

إتحاد اطباء العرب في اوروبا

عضو في هيئة الأمم المتحدة

ArabMed in Europe

UN Member (NGO)



## 24th Annual Meeting of ARABMED in Europe

المؤتمر الطبي السنوي الرابع والعشرون لاتحاد أطباء العرب في أوروبا  
الذكرى ال 25 عاما على تأسيس الإتحاد



Workshop, Scientific Programm & Abstracts  
25<sup>th</sup> anniversary of ARABMED in Europe

البرنامج العلمي والملخصات

31 October – 2 November 2008

Holiday Inn Hotel - Berlin- Germany

برلين – ألمانيا

Dear Colleagues,

it is our utmost pleasure to invite you to attend and contribute to both the 25th anniversary of ARABMED in Europe and the 24th annual meeting with workshop training programme, which is convened in Berlin this year.

It should also be mentioned that submissions have been made from a wide range of European and Arab universities and hospitals. We are expecting delegates from 13 countries (Germany, France, UK, Austria, Iraq, Egypt, Yemen, United Arab Emirates, Saudi Arabia, Palestine, Jemen, Jordan and Syria). Hence, we are looking forward to a unique, stimulating and scientifically rewarding conference. Our scientific and workshop programme is rich and will be important and relevant to all participants. We hope that you are able to meet old and new colleagues in these sessions and create lively discussions and the opportunity to 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.

We would 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 who have submitted their work 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!



Dr Hassan Naggar

President of ARABMED



Dr. Faidi Omar Mahmoud

Chair of  
Programme & Scientific committee

## Grußwort des Tagungspräsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich darf Sie im Namen der Union Arabischer Mediziner in Europa ganz herzlich zu unserer 24. Jahrestagung in Berlin begrüßen.

Anderes als früher, hat diese Jahrestagung einen besonderen Wert, da die Union seit 25 Jahren besteht. Dies ist ein Grund zum Feiern. Wir sind stolz über die Errungenschaften, die in einem Viertel Jahrhundert geleistet wurden sind. Dabei dürfen wir das ständige Engagement und ehrenamtliche Arbeit unserer Kollegen und Mitgliedern, die das Fortbestehen und Weiterentwicklung dieser Union nicht vergessen. Die Union Arabischer Mediziner in Europa ist inzwischen über vielen europäischen Städten hinaus bekannt. Dubai, Istanbul, Kairo, Ajman und Aleppo waren nicht die letzten Orten des anspruchsvollen Austauschs wissenschaftlicher Erkenntnisse, der gemeinsamen interaktiven Workshops mit Operationen auf Fachgebieten der Herzchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie und minimalinvasiver Chirurgie und nicht zuletzt der Brückenbildung zwischen unserem europäischen und arabischen Kollegen.

Die Union hat mit einer großen Vision begonnen und 25 Jahre lang sehr gute Arbeit geleistet. Ein besonderes Anliegen meinerseits ist daran zu erinnern, dass eine weitere Entwicklung, konstruktive Kritik und lebendige Ausbau der Infrastruktur und Organisation sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit von immenser Bedeutung ist.

Der Schwerpunkt dieser Jahrestagung wird neben anderen Fachgebieten, die Innere Medizin mit dem Krankheitsbild Diabetes mellitus sein.

Ich freue mich auf Ihre Teilnahme und wünsche Ihnen allen eine wissenschaftlich anregende und schöne Zeit sowie gute kollegiale Gespräche anlässlich der diesjährigen Jahrestagung in Berlin.

Dr. Med. Mahmoud Sultan  
President of the Meeting

### The Organising bodies

The Arab Medical Union in Europe (ARABMED)

### Consultative Joint Conference Committee Members

**Dr. Hassan Naggat** President of ARABMED in Europe

**Dr. Faidi Omar Mahmoud**, Chair of the Scientific Committee and Programme (GER)

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

**Dr Sadiqu Al Mousllie** Chair of Dental section (GER)

**Dr Hesham Dahshan**, Chair of Organisation Committee

### Conference Theme

Advances in treatment of Diabetes & Obesity

Changes in Dentistry Concepts Today, Tradition and Modern

### Members of the Scientific Committee

Dr. Faidi Omar Mahmoud (GER)

Dr. Tammam Keilani (Austria)

Dr. Sadiqu Al Mousllie (GER)

Dr Mustfa Abdul Rahman (France)

PD. Dr. Aymen Agha (GER)

Dr. Mahmoud Sultan (GER)

Dr. Samir Sawalhe (GER)

Dr. Issa Ibraheem (Austria)

### Organising Committee

Dr Hesham Dahshan Chair of Organisation Committee (GER)

Dipl.-Ing. Mahmoud Zain (GER)

### Associated Partners

World Health organisation (WHO), Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) Egypt, FIMA

### Guests of Honour

- HE. Dr. Joseph Soweid, Minister of Expatriates in Syria
- Prof. Dr. Hussein Al Gezairy, Regional Director of the World Health Organization for Eastern Mediterranean (WHO/EMRO Egypt)
- Prof Dr Aly Mishal, Past President of FIMA

### Conference Venue

Holiday Inn Berlin City-West, Rohrdamm 80, D-13629 Berlin Germany

### Participating Countries

Germany, France, Austria; Great Britain, Iraq, Syria, Palestine, Saudi Arabia, Egypt, Jeman and Jordan

### Participating Universities

**Germany:** University of Erlangen- Nuremberg, Heart Surgery, Med I, 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

**Saudi Arabia:** King Faisal University

### Instructions for chairpersons and moderators

- The success of each scientific session will depend on strict time management
- Some sessions have discussion time at the end, others don't, in these sessions please allow three minutes for one question after the presentation

### Information for speakers

- Time management of your presentation is of utmost importance, please do not exceed the allocated time for your presentation
- Language of conference Arabic, English, (However some delegates prefer their presentation in English)
- Slide and Video tapes projection, not possible, An Overhead can be provided on request
- Please bring your presentation on the evening before to the conference Secretary Room. This guarantees a fluent course of session in the morning
- Only presentations on CD-ROMs, Floppy Disks or USB sticks can be processed. Please note that the use of your own laptop will not be possible.
- The date 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)).

**Registration Fees** 150 € Only Scientific Programm

250 € With 2x Dinner + Social Programm

### Price for Accommodation (1 Person or 2 Person for 2 days)

- Registration covers 2 nights bed and breakfast accommodation in hotel, duration 31<sup>th</sup> October-2<sup>nd</sup> November 2008.
- Accommodation in Holiday inn Berlin west Germany :

(Singel Room SR, Doppel Room DR)

<b>Hotel Rate (Adult)</b>	<b>2 Person DR</b>	<b>1 Person SR</b>
Member in ARABMED	585 €	385 €
Non Member in ARABMED	685 €	485 €

Accommodation for Children

<b>Age</b>	<b>2-12 years</b>
<b>Extra bed</b>	60 €

- Delegates who arrived to the conference will pay registration fee, Though they will be entitled and take part in both social and the scientific programmes

### Registration fees will cover

- Airport services
- All handouts of relevant papers presented at the conference
- The social programme includes various trips and social activities in Berlin. The planned social programme includes

### Bank Transfer

**Dresdner Bank Ludwigsburg, Germany**

Konto Nr 0503738400, BLZ 60480008, DE 36 60 48 00 08 05 03 73 84 00

### Mail Address for Registration and Accommodation

Dr Hesham Dahshan, Chair of Organisation Committee

Kurfürstendamm 69, 10707 Berlin ,Tel.: 01724704885, 030-79784840, Fax  
030-79784840, E.mail arabmed-congress@dahshan.de

### • ARABMED, HQ & Permanent Office of the Society

Dr. Hassan Naggari, weberst 4, D-71691 Freiberg - N, Germany

Tel.: + 49 7141 708013, 6481212, Fax: + 49 7141 708027, 6481214

Mobil: +49 1726501238, E-Mail: mail@arabmed.de, Homepage:

<http://www.arabmed.de>

### • Programme Chair, Editor & Design

Dr Faidi Omar Mahmoud

All speakers are responsible for the content of their lecture

Die Landesärztekammer vergibt für die vollständige Teilnahme an diesem Kongress 12 Fortbildungspunkte.

تم تقييم المؤتمر من نقابة الأطباء الألمانية ب 12 نقطة تعليمية بموجب وثيقة الحضور

### Lage & Anfahrt: So finden Sie uns

Holiday Inn Berlin City-West  
Rohrdamm 80, D-13629 Berlin  
E-Mail: reservation@hibe.info

### Lage

Sie finden unser Hotel in verkehrsgünstiger Lage mit Bus- und Autobahnanschluß, nur 10 Minuten bis Flughafen Tegel und Messe Berlin, 20 Minuten bis Kurfürstendamm und Berlin-Mitte.

### Anfahrtsbeschreibung

mit PKW aus Richtung Hamburg:

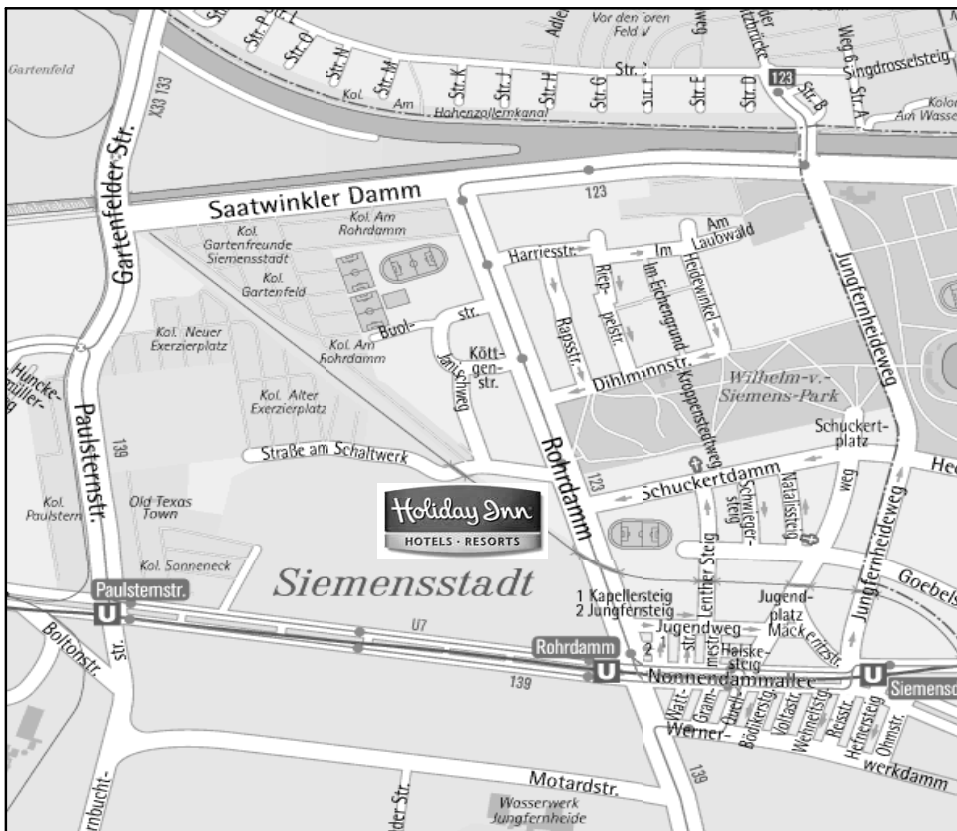
Autobahn A111 von Norden, Autobahnausfahrt Saatwinkler Damm/Flughafen Tegel; links in den Saatwinkler Damm; links in den Rohrdamm

mit PKW aus Richtung Hannover/Nürnberg:

