والوجبات تكلفة الوجبة دون المشروبات

- الكبار 40 يورو
- الأطفال من 6- 11 سنة 18 يورو, 4- 6 سنوات 6 يورو
- طلاب الطب في أوروبا (بحسب بطاقات الجامعة) مدعوون لحضور المحاضرات النظرية فقط مجانا وفي حال الرغبة للإشتراك في الوجبات وباقي النشاطات 75 Euro

البرنامج الإجتماعي

دبلن المدينة التاريخية والسحرية والجميلة مع قصورها وحدائقها وقلاعها وشوارعها وطبيعتها الخلابة تتخلله نهر الليفي River Liffey التي تزيدها أناقة وجمالا , لإكتشافها لايد من العديد من الساعات والأيام . ان زملاتنا في دبلن في اللجنة التنظيمية هم أخبر الناس لهذه المدينة لذلك خصصنا وقتا كافيا للتمتع وسنضع التفاصيل في البرنامج النهائي حسب العدد النهائي ومكان التجمع التكاليف ستكون إضافية

عنوان البنك للحوالات المصرفية

رسوم المشاركين في المؤتمر Bank Transfer for Congress Participation in Dublin

NAME OF THE BANK: BANK OF IRELAND

CODE: 90-05-19

ACCOUNT NUMBER: 44664714

IBN NO.=IE63-BOFI-9000-3344-6647-14

BIC NO.=BOFIE2D

ADDRESS: 43 LOWER DRUMCONDRA ROAD, DRUMCONDRA, DUBLIN 9, DUBLIN, IRELAND.

للاغبين الإنتساب الى إتحاد أطباء العرب في أوروبا والإستفادة من الرسوم المخفضة للمؤتمر يمكنهم تحويل رسوم الإنتساب € 150 يورو الى رقم حساب الإتحاد في المانيا

بنك إتحاد أطباء العرب في اوروبا Bank Transfer for ARABMED in Europe

Union Arabischer Mediziner in Europa (ARABMED) المنتسبين للإتحاد من خارج إيرلندا

Sparkasse Erlangen, Konto- Nr.: 60025142, Bankleitzahl 76350000

BIC-/SWIFT-Code: BYLADEM1ERH, IBAN-Nummer: DE22 763500000060025142

الهيأت المنظمة

1. إتحاد أطباء العرب في أوروبا
2. إتحاد أطباء العرب في إيرلندا
3. إتحاد الأطباء والصيادلة العرب في النمسا

راعي المؤتمر

السيد لينيهان كونور وزير تطوير الموارد التعليمية و التقنية في إيرلندا  
رئيس اتحاد أطباء العرب في أوروبا

الأستاذ الدكتور فيضي محمود

رئيس اتحاد أطباء العرب في إيرلندا ورئيس المؤتمر

الدكتور غسان أغا (إيرلندا)

اللجنة الاستشارية العليا للمؤتمر

الأستاذ الدكتور فيضي محمود رئيس اتحاد أطباء العرب في أوروبا  
الدكتور تمام كيلاني رئيس إتحاد الأطباء والصيادلة العرب في النمسا  
الدكتور غسان أغا رئيس المؤتمر ورئيس اتحاد أطباء العرب في إيرلندا(إيرلندا)  
الدكتور خليل إيكى رئيس اللجنة التنظيمية أيرلندا  
الأستاذ الدكتور أيمن أغا رئيس اللجنة العلمية (المانيا )

شعار المؤتمر

الطبابة عن بعد والتشخيص الألكتروني

لجان المؤتمر

1- اللجنة العلمية للاتحاد

الدكتور أيمن الأغا (المانيا) الدكتور فيضي عمر محمود ( المانيا ) الدكتور تمام كيلاني (النمسا )  
الدكتور نديم سراج ( المانيا ) الدكتور هشام دهشان (المانيا) , الدكتور سيد ترامسي (المانيا)  
الدكتور مصطفى عبد الرحمن ( فرنسا ) الدكتور محمود سلطان (المانيا) الدكتورة فريدة بسمجي (بولندا)  
الدكتور خليل إيكى (إيرلندا)