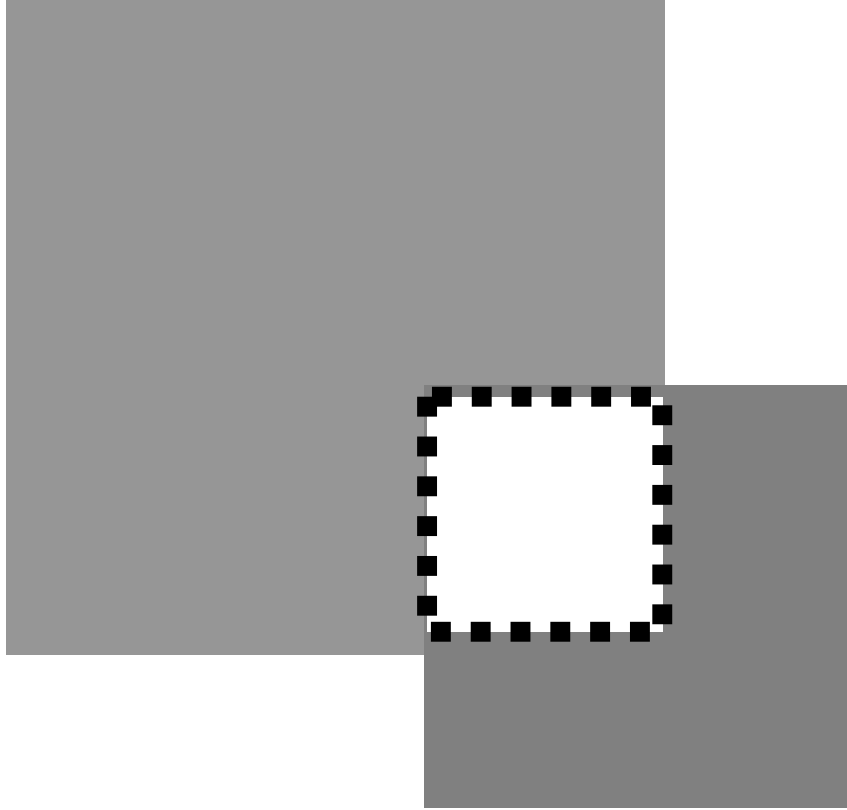
Autobahn A115 bis Kreuz Funkturm; auf die A100 Richtung Reinickendorf/Flughafen Tegel bis Abfahrt Siemensdamm; Siemensdamm geradeaus; rechts in den Rohrdamm

### mit öffentlichen Verkehrsmittel:

- U-Bahn Linie 7 Rathaus Spandau -Rudow; U-Bahnhof Rohrdamm
- Bus-Linie 123, 139 und 223, Station U-Bahnhof Rohrdamm



اتحاد اطباء العرب في اوروبا  
ARABMED in Europe  
UN Member (NGO)



**24th Annual Conference of ARABMED in Europe**  
31 October– 2 November 2008  
Berlin - Germany  
**Scientific Programme**

البرنامج العلمي



## Timetable

## البرنامج الزمني للمؤتمر

### Friday, 31 October 2008 الجمعة

11.00 – 13.30 ARABMED Board Meeting إجتماع الهيئة الإدارية ولجان المؤتمر في الفندق

Arrival to Berlin 12.00 and Regestrition

Time	Extra Room	Hall 1	Hall 2
15.00-17.00		Surgery & laparoscopic surgery Gäynokolgy	Medical Ethics
17.00- 17.30		Break	Break
17.30-19.30	Laparoscopic Surgery	Arthroscopic surgery	Internal Medicine

### 20.30 Dinner in the Hotel

طعام العشاء في الفندق يتخللها عرض ومحاضرة عن دور الفن في صراع الحضارات  
Elements of Ideological and Cultural Struggle

### Saturday, 1 November 2008: السبت

Time	Mian Auditorium	Hall 1	Foyer
09.00-10.30	Opening Ceremony		
10.30- 11.00	Break	Break	
11.00-13.00	Diabetes and Cardiolooy	Dentistry I	
13.30- 14.30	Lunch	Lunch	Poster Sassion
14.30-16.30	Ophtahlmology ^ Urology	Dentistry II	

### 17.00-19.30 Social Programm البرنامج السياحي

20.30 Dinner outside the Hotel طعام العشاء خارج الفندق

### Sunday, 2 November 2008 الأحد:

Time	Main Auditorium
09.00-10.00	Free Topics and Conference Resolutions
10.00-13.00	ARABMED Board Meeting الاجتماع السنوي لأعضاء الإتحاد في الفندق

## Surgery and Laparoscopic surgery

### جلسة الجراحة العامة والتنظيرية

15.00-17.00 Hall 1

Chair: Dott. Univ. /Padua Samir Sawalhe (Germany)  
Assos. Prof. Dr. med. Ayman Agha

#### 1. Beckenbodenrekonstruktion (Quo vadis vaginal Prolaps Therapie? Vaginal Mesh, Laparoskopische Sakropexie)

تصحيحات الهبوط المهلي

Dott. Univ./Padua Samir Sawalhe, Chefarzt der Geb./Gyn. Abteilung  
Zentrum für Minimal Invasive Gyn. Chirurgie , Kreisklinikum Dingolfing

#### 2. Pelviscopic approach in Chronic Pelvic Pain Syndrome: (CPPS)

المعالجة بالتنظير في آلام الحوض المزمنة عند النساء

Dott. Univ./Padua Samir Sawalhe, Chefarzt der Geb./Gyn. Abteilung  
Zentrum für Minimal Invasive Gyn. Chirurgie , Kreisklinikum Dingolfing

#### 3. LAPAROSCOPY SURGERY IN RAMALLAH HOSPITAL

خبرة مستشفى رام الله في فلسطين بالجراحة التنظيرية

DR. SAID MUSTAFA

COSULTANT LAPAROSCOPY AND GENERAL SURGERY  
Palastina

#### 4. Conversion rate in 300 laparoscopic rectal resections and its influence on morbidity and oncological outcome

دراسة ل 300 حالة إستئصال المستقيم بالتنظير وتأثيره على الشفاء و المعالجة الكيماوية

Assos. Prof. Dr. med. Ayman Agha

University Hospital of Regensburg, Department of Surgery  
Regensburg, Germany

#### 5. Adhesions in pre-operative consent

دراسة عن الإلتصاقات البطنية بعد العمليات الجراحية

Mutwakil Mohamed<sup>1</sup>, Erden Ali<sup>1</sup>, Sabrina Talukdar<sup>2</sup>, Umar Ahmad<sup>3</sup>,  
Dilshad Marikar<sup>4</sup> and Taufiek Konrad Rajab<sup>1</sup>

Central Middlesex Hospital & Imperial College London<sup>1</sup>. Cambridge University<sup>2</sup>.

University College London<sup>3</sup>. Barts and The London NHS Trust<sup>4</sup>

- مناقشة Discussion -

Break

إستراحة

## Arthroscopic surgery

### جلسة المفاصل

17.30-19.30 Hall 1

Chair: Dr Ahmed Hawi (Germany)

Dr.med.habil.Tarek Al - Zain (Iraq)

#### 6. ENDOSCOPIC TREATMENT OF CARPAL TUNNEL SYNDROME

المعالجة الجراحية بواسطة المنظار لمتلازمة انضغاط العصب المتوسط في الرسغ

Dr.med.habil.Tarek Al - Zain

Neurosurgical Department, College of Medicine, Baghdad University, Iraq.

#### 7. الجديد في جراحة المفاصل بالتنظير وبالأخص في جراحة الكتف

Dr.med.Ahmed Hawi

Braunschweig , Germany

#### 8. Arthroscopic shoulder stabilization in recurrences after previous surgical procedures

Mehling, Stein, Reck, Nael.Hawi, Jäger

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt a.M.

#### 9. Wertigkeit der MRT bei der Diagnostik und Therapie von bi- und triplanaren Frakturen bei Jugendlichen

Dr. El-Zayat BF

Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Direktor: Prof. Dr. S. Ruchholtz, Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Standort Marburg, Germany

#### 10. Abdominal Distention and Acute Urinary Retention as a result of Lower Vaginal Obstruction in a newborn female, Report of two cases

عرض حالة سريرية نادرة عن التضيقات المهبلية في الوليد المونث والتي تظهر كحبس للبول او الإنتفاخ البطني

Dr. Mohammed Kamil, \*Dr. Nean Noori

Consultant Surgeon, ED/Sulaymani Teaching Hospital, Irak

\*Department of pediatric Surgery/Sulaymani Teaching Hospital, Irak

- مناقشة Discussion -

20.30 Dinner in the Hotel طعام العشاء في الفندق

يتخللها عرض فني ومحاضرة للدكتور نديم سرج بعنوان

دور الفن في صراع الحضارات

#### Elements of Ideological and Cultural Struggle

Dr. med. Nadim Sradj, MA in cooperation with Andreas Reinmuth, MBA, EMBS

**Medical Ethics****جلسة أخلاقيات الطب**

15.00-17.00 Hall 2

Chair: Prof. Dr. Aly Mishal Aly (Jordan)  
Dr Mustfa Abdul Rahman (France)

**11. Medical Ethics on The Basis of Islamic Legislation**

الفقه الطبي والقضايا الطبية المعاصرة

Prof. Dr. Aly Mishal

Islamic Hospital, Chief of Medical Staff, Amman

**12. Are "tomorrow's doctors" honest? Exploring medical students and interns' attitudes and reported behavior on academic misconduct**

ماذا عن أطباء الغد

Abdel Munaim Y. Al Dabbagh, DM, FICMS (CM).