2-اللجنة التنظيمية للمؤتمر

الدكتور خليل إيكى (أيرلندا) رئيس اللجنة التنظيمية الدكتور تمام كيلاني من النمسا الدكتور هشام  
دهشان (المانيا) الدكتور وسيم أبو عامر (إيرلندا) , الدكتور أحمد آغا إيرلندا

3- اللجنة الإعلامية للاتحاد

الدكتور فيضي عمر محمود والدكتور تمام كيلاني الدكتور غسان أغا والدكتور خليل إيكى  
الجامعات المشاركة في المؤتمر

**Germany:** University of Erlangen- Nuremberg, Heart Surgery, University of Regensburg,

**Iraq:** Sulaymani Teaching Hospital, Irak

**France:** University Hospital La Pitie Paris, Université de Paris Sud

**Syria:** University of Al Andalus and Aleppo

الزميلات والزملاء الكرام

ان انعقاد المؤتمر الطبي السادس والعشرون لاتحاد الاطباء العرب في اوربا متزامنا مع المؤتمر السنوي الأول لإتحاد الأطباء العرب في إيرلندا من الفترة الواقعة ما بين 29 – 31 october 2010 في مدينة دبلن مدينة السحر والجمال يشكل تظاهرة طبية هامة حيث سيكون هذا المؤتمر مناسبة طبية هامة لجميع المشاركين من اوروبا والبلاد العربية وانها فرصة مواتية للالتقاء بزملاء المهنة الطبية في البلدان الأوروبية حيث سيتم التعرف على احدث ماتوصلت اليه العلوم الطبية وذلك من خلال الاحتفالية الطبية السادسة والعشرين لاتحاد الاطباء العرب

ان مشاركة الزملاء بهذا المحفل الطبي ومساهماتهم ومدخلاتهم بجلسات المؤتمر سيكون له اثرا كبير في اثراء نشاطنا العلمي وسيمنحه زخما يحقق مانههدف له من تقدم في مجال العلم والمعرفة.

الموضوع الرئيسي لهذا المؤتمر هو **الطبابة الإلكترونية** بالاضافة الى مواضيع طبية اخرى سيكون الافتتاح الرسمي للمؤتمر هو يوم السبت الموافق 2010/10/30 الساعة 10,30 وتحت رعاية السيد لينيهان كونور وزير تطوير الموارد التعليمية و التقنية في إيرلندا وبحضور عدد وافر من الاساتذة والاطباء والزملاء العرب والسفراء العرب بالاضافة لبعض الشخصيات العربية

سيحي عدد من الاطباء والصيدالة العرب حفلا فنيا ترفيهيا للمشاركين في المؤتمر وعائلاتهم مساء السبت 2010/10/30 الساعة الثامنة مساء يتخلله حفل عشاء رسمي اما بالنسبة للمرافقين فسيكون هناك برنامج ترفيهي في مدينة دبلن



الدكتور خليل إيكى Khalil Ekky  
رئيس اللجنة التنظيمية



Dr.Ghassan Elagha الدكتور غسان آغا  
رئيس اتحاد أطباء العرب في إيرلندا

وإننا باسم اتحاد الأطباء العرب في أوروبا وإيرلندا نتوجه بالشكر الجزيل والمسبق الى راعي هذا المؤتمر في دبلن السيد لينيها كونور وزير تطوير الموارد التعليمية و التقنية في إيرلندا والدكتور تمام كيلاني رئيس اتحاد الأطباء والصيادلة العرب النمساويين والى ممثلي الإتحاد وأعضائه, والى لجان المؤتمر وإخواننا المحاضرين من الدول العربية و الضيوف والمشاركين والى كل الذين قدموا الينا للمشاركة في إنجاح هذه التظاهرة العلمية  
سوف نكون مسرورين عندما نراكم ونحييكم في دبلن ,فإلى اللقاء معكم , في جو علمي أخوي مفيد ومثمر. دتم بخير والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته



. الدكتور فيضي عمر محمود Faidi Omar Mahmoud  
رئيس اتحاد الأطباء العرب في أوروبا

## زملائي وزميلاتي وإخواني الأعزاء

تتشرف اللجنة المنظمة لفعاليات المؤتمر الطبي السنوي السادس والعشرون لاتحاد الأطباء العرب في أوروبا والمؤتمر السنوي الأول لاتحاد الأطباء والصيدالة العرب في إيرلندا دعوتكم إلى مدينة دبلن للمشاركة في مؤتمرهم المشترك في الفترة الواقعة ما بين 29 – 31 october 2010. حيث سيشكل هذا المؤتمر مناسبة طيبة لجميع المشاركين للتعرف على الزملاء من الدول العربية والعاملين في أوروبا من خلال استقطاب وإشراك أكثر النخب من العلماء، كما أنها فرصة مواتية للالتقاء بزملاء المهنة الطبية من النخبة المهاجرة في الدول الأوروبية يتم خلالها التعرف على أحدث ماتوصلت إليه العلوم الطبية من تقدم.

بأسم اتحاد أطباء العرب في أوروبا يشرفنا أن أرحب بكم في هذه المناسبة الطبية، مناسبة تأسيس اتحاد الأطباء العرب في إيرلندا حيث شهد انطلاقها الأولى في صيف عام 2008 وكان ذلك الحدث ثمرة لرؤى وجهود مؤسسيها في إيرلندا وأخص بالذكر الزملاء غسان الآغا والدكتور خليل إيكبي وتعبيراً عن تطلعاتهم وطموحاتهم لتحقيق مستقبل عربي أفضل للأطباء العرب في إيرلندا مبني على التّعاطي الإيجابي والفاعل مع الأطباء والممارسين في الحقل الطبي وفي العلوم والتكنولوجيا كما عكست هذه المبادرة الإيمان الراسخ لدى القائمين عليها بأن العمل التّعاوني العلمي الطبي العربي في أوروبا يوفر قوى دفع مضاعفة مع ما يمكن تحقيقه عبر جهودهم في بلدانهم. وقد كانت من أولويات اهتمامات إتحاد أطباء العرب في أوروبا في ذلك الحين تنمية القدرات العملية والتقنية للأطباء للعاملين في أوروبا، فبرزت الضرورة لتجميع العلميين العرب من أساتذة جامعات وباحثين وأطباء بإدارة تجمعهم. وهكذا تحددت الغاية الأولى للإتحاد المتمثلة بتوفير ملتقى لقاعدة واسعة من العلميين والخبراء العرب. أما الآلية المعتمدة لتحقيق هذه الغاية فقد تمحورت أساساً حول إقامة مؤتمرات وتنظيم حلقات تخصصية وندوات علمية مميزة يتم التخطيط لها تبعاً وتستجيب للحاجات المنظورة والمستجدة.

لقد عقد الإتحاد حتى الآن 26 مؤتمر علمياً وأكثر من خمسين حلقة تخصصية في شتى العواصم الأوروبية والعربية حضرها ما يُقارب من /2000/ إحصائي من مختلف البلدان الأوروبية والعربية، كما حاضر في هذه الحلقات أكثر من /400/ أستاذ وخبير علمي دولي، فبات الإتحاد يتمتع بسمعة إقليمية وعالمية مرموقة تم التعبير عنها عبر الدعم الذي لاقت به باستمرار من عددٍ من الهيئات العربية والإقليمية والدولية وهو عضو في الأمم المتحدة