Nadhim Abdul-Hameed Kasim, M.Sc., DOC, M.D.

Iraqi Medical Association

**13. Attitude of Palestinian families towards terminating antenatally diagnosed abnormal fetuses: - religious, cultural and ethical issues.**

موقف العائلات الفلسطينية من اجهاض الاجنة التي تعاني من تشوهات خلقية. من وجهة النظر الدينية والثقافية والاخلاقية

د. بسام ابو لبد، مستشفى المقاصد، القدس

Makassed Hospital, Jerusalem

**14. لماذا يبكي الرضيع؟**

د. مصطفى عبد الرحمن

Paris, France

**15. همسات.. في أذن كل طبيب**

د. مصطفى عبد الرحمن

Paris, France

- مناقشة Discussion -

Break

إستراحة

## Internal Medicine

### جلسة الأمراض الداخلية

17.30-19.30 Hall 2

**Chair:** Dr. Med. Muneer Deeb (Germany)  
Dr Ali Abushammala (Germany)

#### 16. Schwindel

الدوار (الدوخة)  
Ali Abushammala  
Lüdenscheid, Germany

#### 17. Stufenkonzept zur perioperativen Ernährung

الخطة التدريجية لتغذية المرضى قبل العمل الجراحي  
Dr. med. Muneer Deeb  
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Kassel  
Kassel, Germany

#### 18. Idiopathic pulmonary fibrosis

تليف الرئة البدني الغير معروف السبب  
DR Abdul Monem HAMID  
MAITRE SCIENCES MEDICALES, CHU ANTOINE BECLERE-PARIS,  
SERVICE DE PNEUMOLOGIE ET TRANSPLANTATION PULMONAIRE  
UNIVERSITE PARIS SUD, FRANCE

#### 19. Säure-Basen-Haushalt:

دور القلاء والحموضة على سلامة الجسم  
DR.MED.S.TARMASSI  
Braunschweig, Germany

- مناقشة Discussion -

20.30 Dinner in the Hotel طعام العشاء في الفندق  
يتخللها عرض فني ومحاضرة للدكتور نديم سراج بعنوان  
دور الفن في صراع الحضارات

#### Elements of Ideological and Cultural Struggle

Dr. med. Nadim Sradj, MA in cooperation with Andreas Reinmuth, MBA, EMBS

**24th Annual Meeting of ARABMED in Europe  
Opening Ceremony**

**افتتاح المؤتمر**

**09.00-10.00**

Main Auditoriums Holiday Inn Berlin west

المدرج الكبير في فندق هوليدي إن برلين ألمانيا

- كلمة رئيس المؤتمر.
  - كلمة الإتحاد
  - كلمة رئيس اللجنة العلمية للإتحاد
  - كلمة كبار الضيوف والسفراء
  - كلمة راعي المؤتمر
- 
- **Welcome, Greetings and Main Speeches**

**Break**

**إستراحة**

## Diabetes Cardiology

### جلسة السكري والأمراض القلبية

Main Auditoriums Holiday Inn Berlin west

11.00-13.00

Chair: Dr Faidi Mahmoud (Germany)  
Dr Mahmoud Sultan (Germany)

#### 20. DPP-4-Inhibitor : a New Therapeutic Approach for the Treatment of Type 2 Diabetes

الطرق الجديدة في معالجة السكري من النمط الثاني

Dr Mahmoud Sultan

Internal medicine, Diabetologist. Nutritionmedicine Berlin-Germany

#### 21. Overview of all Cardiac surgical Procedures in Germany

الوضع الحالي عن جراحة القلب في المانيا, لمحة عن جامعة الأندلس للعلوم الطبية في سوريا

Faidi Omar Mahmoud MD

President of the Board of Trustees Al Andalus University in Syria

Consultant for cardiac surgery, Heart Centre of the University of Erlangen-Nuremberg, Germany

#### 22. Effectiveness of parathyroid-hormone measurement in detecting patients with multiple gland disease causing primary hyperparathyroidism

أهمية قياس هرمونات الغدة نظير الدرق في تحري فرط نظير الدرق البدني المتعدد العقد

Assos. Prof. Dr. med. Ayman Agha

University Hospital of Regensburg, Department of Surgery  
Regensburg, Germany

#### 23. Vein Detection with Multi-Spectral Imaging: Preliminary Results

التعرف على الأوردة الدموية تحت سطح الجلد باستخدام تقنية الصور الرقمية متعددة الأطياف:

DI Dr. techn. Issa IBRAHEEM الدكتور المهندس عيسى إبراهيم

Dr. Mcgunnigle Gerald

Al Andalus University /Syria and CTR Carinthian Tech Research AG

جامعة الأندلس الخاصة في سوريا ومعهد البحوث العلمي النمساوي

#### 24. The role of Cardiac resynchronization therapy in patients with chronic heart failure and diminished quality of life

تأثير إعادة نظم القلب على مستوى الحياة في مرضى قصور القلب المزمن

1+2Sadek M, 2Harnath A., 2Knoerig A, 1Ennker J.

1Department of Cardiac Surgery, Lahr/Baden, Germany

2Department of Cardiac Surgery, Cottbus, Germany

- مناقشة Discussion -

## **Ophthalmology and Urologie**

### **جلسة الأمراض العينية والبولية**

**15.00-16.30 Main Auditoriums**

Chair: Dr. Nadim SRADJ (Germany)  
Dr. Tammam Kelani (Austria)

#### **25. Primärprävention der Maculadegeneration**

---

الإجراءات الوقائية البينية في إستحالة الشبكية

Dr. Nadim SRADJ  
Regensburg / Germany

#### **26. How does diabetes affect the retina**

---

الداء السكري وتأثيره على الشبكية

Dr. Tammam Kelani  
Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie  
Wien , Austria

#### **27. Was gibt es Neues in der Urologie?**

---

ما هو الجديد في البولوية

Dr. med. M. Jamil Mahjoub  
Facharzt für Urologie, Braunschweig, Germany

**- Discussion مناقشة -**



## Dentistry Session I جلسة طب الأسنان الأولى

11.00-13. 00 Hall 1

Chair: Prof. Dr.Abed Yakan, Aleppo, Syria  
Dr. Anas Damlakhi, Aleppo, Syria

### 28. Advanced Tumors in the Jaws

الأورام الفكية في مراحل متقدمة

Prof. Dr.Abed Yakan, Aleppo, Syria

### 29. Historic overview of the Epithesis development and presentation of modern epithetic procedures

التعويضات بعد الجراحات الإستئصالية و تطورها تاريخيا

Prof Dr. Alfred Renk, Wuerzburg, Germany

### 30. Parodontale Entzündung und Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand

التهابات اللثة وتأثيرها على الصحة العامة

Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber

Abteilung Parodontologie und Synoptische Zahnmedizin, CharitéCentrum  
3, Universitätsklinikum Berlin, Germany

### 31. T.M.J. Arthroscopic surgery

الجراحة التنظيرية في المفصل الفكي الصدغي

Dr. Anas Damlakhi, Aleppo, Syria

### 32. Orthodontic treatment of retentive canine

معالجة الناب المنطمر تقويميا

Dr. Bachar Taha, Paris, France.

- مناقشة Discussion -

## Dentistry Session II جلسة طب الأسنان الثانية

14.30-16. 30 Hall 1

Chair: Dr. Haitham Sawaf, Paris, France  
Dr. Sadiqu Al-Mousllie, Braunschweig, Germany

### 33. Pillar increase - which attachment elements?

عناصر التثبيت على الغرسات السنية و ارتباطها بمفهوم زيادة الدعامات  
Dr.Sadiqu Al-Mousllie, Braunschweig, Germany

### 34. The use of PRP with immediate implants

إستخدام بلازما الدم الغنية بالصفائح مع الغرسات السنية الفورية  
Dr. Ahmed Osman, Sharjah, UAE

### 35. Principle of Occlusion in Implantology

مبادئ الإطباق في زراعة الأسنان  
Dr. Ramez Al Zain, Paris, France

### 36. Non surgical treatment of Parodontitis

العلاجات اللاجراحية في إتهابات النسيج الداعمة  
د. محمد هيثم الصواف, Paris VII University France

### 37. Tissue regeneration and periodontal therapy

التجدد النسيجي و معالجة إصابات النسيج الداعمة  
Dr.Muaz Sudan, Berlin, Germany

اختتام جلسات السنية وشكر المحاضرين من قبل الدكتور صادق الموصللي

### Closing Speech

Dr.Sadiqu Al-Mousllie Germany  
Chair of Dental section

- مناقشة Discussion -

## Poster Session الملصقات

13.30 - 14.30 Foyer

Chair: Dr Faidi Mahmoud (Germany)  
Dr Mahmoud Sultan (Germany)  
DI Dr. techn. Issa IBRAHEEM ( Austria)

### 38. Hämodynamische Veränderungen nach hypothermen Kreislaufstillstand im Vergleich zu kontinuierlichem „Low-Flow-Bypass“ vor und nach modifizierter Ultrafiltration nach Aortenbogenoperationen

التغيرات الهيموديناميكية في جراحة قوس الأبهر في كل من طريقتي توقيف الدورة الدموية الكامل والتبريد او بالحفاظ على دورة دموية معتدلة

**Nora Omar Mahmoud**, Prof. Dr. med. R. Cesnjevar

Zentrum für Herzchirurgie Erlangen-Nürnberg, der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, zu zeit Allgemeinkranken Haus Celle Kinderklinik

### 39. Safety of Moxifloxacin in the Treatment of Tuberculosis

معالجة السل بالموكسي فلوكسين

S. Blaas<sup>1</sup>, N. Al-Deri<sup>1</sup>, B. Ehrenstein<sup>1</sup>, R. Mütterlein<sup>2</sup>, L. Naumann<sup>3</sup>, B. Werner<sup>4</sup>, B. Salzberger<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine I, Regensburg University, Germany; <sup>2</sup> District Hospital (Bezirksklinikum), Parsberg, Germany; <sup>3</sup>Bavarian Health and Food Safety Authority, Oberschleissheim, Germany; <sup>4</sup>Center for Pneumology, Donaustauf, Germany.

- مناقشة Discussion -

الجلسة الختامية

**Conference Resolutions and Closing Speech**

09.00 -13.00 Main Auditorium

Dr Hassan Naggar Germany  
Dr Faidi Mahmoud (Germany)  
Dr Mahmoud Sultan (Germany)

**40. Was ist die wert die Emigranten Medicine in Europa in Ihren Heimat**

دور الأطباء المغتربين في اوروبا في أوطانهم  
Miss Lama Yosef  
Latakia, Syria

**41. Conference Resolutions and Closing Speech**

توصيات المؤتمر وتوزيع الشهادات  
Dr Hassan Naggar Germany  
Dr Faidi Mahmoud (Germany)  
Dr Mahmoud Sultan (Germany)

**ARABMED Mitglieder Versammlung**

إنهاء المؤتمر حوالي الساعة ١٣

إلى اللقاء في السنة القادمة في النمسا إنشاء الله

**The 25 Annual Meeting of the ARABMED 2009 will take place  
in Wien in Austria**

مجلة الطبيب العربي في أوروبا منكم واليكم

ساهموا فيها بأرائكم وخبراتكم

**ARABMED JOURNAL**

Official Publication of Union of the Arab Physicians in Europe

**Arabisches Ärzteblatt in Europa**

**Anzeigen und Abonnement للإعلانات والإعلانات**

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

## Surgery and Laparoscopic surgery

### ملخصات جلسة الجراحة العامة والتنظيرية

#### 1. Beckenbodenrekonstruktion (Quo vadis vaginal Prolaps Therapie? Vaginal Mesh, Laparoskopische Sakropexie)

تصحيحات الهبوط المهبلي

Dott. Univ./Padua Samir Sawalhe, Chefarzt der Geb./Gyn. Abteilung

Zentrum für Minimal Invasive Gyn. Chirurgie , Kreisklinikum Dingolfing

Zahlreiche epidemiologische Studien zeigen, dass ein Descensus vaginalis mit Rectovesico-/Enterocoele bei 43 % aller hysterektomierten Frauen auftritt. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Genitalsenkung zu erkranken, bei 11,1% liegt. Etwa 30 % aller an einem Genitalprolaps operierten Frauen erleiden ein Rezidiv und müssen wiederholt operiert werden. Derzeit wird geschätzt, dass etwa 3,7 Mio Menschen an behandlungsbedürftiger Inkontinenz leiden (Wallwiener/Eisenauer).

Die zunehmende Lebenserwartung verbunden mit Östrogen mangel, progrediente Gewebsschwäche, Multimorbidität deutet auf deutliche Zunahme der Inzidenz hin. Die Risikofaktoren wie Gravidität, Multiparität sowie Beckenbodenrelaxation und Muskel- sowie Faszien risse bei der Geburt sind gründlich untersucht und zeigen, dass bei Prolaps-Patientinnen ein Muskel levator ani-Defekt in 55 % der Fälle auftritt im Vergleich zu 16 % in der Kontrollgruppe.

Die operative Entbindung durch Forceps weist einen Defekt Risiko des Beckenbodens in 53 % der Prolaps-Patientinnen im Vergleich zu 28 % der nicht Forceps-Kontrollgruppe auf. Adipositas wurde von Wasserberg in 358 Fällen untersucht und in 2 Altersgruppen von 40 + 10 und 50 + 10 Jahre verglichen. Hier wurden respektive 90 % der adipösen älteren Patientinnen mit Beckenbodendefekt ausgemacht. Von ihnen sind 50 % symptomatisch. Bei gleichaltrigen, nicht adipösen Patientinnen wurde die Prolaps Inzidenz mit 22 % angegeben.

Auch die Hysterektomie stellt ein deutliches Risiko für den Beckenboden dar. Etwa 30 – 33 % der hysterektomierten Frauen entwickeln Beckenbodendefekte. Histologische Untersuchungen (Falkoner und Koll.) zeigen, dass Patientinnen mit Genitalprolaps eine deutlich reduzierte Konzentration von Kollagen im Beckenboden aufweisen.

Die Beckenbodendefekte wurden hinsichtlich ihrer Lokalisation von Petras und Ullmsten klassifiziert. Die Klassifikation wurde vom Delancy überarbeitet. Die Ausprägung des Prolapses wird nach dem POP-Q-System quantifiziert. Allerdings hat sich dieses System als umständlich erwiesen. Die meisten Kollegen wenden die Klassifikation nach Baden-Walkers half way-System an. Die Integraltheorie(Petros-Ulmsten-Delancy)und die Baden- Walker Klassifikation bilden die Grundlage einer modernen defektadaptierten Therapie

des Beckenboden Prolaps und der Urinstressinkontinenz. Als therapeutische Möglichkeiten wird neben den klassischen vaginalen Eingriffen wie Kolporrhaphie anterior et posterior, die sacrospinale Fixation nach Amreich-Richter, weitere transvaginale oder transabdominale Laparoskopische. alloplastische Implantate durchgeführt.

(Vaginale Mesh implantate, Laparoskopische Kolpo, Hystero-Sakropexie)

Vor jeder Prolaps -Operation muss der Defekt genau diagnostiziert, quantifiziert werden, damit eine adäquate Behandlung defektadaptiert durchgeführt werden kann. Bei Zentraldefekten des Beckenbodens ist die laparoskopische kolposacrle Fixation indiziert, die Ergebnisse sind sehr gut.

Bei ausgeprägter Cysto-/Rectocele

und schlechtem Gewebe Substrat ist die Beckenbodenrekonstruktion mittels Netz-Implantate sehr hilfreich.

In diesem Vortrag wird die. Technik: Laparoskopische Kolposakropexie und Beckenboden Mesh Rekonstruktion demonstriert. Die Vorteile und Nachteile besprochen..

Adresse :

Dott. Univ./Padua Samir Sawalhe, Chefarzt der Geb./Gyn. Abteilung  
Zentrum für Minimal Invasive Gyn. Chirurgie , Beckenboden  
Wiederherstellung Kreisklinikum Dingolfing  
www.gynecenter.net www.gynecologie.de

## **2. Pelviscopic approach in Chronic Pelvic Pain Syndrome: (CPPS)**

المعالجة بالتنظير في آلام الحوض المزمنة عند النساء

Dott. Univ./Padua Samir Sawalhe, Chefarzt der Geb./Gyn. Abteilung  
Zentrum für Minimal Invasive Gyn. Chirurgie , Kreisklinikum Dingolfing

The incidence of Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) accounts for ca. 15-20% of all consultations in out-patient gynaecological care: almost 40% of all laparoscopies are carried out because of CPPS.. Its prevalence in women in reproductive age is 15-30 %.

The definition of CPPS refers to chronic pain duration for a minimal period of 6 months There are gynaecological and non gynaecological causes that form the basis for possible organ disease: Adhesions are the main factor 76% followed by endometriosis 15%,others;9%, cysts, chronic pelvic inflammatory disease (PID), pelvic congestion syndrome . gastrointestinal disease, Morbus Crohn , and urological, surgical, and musculoskeletal disorders. Those are the results of 1858 evaluated patients treated at our centre.

An interdisciplinary diagnosis of the organic gynecological and nongynecological causes and of the patient`s psychosocial state of being must be considered prior to laparoscopy indication. The psychical factors in CPPS must always be taken into account and weighted as well as organic findings. .The findings of depression extends in ca. 40% of CPPS affected patients. A

representative percentage showed projected chronic pains in an unsuspected part of the body such as upper , lower extremities and spinal column.

The study of chronic pain was and still not included in the usual study program of medical schools. That's why these problems have been ignored for such a long time.

Which significance has pelviscopy in this field ? = Key position

Long term outcome? Result: 83% healing rate

How to prevent recurrence after adhesiolysis?

Dott. Univ./Padua Samir Sawalhe, Chefarzt der Geb./Gyn. Abteilung  
Zentrum für Minimal Invasive Gyn. Chirurgie , Beckenboden  
Wiederherstellung Kreisklinikum Dingolfing  
www.gyncenter.net www.gynecologie.de

### **3. LAPAROSCOPY SURGERY IN RAMALLAH HOSPITAL**

خبرة مستشفى رام الله في فلسطين بالجراحة التنظيرية

DR. SAID MUSTAFA

COSULTANT LAPAROSCOPY AND GENERAL SURGERY

Palastina

**No ABstrakt** لم يرسل لنا ملخص

### **4. Conversion rate in 300 laparoscopic rectal resections and its influence on morbidity and oncological outcome**

دراسة ل ٣٠٠ حالة إستأصال المستقيم بالتنظير وتأثيره على الشفاء و المعالجة الكيماوية

#### **Introduction:**

The negative influence of conversion from laparoscopic to open colorectal resection on early postoperative morbidity and outcome has been demonstrated several times. In this study we analyzed the evolution of conversion rate and its influence on early postoperative morbidity and short-term oncological outcome following laparoscopic rectal resections.

#### **Methods:**

From January 1998 until December 2006, 300 patients underwent laparoscopic resection due to rectal carcinoma at our institution. All 300 patients had adenocarcinoma of the rectum from linea anocutanea up to 16 cm. Surgical procedures were performed by 6 different surgeons. We compared the converted patient group with the non-converted patient group regarding demographical, clinical, surgical, and histological data, further regarding the early and late postoperative results.

#### **Results:**

From a total of 300 patients with rectal carcinoma, 274 (91.3 %) underwent completed laparoscopic rectal resection (LR), while conversion to an open

procedure (CR) was necessary in 26 cases (8.6 %). Conversion rate was 13 % during the first 100 resections, 10 % during the second 100 resections, and decreased to 3 % during the last 100 procedures ( $p=0.035$ ). There was no statistical difference between these three groups regarding the operating time. Reasons for conversion included obesity and/or narrow pelvis (10 cases), intraoperative problems with the anastomosis (3), abdominal adhesions (4), bleeding (3), ureter lesion (2), problems with anesthesia (2), and technical difficulties in the pelvis (10). Male gender, higher body mass index, presence of T4-tumor and presence of disseminated disease (i.e., UICC stage IV) were risk factors for conversion. Operating time was significantly longer in the CR group than in the LR group ( $258.2 \pm 80.3$  min vs.  $215.9 \pm 57.2$  min),  $p<0,001$ . Early postoperative complications were more frequent in the CR group than in the LR group. However, transient positioning related injuries occurred significantly more often in the LR group compared to the CR group (16 % vs. 0 %). Concerning local tumor recurrence and overall survival, there was no significant difference between both groups (local tumor recurrence: CR at 3.8 % vs. LR at 4.5 % and overall survival rate: CR at 76.9 % vs. LR at 89.1 %) after a median follow-up period of 22.5 months.