فاحتفالنا معكم في هذه السنة في دبلن تدل على النجاح البارز والمستمر الذي حققه الإتحاد عبر تاريخها الذي امتد ربع قرن من الزمن هو بمثابة احتفال بجميع الذين ساهموا في تحقيق هذا النجاح لقد أمسى لنا تاريخ يلزماً بالحفاظ عليه. لقد صار ملك كل الذين توالوا على صياغته وعلى متابعتة. إن ذلك لا يعيننا من التطلع إلى الأمام والقول بوجود تفعيل العمل البحثي والتقني العربي وندعوكم كما ندعو أنفسنا لمواصلة السير الحثيث. وإنا نأمل، بل وندعو لبذل جهود مضاعفة من أجل استقطاب عدد أكبر من الباحثين ومن المؤسسات البحثية الجامعية والعالمية لنوسع دائرتنا في أرجاء أخرى من عالمنا العربي. إن وجود التشارك الواسع قد صار حقيقة تفرض نفسها، إذ لا بد من الدخول في إطار بحثي متواصل وشامل. ليستفيد الإتحاد مما يجري حوله أو في العالم، وليستطيع هو أيضاً القيام بدور مكمل لنشاطه ولمشروعيته





**ARABMED In EUROPE**

**UN Member (NGO)**

**إتحاد أطباء العرب في أوروبا  
عضو في هيئة الأمم المتحدة**



**تحت رعاية**

**السيد لينيهان كونور وزير تطوير الموارد التعليمية و التقنية في إيرلندا  
ينعقد**

**المؤتمر الطبي السنوي السادس والعشرون لاتحاد أطباء العرب في أوروبا  
المؤتمر الطبي الأول لاتحاد الأطباء العرب في إيرلندا**



**26<sup>th</sup> Annual Meeting of ARABMED in Europe  
1<sup>st</sup> Annual Meeting of Arab Medicals Union in Ireland**

**29 October – 31 October 2010  
Burlington Hotel Dublin– Ireland**

**Scientific Programm & Abstracts**

**البرنامج العلمي والملخصات**

**دبلن - إيرلندا**

[www.euromedic.ie](http://www.euromedic.ie)

# Immediate, affordable diagnostic scans

HIGH QUALITY DIAGNOSTIC SCANS: ULTRASOUND · MRI · CT · X-RAY · DXA



Many of your patients are probably waiting for critical scans such as Ultrasounds, X-rays, MRIs and CTs.

**Euromedic Ireland** can provide your patients with a professional and affordable solution today. **Ultrasounds** are available immediately with results within 48 hours at Euromedic Charlemont, Dundrum, Northwood and Cork.

**Euromedic Ireland** can guarantee the highest standards of care at each of these centres. **Euromedic Ireland** has recently been awarded with the internationally recognised standard in ambulatory care by the Joint Commission International (JCI).

**Euromedic Ireland** is part of Euromedic International, the leading provider of diagnostic healthcare in 15 countries across Europe.



SPECIAL RATES FOR MEDICAL CARD HOLDERS

ULTRASOUNDS FROM €95

MRI FROM €195

## So Why Wait?

Tell your patients about Euromedic Ireland today or make an appointment online at [www.euromedic.ie](http://www.euromedic.ie).



## EUROMEDIC Ireland

BELFAST  
UIC  
+44 28 906 86520

CORK  
THE ELYSIAN  
021 431 9995

DUBLIN  
CHARLEMONT  
01 418 8440

DUBLIN  
DUNDUM  
01 213 5959

DUBLIN  
NORTHWOOD  
01 862 7333

SLIGO  
SGH  
071 913 68 68



**ARABMED In EUROPE**  
إتحاد أطباء العرب في أوروبا  
**Arab Medical Union in Ireland**  
**UN Member (NGO)**  
عضو في هيئة الأمم المتحدة  
عضو في هيئة الأمم المتحدة



تحت رعاية

السيد لينيهان كونور وزير تطوير الموارد التعليمية و التقنية في إيرلندا  
ينعقد

المؤتمر الطبي السنوي السادس والعشرون لاتحاد اطباء العرب في اوروبا  
المؤتمر السنوي الأول لاتحاد الأطباء العرب في ايرلندا



**29- 31 October 2010**  
**Burlington Hotel Dublin– Ireland**  
**Scientific Programm & Abstracts**  
البرنامج العلمي والملخصات

دبلن - إيرلندا

البرنامج العلمي و الملخصات