**Conclusion:**

Conversion to an open procedure during laparoscopic rectal resection correlates with an increased postoperative morbidity, however, without impairment of the short-term oncological outcome. The conversion rate is minimized by the growing experience of the operating surgeon, and therefore is a marker of the learning curve.

Assos. Prof. Dr. med. Ayman Agha , University Hospital of Regensburg,  
Department of Surgery, Franz-Josef-Strauss Allee 11, 93053  
Regensburg, Germany, Tel.: ++49-941- 944 – 6832, Mobil:  
00491738642238, Fax: ++49-941- 944 – 6802, e-  
mail:ayman.gha@klinik.uni-regensburg.de

**5. Adhesions in pre-operative consent****دراسة عن الإلتصاقات البطنية بعد العمليات الجراحية**

**Introduction** Conservative analysis estimates the re-admission rate of laparotomy patients directly related to adhesions at 5.7% over 10 years, with 3.8% requiring operative management. However, complications related to adhesions occur relatively late after the original operation. Therefore pre-operative consent may not adequately reflect the proportions of the problem.

**Methods** In this multi-centre study, the consent forms of 200 patients with intra-peritoneal operations from two university hospitals ( $n=50$ ) and 4 district general hospitals ( $n=150$ ) were reviewed to identify how often adhesions or adhesion-related complications were documented. Additionally, standardised interviews were conducted with 75 patients.



**Results** Adhesions or adhesion-related complications were mentioned in only 8.5% (n=17) of consent forms (small-bowel obstruction n=8, requirement for further operations n=5, difficult re-operation n=1, pain n=3). In contrast, 86% (n=65) of the interviewed patients stated that adhesions and their possible complications should be mentioned during informed consent before the operations.

**Conclusions** In the UK, courts have established failure of notifying a serious adverse event with a risk greater than 1-2% as negligent. Furthermore negligence is increasingly judged according to what a reasonable patient might expect rather than what a reasonable doctor might do. Therefore these findings have immediate implications for clinical practice.

Mutwakil Mohamed<sup>1</sup>, Erden Ali<sup>1</sup>, Sabrina Talukdar<sup>2</sup>, Umar Ahmad<sup>3</sup>, Dilshad Marikar<sup>4</sup> and Taufiek Konrad Rajab<sup>1</sup>, Central Middlesex Hospital & Imperial College London<sup>1</sup>. Cambridge University<sup>2</sup>. University College London<sup>3</sup>. Barts and The London NHS Trust<sup>4</sup>, Contact details: Department of Surgery, Central Middlesex Hospital, London NW10 7NS. Tel: +44 7883001479. Email: mutwakilmohamed@hotmail.com, taufiek.rajab@imperial.ac.uk

## Arthroscopic surgery

### ملخصات جلسة المفاصل

#### 6. ENDOSCOPIC TREATMENT OF CARPAL TUNNEL SYNDROME

المعالجة الجراحية بواسطة المنظار لمتلازمة انضغاط العصب المتوسط في الرسغ

Dr.med.habil.Tarek Al - Zain

Neurosurgical Department, College of Medicine, Baghdad University, Iraq.

**Background:** Division of the transverse carpal ligament, has been used to restore median nerve function by decompressing the carpal canal. Endoscopic surgical release of the median nerve compression in carpal tunnel syndrome (CTS) was published 1989. As this technique has become more and more popular. Instruments have been developed and modified to facilitate the technical procedure.

**Aim and methods:** Between August 1999 and February 2001 forty-four patients with CTS were treated surgically by a new modified endoscope and followed up. The instrument set consists of a Hopkins forward oblique Telescope 30 o, with angled eyepiece, diameter 4 mm, length 9.5 cm, and operating retractor with handle. In our procedure we use single portal technique. The endoscope is inserted in the distal wrist crease via an incision of 2 cm and after proper intubation of the carpal canal the transverse ligament is dissected under direct vision in a proximal to distal direction .

**Results:** All patients were followed up postoperatively for 1 month to 18 months. Thirty-two patients had complete disappearance of symptoms and signs, 10 patients had good improvement and only 2 patients had no benefit from surgery.

**Conclusion:** The successful results indicate that the minimally invasive technique via the endoscope is a very effective and safe treatment of CTS.

المعالجة الجراحية بواسطة المنظار لمتلازمة انضغاط العصب المتوسط في الرسغ

البحث يتضمن نتائج معالجة متلازمة انضغاط العصب الواسطي في الرسغ بواسطة المنظار المبتكر من قبل الباحث والمصنع من قبل شركة شتورتس الالمانية للنواظير

ويؤكد على مزايا هذه الطريقة الجراحية المبسطة والامينة

الدكتور طارق زعين استاذ الجراحه العصبية في جامعة بغداد سابقا

Dr.med.habil.Tarek Al - Zain Prof.em. für Neurochirurgie, Neuhofenstr.

106, 12355 Berlin Tel: 03043723265, Email: dr.tarek@alzain.de

**7. الجديد في جراحة المفاصل بالتنظير وبالأخص في جراحة الكتف**

Dr.med.Ahmed Hawi  
Braunschweig , Germany

ملخص المحاضرة لم تصلنا بالإيميل فقط بكتابة اليد وبالفاكس

Hawi, Ahmed, Dr. med., Praxisklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Braunschweig, Mauernstr. 35, 38100 Braunschweig, Tel.:0531/400171,  
dr.hawi@web.de

**8. Arthroscopic shoulder stabilization in recurrences after previous surgical procedures**

Mehling, Stein, Reck, Nael Hawi, Jäger  
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt a.M.

**Objective:** Successful operative stabilization of the shoulder joint is still a challenging problem. Various numbers of surgical procedures are known. However, arthroscopic techniques using suture anchors are well established. Many studies reported different numbers of redislocations (up to 49%). In those difficult cases open revision surgery is known as the golden standard. The purpose of our retrospectively designed study was, whether arthroscopic performed revision surgery with the use of suture anchors is a successful alternative to restabilize the shoulder joint.

**Methods:** Patients after an arthroscopic revision surgery of the glenohumeral joint from 2001 to 2007 were retrospectively evaluated. A total number of 21 patients were reviewed at a mean follow up of 2.8 years (6 months to 6.2 years). Average age at time of surgery was 27.8 years. Preoperatively in all cases a MRI was available for diagnostic and surgical indication. The DASH score, the ASES score and the modified Constant-Murley score as well were used. At follow up the patients were clinically examined and a MRI was taken. The MRI was assessed by an independent radiologist.

**Results:** There was a statistically significant difference in stability testing before and after the arthroscopic revision procedure. There was no statistically significant correlation between the number of redislocations, the time period dislocation – surgery and clinical outcome. The MRI showed good reconstruction of the labrum. The Constant-Murley changed from 72 points preoperatively to 92 points postoperatively, the ASES score ascended from 21 to 28 points. The DASH score dropped from 48 to 8 points. There were no further redislocations in this group. In the questionnaire all patients stated that they would choose the same operative procedure again.

**Conclusion:** The clinical outcome of arthroscopic revision stabilization following redislocation is comparable to the results of open revision surgery in the glenohumeral joint. The new golden standard for revision stabilization of the shoulder could be the arthroscopic suture anchor technique.

Hawi, Nael, cand. med., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt  
a.M., Sportorthopädie, Knie- und Schulterchirurgie, Friedberger  
Landstraße 430, 60389 Frankfurt

**9. Wertigkeit der MRT bei der Diagnostik und Therapie von bi- und triplanaren Frakturen bei Jugendlichen**

Dr. El-Zayat BF

Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Direktor: Prof. Dr. S. Ruchholtz, Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Standort Marburg

**Fragestellung:** Frakturen der distalen Tibiaepiphyse sind insbesondere bei Heranwachsenden anspruchsvoll in Diagnostik und Klassifikation. Eine exakte Frakturbeschreibung ist für die adäquate Therapie unabdingbar. Nur dadurch kann das Risiko für posttraumatische Wachstumsstörungen minimiert werden. Im Rahmen dieser prospektiven Studie wurde die Bedeutung der MRT für die Diagnostik dieser Frakturen untersucht.

**Material und Methode:** 24 Patienten (16 männlich, 8 weiblich) mit einem mittleren Alter von 13 Jahren (9-18 Jahren), bei welchen im konventionellen Röntgen eine Fraktur mit Beteiligung der Epiphyse diagnostiziert wurde, wurden prospektiv erfasst. Die Frakturen wurden nach der Salter-Harris-Klassifikation eingeteilt. Die Therapieentscheidung wurde jeweils von einem unabhängigen Untersucher nach einer der beiden Untersuchungen festgehalten. Die Endpunkte bezogen sich auf Änderungen in der Diagnose oder der Therapie nach erfolgtem MRT. Eine relevante Änderung wäre die Entscheidung für bzw. gegen eine operative Versorgung nach erfolgtem MRT; Eine geringfügige Änderung wäre einer Änderung (der Dauer) der Ruhigstellung. Wir nutzen ein 1 Tesla MRT der Fa. Siemens mit der FLASH 2D T1-w-Sequence mit einer Schichtdicke von 2 mm, bis zu drei Tage nach erfolgtem Trauma.

**Ergebnisse:** In zwei Drittel der untersuchten Fällen (n=16) erfolgte nach MRT eine Korrektur der Klassifikation und in 9 Fällen wurde die im konventionellen Röntgenbild erhobene Diagnose bestätigt. In 5 Fällen wurde eine vorher diagnostizierte Fraktur ausgeschlossen, in 6 Fällen wurde die Fraktur höher klassifiziert; in 5 Fällen wurde sie niedriger klassifiziert. In 4 Fällen erhielten wir zusätzliche Informationen zum Verletzungsmuster (2 Syndesmosenrupturen, 1 Ruptur des Discus triangularis und eine fibuläre Bandruptur). Bei 50 % der Patienten (n=12) gab es keine Konsequenz zur geplanten Therapie vor Durchführung des MRT. In 5 Fällen gab es geringfügige Änderungen in der Dauer der Ruhigstellung oder der Technik der operativen Therapie. In 7 Fällen gab es relevante Änderungen. Bei 3 Patienten stellten wir nach dem MRT die Indikation zur OP und weitere 4 für die OP geplante Pat. wurden konservativ therapiert.

**Schlussfolgerungen**

Für eine adäquate Therapie epiphysärer Verletzungen der distalen Tibia ist eine exakte Klassifikation unverzichtbar. Das MRT ist ein hervorragendes Instrument für die detaillierte Beschreibung und Klassifikation epiphysärer Verletzungen sowie auch für okkulte Frakturen und Begleitverletzungen. Wir

empfehlen beim Heranwachsenden die MRT für alle nachgewiesenen oder vermuteten epiphysären Verletzungen.

Dr. med. Bilal Farouk EL-ZAYAT, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Direktor: Prof. Dr. S. Ruchholtz, Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Standort Marburg, Baldingerstr. – 35033 Marburg, Tel: +49 – 6421 – 586 6216, Fax: +49 – 6421 – 5866721, E-Mail: bilal@el-zayat.de

### **10. Abdominal Distention and Acute Urinary Retention as a result of Lower Vaginal Obstruction in a newborn female, Report of two cases**

Dr. Mohammed Kamil

Consultant Surgeon, ED/Sulaymani Teaching Hospital

Dr. Nean Noori

Department of pediatric Surgery/Sulaymani Teaching Hospital

In this paper, we are reporting the conditions of two newborn females, presented to the ED/ Sulaymani Teaching Hospital/ Kurdistan sector/ Iraq with rare similar clinical picture of abdominal distention and acute urinary retention as a result of different causes for acute lower vaginal obstruction in this age group.

The case history and the urgent management shall be presented. Both conditions and a review of the literature shall be discussed.

Dr. Mohammed Kamil, Consultant Surgeon, ED/Sulaymani Teaching Hospital

Dr. Nean Noori, Specialist pediatric surgeon, Department of pediatric Surgery/Sulaymani Teaching Hospital

mohammed hamawendi [mailto:kamilm86@yahoo.com]

## Medical Ethics

### ملخصات جلسة أخلاقيات الطب

#### 11. Medical Ethics on The Basis of Islamic Legislation

الفقه الطبي والقضايا الطبية المعاصرة

Prof. Dr. Aly Mishal

Islamic Hospital, Chief of Medical Staff, Amman

الدكتور علي أحمد مشعل , رئيس لجنة الأخلاقيات الطبية- الاتحاد العالمي للجمعيات الطبية الإسلامية (FIMA) رئيس جمعية العلوم الطبية الإسلامية- نقابة الأطباء الأردنية- الأردن شهدت العقود الأخيرة كثوفاً وإنجازات وتطورات علمية وطبية بعيدة المدى والأثر على حياة الإنسان وصحته مما لم يشهده التاريخ البشري من قبل. هذه الاكتشافات والتطورات وضعت الهيئات الصحية والمجتمعات بشكل عام أمام قضايا أخلاقية وقانونية شائكة لا بد من التعامل معها لضمان الفوائد المرجوة للبشرية دون انحرافات تسيء إلى كرامة الإنسان ومصالحه، ودون أن تسخر الإنجازات العلمية لأغراض مشبوهة قد تكون بعيدة عن مصالح العباد!. وعلى ذلك فقد نشأت في أنحاء العالم هيئات ومجالس لأخلاقيات الممارسة الطبية وللأبحاث العلمية على الإنسان، وتم صياغة أنظمة ومعايير محلية وعالمية في محولات لوضع أطر أخلاقية لهذه الممارسات والأبحاث. غير أن مناهج التعليم والتدريب الطبي السائدة عالمياً تعاني من قصور كبير يصل إلى العجز في إعداد الأجيال الجديدة من الأطباء والممارسين في مجالات الطب الأخرى. وفي البلاد العربية والإسلامية يتجلى هذا القصور في بناء طلاب الكليات الطبية وتزويدهم بالأسس الأخلاقية للممارسة الطبية التي تتبع من النظرة الإسلامية السمة الشاملة للحياة والإنسان، والذي لا تنفصل فيه الأخلاقيات عن القواعد الشرعية. ولا جدال بأن مهنة الطب التي نتعامل مع أكرم مخلوق وهو الإنسان، هي أكثر مجالات الحياة حاجة لأن تكون ملتزمة بالمعايير الأخلاقية، وفي بعض البلدان، وضعت معايير جديدة لاختيار الطلاب الراغبين في دراسة الطب، سعياً وراء إعدادهم اجتماعياً وإنسانياً وأخلاقياً إضافة إلى الإعداد العلمي لممارسة هذه المهنة الشريفة التي تتعامل مع حياة الإنسان، وصحته ومشاعره وإنسانيته. وكان لفقهاء الإسلام السابقين أوار قيادية رائدة سبقت بقرون عديدة جميع ما قدمته الحضارة الغربية. وفي عصرنا الحديث، لم يكن هناك غياب للاهتمام بهذا الجانب لدى فقهاءنا المعاصرين، ولدى الكثيرين من أطبائنا والمتخصصين في العلوم الحياتية في البلاد الإسلامية. فقد عقدت مؤتمرات وندوات ونشطت مجامع فقهية وهيئات إفتاء، ونشرت أبحاث ومؤلفات، وشكلت لجان ومجموعات عمل لدراسة وتأطير وصياغة المعايير الأخلاقية للممارسات الطبية والبحثية التي تتمثل مقاصد الشريعة الإسلامية وقواعدها. وقد أصبح لدينا حصيلة غنية، بل ثروة بالغة الفوائد والدلالات في مجالات الفقه الطبي وأخلاقيات الطب والعلم من منظور الشريعة الإسلامية.

#### التأصيل الشرعي للفقه الطبي

البحث في فقه المسائل الطبية التي تحتاج إلى الفتوى ( فقه النوازل الطبية ): هو الترجمة العملية الواقعية للفقه الإسلامي، وهو يظهر إيجابية الفقه في معالجة ما يستجد من أمور الحياة، والفتوى في الفقه الإسلامي لها مكانة جليلة القدر والرتبة، وتحتاج فيمن يقوم بها إلى:

- المعرفة بعلوم الإسلام.
- الاستقلالية في الرأي.
- التقوى والورع والنية السليمة.
- الاطلاع بواقع الأمة. معرفة النوازل العصرية المعروفة للبحث.

ونتعلم من مسيرة الفقه الإسلامي أنواع النوازل التي تعرض لها الفقهاء بالبحث والدراسة:

- (١) نوازل ظهرت أيام النبي (صلى الله عليه وسلم)، ونزلت بشأنها النصوص ( القرآن الكريم والحديث )، وهي كثيرة.
- (٢) نوازل حدثت أيام الصحابة والتابعين ومن بعدهم، وأجابوا عنها وانتهت، ثم عادت إلى الظهور في أيامنا هذه.
- (٣) نوازل لم تقع بعد:

- نوازل أخبر عنها الرسول الكريم (صلى الله عليه وسلم) بأنها ستقع في المستقبل.
- نوازل لم تقع من قبل ولم يشر إليها الفقهاء.

ولدى تصديهم للنوازل الحادثة التي لم يسبق للعلماء بحثها، فقد كان لفقهائ الإسلام أكثر من موقف واحد، غير أن جمهور الأئمة والفقهاء أجمعوا على جواز الاجتهاد فيها وإصدار الفتوى بشأنها. ويؤيد هذا الموقف واقع الحياة المتجدد باكتشافاته العلمية الجديدة، وبروز قضايا ومشاكل غير مسبوقه، واختراعات مبتكرة.

وشروط الفقهاء لبحث هذه المسائل المستخدمة تدور بشكل عام على:

- وجود حاجة داعية إلى بحث المسألة أو النزلة.

- أن يكون المفتي أو الحاكم أهلاً للنظر والاجتهاد.
- والصحابة والتابعون كانوا يتصدون لجميع المسائل والوقائع التي حدثت في زمانهم بالفتوى والأحكام. ولم يعهد أنهم تركوا واقعة واحدة دون حكم.
- ولعل بحث الوقائع في أيامنا هذه أكثر سهولة ويسراً مما كان عليه الحال في الأزمان السابقة، ومن دلائل ذلك:
  - التقدم العلمي في زماننا قد أوضح لنا كثيراً من المسائل التي كانت سابقاً في عداد المشكلات.
  - تيسير الحصول على المصادر العلمية للبحث.
  - توفر مراجع الاجتهاد.
  - توفر الاجتهاد الجماعي من خلال المجمع الفقهي ومجالس الفتوى وغيرها.
  - توفر التواصل والحوار العقلاني بين علماء الشريعة وخبراء العلوم الحياتية المتعددة.
- وفيما يتعلق بالفضايا الطبية والعلمية المستحدثة، فإن من الأصول الهامة لبحثها واستيعابها، أن يرجع الفقهاء إلى أهل الاختصاص ليوضحوا لهم ماهية النزاع أو المسألة المستحدثة، وكل ما يتعلق بها، وذلك عملاً بقوله تعالى: ( فاسألوا أهل النكر إن كنتم لا تعلمون ).
- ويعد الاستيعاب العلمي للمسألة المراد إصدار أحكام بشأنها فممن نتحقق لديه الشروط الواجب توافرها فممن يتصدى للحكم والإفتاء، وجب عليه، أو على مجموعة الفقهاء، السير على القواعد المتسلسلة التالية:
  - (1) عرض المسألة على النصوص من الكتاب والسنة.
  - روي أن عمر بن الخطاب كتب إلى شريح: "إذا أتاك أمر فاقض فيه بما في كتاب الله فإن أتاك ما ليس في كتاب الله فاقض بما سن فيه رسول الله، فإن أتاك ما ليس في كتاب الله ولم يسنه رسول الله (صلى الله عليه وسلم)، ولم ينكلم فيه أحد فأبى الأمرين شئت فخذ به..." (ابن عبد البر ٥٦/٢). وروي مثل ذلك عن ابن مسعود وابن عمر وغيرهم.
  - ولأن النصوص محصورة والمسائل والوقائع غير محصورة ومتجددة، فإن النصوص خاطبت الأصول، وردت معرفة الحكم في الفروع إلى النظر والاجتهاد.
  - يقول الشاطبي: ( إن الشريعة لم تنص على حكم كل جزئية على حنتها، وإنما أتت بأمر كلية وعبارات مطلقة تتناول أعداداً لا تتحصر ).
  - (2) البحث عن حكم النازلة في مراجع المذاهب الفقهية، ويتبع ذلك:
    - دراسة ما صدر عن المجمع الفقهي.
    - دراسة الأحكام الصادرة عن مجالس الفتوى.
    - دراسة ما كتبه ونشره أهل الإفتاء والاجتهاد والرأي الشرعي في المجالات الإسلامية التي تصدر عن الجامعات أو الأفراد أو المجالات والمنشورات الشرعية بشكل عام.
    - الاطلاع على وقائع المؤتمرات والندوات العلمية الطبية الفقهية التي دارت حول مسألة محددة.
    - الاطلاع على الرسائل الجامعية في موضوعات المسائل المتجددة.
  - (3) وإذا لم يجد الباحث، أو مجموعة الباحثين، جواباً على المسألة المعروضة للبحث، فعليه أن ينظر في المسألة ويضعها في موضعها من حيث قاعدة الأصل:
    - فإن كان الأصل فيها الإباحة، ولم يجد دليلاً على التحريم، بعد البحث والاستقصاء، أمكنه القول بالجواز.
    - وإن كان الأصل فيها الحظر، ولم يجد دليلاً على الإباحة، أمكن القول بالحرمة.
  - فإذا قام بذلك ولم يستطع الوصول إلى جواب أو قناعة، فإن جميع هذه المسائل إنما تقع بين الحظر والإباحة، وبينهما درجات: وفي مثل هذه الأحوال فإن الفقيه أو المجتهد ( أو المجموعة ) يمكن أن تستنبط الأحكام على المسائل - أو النوازل - بطريق الاقتراض ومن ثم اختبار كل فرضية، وذلك على النحو التالي:
    - أولاً: يفترض الباحث ( أو المجتهدون ) القول بالجواز، ثم يبحث في آثار هذا القول وما يترتب عليه من مصالح ومفاسد.
    - ثانياً: يفترض القول بالحظر ( المنع )، ثم يبحث في آثار هذا القول، وما يترتب عليه من مصالح ومفاسد.
    - ثالثاً: إجراء الموازنة الدقيقة بين النتائج التي ترتبت على الخطوة الأولى والثانية.
  - وتبدأ الدراسة بناءً على قواعد الترجيح والمفاضلة بين المصالح والمفاسد. ومن هذه القواعد:
 

القاعدة الأولى:

درء المفاسد أولى من جلب المصالح. فإذا تساوت المفاسد مع المصلحة، نرجح درء المفاسد على جلب المصلحة.

القاعدة الثانية:

إذا تعارض مفسدتان، روعي أعظمها ضرراً بارتكاب أخفهما ضرراً. ومن أمثلة ذلك:

- الضرر الأثمد يزال بالضرر الأخف. - تحمّل الضرر الخاص لمنع الضرر العام.

ويسترشد الباحث لدى إجراء الموازنة والمفاضلة - ولدى البحث والمفاضلة بين المصالح والمفاسد، بقواعد الفقه الإسلامية العامة، مثل:

- قاعدة رفع الحرج: ( وما جعل عليكم في الدين من حرج ).
- قاعدة المشقة تجلب التيسير. فالمشقة تخفف وتهون من التشدد في تطبيق قوانين الشريعة.
- قاعدة الضرورات تبيح المحظورات. والضرورة تقدر بقدرها.
- قاعدة: الحاجة تنزل منزلة الضرورة.

وبعد أن يجري الباحث الموازنة والمفاضلة، عليه أن يسترشد بمقاصد الشريعة الخمس:

حفظ الدين و النفس , النسل, العقل و المال

وهذه المقاصد كليات، وهي لا تقوم إلا بعد عرض الجزئيات التي يجب أن تكون مندرجة تحت الكليات.

مثل واقعي للتطبيق:

قضية زرع الأعضاء التي تستأصل من إنسان وتزرع في جسم إنسان آخر.

فهذه المسألة ليس فيها نص، ولم يتحدث عنها الفقهاء السابقون، لأنها لم تحدث إلا في زماننا هذا بسبب تقدم العلوم الطبية وتطور تقنياتها.

فما الذي يترتب على هذه المسألة من مفاسد ومصالح:

المفاسد:

١- مخالفة المبادئ العامة في الشريعة ( حفظ النفس ): بدن الإنسان أمانة عنده، لا يجوز التصرف فيه ولا إهلاكه. ولا يجوز انتهاك حرمة البدن حياً أو ميتاً.

٢- تعرض الشخص السليم المنقول منه العضو للهلاك، فقد يتبرع بكليّة واحدة، ثم تتعطل الكلية الثانية، فالله سبحانه وتعالى خلق للإنسان كليتَيْن ليعيش بهما، لا ليتبرع بواحدة منهما.

٣- عملية نقل الكلية مظنونة النجاح، فالمغامرة موجودة بدرجة لا يمكن تجاهلها.

أما المصالح المتوخاه فأهمها:

إبقاء حياة الإنسان المعصوم، بما لا يؤدي إلى إهلاك إنسان معصوم آخر. وهذه المصلحة دليل معتبر على جواز هذا الإجراء الطبي.

وتتم الموازنة بين مجموعة المصالح والمفاسد، ويقوم الفقيه، أو مجموعة الفقهاء، بإصدار الحكم أو الفتوى بناءً على هذه الموازنة.

وفي بعض الأحيان، لا يستطيع الفقيه، بعد الموازنات بين المصالح والمفاسد، أن يكون رأياً معتبراً، وفي مثل هذه الحالات عليه أن يتوقف ولا يقضي فيها حتى يحدث رجحان الرأي بالسماح أو الحظر.

الفقه الافتراضي

وهو البحث في مسائل لم تقع بعد، وهو موضوع قديم تكلم عنه الفقهاء والعلماء وبنوا آراءهم المتباينة فيه.

ويرى بعض الفقهاء المحدثين أن الواجب في هذا الباب، هو اتباع أسلوب يتعد عن الإفراط والتفريط ويغلب فيه اتباع الوسط الذي لا يجنح إلى حظر بحث كل مسألة افتراضية يجد الفقهاء والعلماء أن لها دلالة على جانب من جوانب الحياة.

توصيات:

لتيسير وتذليل مهمات الباحثين من الفقهاء والعلماء للوصول إلى الحكم الفقهي السليم، نسوق هذه التوصيات:

١- التنسيق والتكامل بين مجالس الفتوى والمجامع الفقهية، والعمل على استقلاليتها في إصدار الفتوى.

٢- توحيد الكثير من الجهود العلمية المتعلقة بالقضايا الطبية المبعثرة في أرجاء العالم الإسلامي.

٣- التنسيق بين الجامعات الإسلامية، واستخدام التقنية الحديثة في توثيق موضوعات الفقه الطبي المستجدة، وتوسيع اطلاع المعنيين عليها.

٤- تطوير مناهج التعليم العالي في العلوم الإسلامية، وخاصة الفقه، لتخريج علماء لديهم إلمام كافٍ بجوانب من العلوم الطبية الحديثة إضافة إلى العلوم الشرعية التي يتخصصون فيها.

٥- توين الفتوى الحديثة الصادرة عن مجالس الفتوى والمجامع الفقهية ومراكز الأبحاث، وفهرستها لتسهيل وصول الباحثين إليها.

٦- إصدار فهرس تحليلية مبرمجة لكتب ومصنفات الفقه الإسلامي المتعلقة بالعلوم الطبية، وكذلك مراجع الآثار والخلاف.

٧- تسهيل إصدار النشرات والكتب والمجلات الدورية التي تتضمن آخر الفتوى والبحوث والمتعلقة بالقضايا الطبية المستحدثة والمتجددة ( النوازل )، واستعمال التقنيات الحديثة لتيسير وصولها إلى العلماء والمفتين والمختصين في علوم الطب والشريعة.

اللهم أنفعنا بما علمتنا وعلمنا ما ينفعنا وزدنا علماً



## Importance of Teaching Medical Ethics on The Basis of Islamic Legislation for Students of Medical College.

أهمية تعليم أخلاقيات الطب على أساس التشريع الإسلامي لطلاب كليات الطب

Dr. Ahmed M. Kanaan

Medical practices are one of the most important issues which needs to be based on good ethical principles because they are associated with human body

soul and brain . For these reasons many rules related to human health has been described in Holy Quran and prophet Sunnite , and also many of our jurists and doctors feel interested and concerned with these rules , and learned medical studies and jurisprudence and has been proficient in both , but this bright picture of our history you couldn't feel it nowadays due to our modern educational curriculum which restricted to medical studies only and no attention paid to either ethical or religious rules which should be taken into consideration while practicing one's profession .We think it is very important now to correct this defect by introducing Medical ethics curriculum with Islamic outlook in all Islamic and Arabian Medical colleges to provide our doctors with the most important Islamic studies and rules to help them in their practices according to our Islamic precepts and human rights respects . I suggest in this paper to chose curriculum reporter by a committee consist of competent doctors and jurists , and to divide the curriculum into two levels : first , to be directed to medical students and consist source of references and basic jurisprudence rules which related to medical studies , and second part should be directed to postgraduate doctors to be ethically and morally educated . I suggest also a national committee of Medical ethics should be established to observe doctors to know their medical ethics commitment , and this committee will be the main reference for medical ethics and researches at the national level

Dr. med Ahmed M. Kanaan, MD, Head of Communicable Diseases Control in Directorate General of Health, Affairs, Prof. Medical Ethics , King Faisal University , Editor-in-chief , Journal of Family & Community Medicine , Eastern Province , Saudi Arabia, mail kanaan.am@hotmail.com

### أهمية تعليم أخلاقيات الطب على أساس التشريع الإسلامي لطلاب كليات الطب

تعتبر الممارسات الطبية من أكثر الممارسات حاجة لأن تنضبط بالمبادئ الأخلاقية النبيلة ، وذلك لأن هذه الممارسات تتعلق تعلقاً مباشراً بجسم الإنسان وحياته ونفسه وعقله وروحه ، ولهذا كانت الأحكام التي تتعلق بصحة الإنسان ومرضه موضع اهتمام كبير من القرآن الكريم والسنة النبوية ، كما كانت موضع اهتمام كبير من فقهاءنا وأطبائنا الذين جمع كثير منهم بين علم الفقه وعلم الطب وبرع في كليهما، إلا أن هذه الصورة الزاهية من تاريخنا لم تعد اليوم كما كانت بالأمس بسبب مناهج التعليم الحديثة التي باتت تخرج لنا أطباء على دراية كبيرة بالعلوم الطبية ولكنهم يجهلون أبسط القواعد الشرعية التي يفترض أن يمارسوا الطب على هداها ، ونعتقد أنه أن الأوان لتصحيح هذه الصورة ، وذلك بإدراج مقرر ( أخلاقيات الطب من منظور إسلامي ) في مناهج كليات الطب في بلداننا العربية والإسلامية ، من أجل تزويد أطبائنا بما يلزم من القواعد الشرعية التي تعينهم على أداء واجباتهم المهنية وفق المنهج الإلهي القويم الذي يوجب احترام حقوق الإنسان ويؤكد على حفظ كرامته ، وقد

اقترحنا في هذه الورقة أن يعد مقرر أخلاقيات الطب من قبل لجنة تضم أطباء وفقهاء من أهل الاختصاص ، وأن يقسم هذا المقرر إلى مستويين : الأول موجه لطلاب الطب قبل التخصص ، ويتألف من مقدمة حول مصادر التلقي في الإسلام ، والقواعد الأخلاقية الأساسية التي تتعلق بالممارسات الطبية ، والثاني موجه لأطباء الدراسات العليا لإعدادهم إعداداً أخلاقياً وشرعياً يتوافق مع اختصاص كل منهم ، وقد اقترحنا كذلك تشكيل ( لجنة وطنية لأخلاقيات الطب ) مهمتها مراقبة مدى التزام الأطباء بالأخلاقيات الطبية ، وتكون هي المرجع لكل ما يتعلق بالبحوث والأخلاقيات الطبية على المستوى الوطني.

د.أحمد محمد كنعان

رئيس قسم مكافحة الأمراض المعدية بصحة الشرقية ، محاضر أخلاقيات الطب بجامعة الملك فيصل بالدمام  
مدير تحرير مجلة ( طب الأسرة والمجتمع ) بالمنطقة الشرقية ، المملكة العربية السعودية

## 12. Are "tomorrow's doctors" honest? Exploring medical students and interns' attitudes and reported behavior on academic misconduct

Abdel Munaim Y. Al Dabbagh, DM, FICMS (CM).

Nadhim Abdul-Hameed Kasim, M.Sc., DOC, M.D.

Iraqi Medical Association

**Objectives:** To assess the self reported attitudes and behavior of medical students and interns to scenarios involving academic misconduct and whether there is any difference in response with respect to gender and engagement in practical life.

**Design:** A cross sectional study (Questionnaire survey).

Participants: Sixth year medical students and interns.

Method: Students and interns were given an anonymous questionnaire that asked about their attitudes to 7 scenarios describing a fictitious student engaging in the acts of academic misconduct and were asked to report their own potential behavior.

**Results:** The respondents recognized most of the scenarios that reside in the area of misconduct while the highest frequency of the respondents who had good attitude and behavior was in the scenario describing the impersonation of another student during assessment and as well as taking unauthorized material in the examination room (92.7% & 94.0%) respectively. The majority (73.1%) of the interns had good academic attitudes which was significantly higher than those reported by students(59.4%) ( $p=0.001$ ). Around half (49.9%) of the interns reported good academic behavior which was also significantly higher than those reported by the students(41.4%) ( $p = 0.024$ ). The majority of males (71.3%) had good attitudes which was significantly higher than those reported by females(60.1%) ( $p = 0.002$ ). The penalty that should be imposed as reported by most of the respondents was "No action" for most of the scenarios.

**Conclusion:**

The respondents recognized most of the behavior categorized as academic misconduct: however engagement in practical life and male gender seems to reflect positively on the response. The importance of developing strategies to

engender appropriate attitudes and behavior of the medical students should be recognized.

Abdel Munaim Y. Al Dabbagh, DM, FICMS (CM).

Nadhim Abdul-Hameed Kasim, M.Sc., DOC, M.D.

Iraqi Medical Association

Iraqi Medical Association [mail iraq\_ma\_2005@yahoo.com]

### **13. Attitude of Palestinian families towards terminating antenatally diagnosed abnormal fetuses: - religious, cultural and ethical issues.**

موقف العائلات الفلسطينية من اجهاض الاجنة التي تعاني من تشوهات خلقية. من وجهة النظر الدينية والثقافية والاخلاقية

د. بسام ابو لبدة, مستشفى المقاصد, القدس

Makassed Hospital, Jerusalem

After the creation of the state of Israel in 1948, most Palestinian families were expelled from their homes and lands to the neighboring Arab countries and then to all over the world (The Palestinian Diaspora). The total number of Palestinian population in the world by the end of the year 2003 was estimated to be 9.6 millions, of which; 4.8 millions in Diaspora, 1.1 million persons in Israel, and 3.7 millions in Palestinian Territory.

The present study examines the attitude of Palestinians living now in the Palestinian Territory towards the issue of terminating antenatally diagnosed abnormal fetuses.

Most Palestinians are Muslims (more than 90%) and the rest are Christians. We will consider here only the attitude of Islam and Muslim families towards these issues.

Until the last decade of the last century, termination of pregnancy (TOP) was not allowed at any stage of pregnancy in Islam except to save the life of the mother. However, with the recent advances in the techniques of antenatal diagnosis and with the abilities of physicians to diagnose fetuses with abnormalities with high degree of accuracy, a debate was started between Muslim scholars and scientists whether it is allowed to abort an antenatally diagnosed abnormal fetus. Finally a Fatwah was issued permitting TOP if the fetus is diagnosed to have a dangerous, none treatable congenital problem and its life will be difficult and painful both to the baby and the family. The other condition in that Fatwah was that the diagnosis and then the TOP should be before 120 days of pregnancy (the age when the soul is blown).

In the present study, we will analyze the attitude of Palestinian families towards these issues when a fetus is diagnosed with an abnormality. Such diagnosis can be accomplished by chorionic villous sampling (CVS), amniocentesis or detailed fetal ultrasound.

بعد قيام ما يسمى بدولة اسرائيل عام ١٩٤٨ تم تشريد غالبية العائلات الفلسطينية من اوطانها الى الدول العربية المجاورة ومن ثم الى انحاء العالم.

في نهاية عام ٢٠٠٣ بلغ تعداد الفلسطينيين ٩,٦ مليون نسمة, نصفهم في الشتات والباقي داخل فلسطين التاريخية. في هذه الدراسة تم استيضاح موقف الفلسطينيين المتواجدين في مناطق السلطة الفلسطينية من مسألة اجهاض الاجنة التي يثبت من خلال الفحوص انها مشوهة او تعاني من امراض يصعب علاجها. معظم الشعب الفلسطيني هم من المسلمين بنسبة ٩٠% والباقي من المسيحيين. وفي هذه الدراسة تم الاخذ بعين الاعتبار لراي الاسلام والمسلمين في هذا الموضوع.

حتى العقد الاخير من القرن الماضي لم يكن الاجهاض في الاسلام مسموحا به في أي من مراحل الحمل الا في تعرض حياة الام للخطر. ولكن في ضوء تطور تقنيات التشخيص الجنيني وقدرة الاطباء على تشخيص التشوهات الجنينية بدقة متناهية حصل نقاش ما بين الاطباء وعلماء الدين حول اجهاض مثل هذه الاجنة. ولقد صدرت فتوى تبيح اجهاض الاجنة التي تعاني من امراض وراثية خطيرة لا يمكن علاجها او تكون حياتها مرتبطة بصعوبات كبيرة بالنسبة للطفل او العائلة. ولكن الفتوى قصرت اباحة الاجهاض بفترة ١٢٠ يوم الاولى من الحمل أي قبل نفخ الروح. وفي هذه الدراسة قمنا باستطلاع راي العائلات الفلسطينية في هذا الشأن مع العلم بان عملية التشخيص يمكن ان تتم بواسطة فحص الانسجة او السلائل الامنيوني او التصوير بالموجات الصوتية.

#### 14. لماذا يبكي الرضيع؟

د.مصطفى عبد الرحمن Dr Mustafa Abdul Rahman  
Paris , France

بعضهم يقول ان الرضيع يشكو من المغص .. والبعض الآخر يقول ان لديه حساسية على حليب البقر .. والبعض يقول ان لديه التهابا في المري .. والبعض والبعض. ولكن يا ترى .. حقا .. لماذا يبكي الرضيع ؟ .. تعالوا لنتعرف اذن لماذا يبكي الرضيع

Dr Mustafa Abdul Rahman Paris , France [bassatini@hotmail.com](mailto:bassatini@hotmail.com)  
د.مصطفى عبد الرحمن استشاري أمراض الأطفال وحديثي الولادة والخدج

#### 15. همسات.. في أذن كل طبيب

د.مصطفى عبد الرحمن Dr Mustafa Abdul Rahman  
Paris , France

انظر الى قول بعض العامة : لقد خرجت من عند الطبيب فلان وقد تعافيت !... وهولم يشترى الوصفة ويتناول الدواء بعد ... وهذا والله صحيح ... وصدقوني ان الطبيب يشفي في كثير من الاحيان بسمته وكلامه اكثر من طبه ودوائه ... تأمل كيف يمدح الناس طبيبه المفضل ... يتكلمون عن سمته وبسماته وحلاوة كلماته وطيب لقاؤه وداعه اكثر بكثير مما يتطرقون الى نوعية ادويته ووصفاته وتنوع محاليله وعلاجاته وهل تعتقد ان دواءك هو الذي يشفي العليل ويبرئ الاكمه والاصم والسليل ؟... ان الادوية قد تساعد على اختفاء الاعراض وقد تسرع التماثل للصحة والشفاء ولكن باذن الله ورحمته وعفوه وقدرته... الم يحدث معك ان جاءك مريضين مصابين بنفس العلة والداء ووصفت لهما نفس العينة من الدواء... ثم خرجا . واحد عاد اليك بعد اسبوع يشكرك والآخر مضى الى ربه واتاك قريبه يخبرك وقد يشكوك ويفجرك؟! لماذا يرتاح المرضى لطبيب ويذهبون اليه راضين مبتهجين وينفرون من اخر ولايقصدونه الا مضطرين ومكرهين؟!... لماذا عيادة ذلك الطبيب ملائ بالمراجعين بينما عيادة الآخر على عروشها خاوية والشهادات واحدة والخبرات متقاربة?... ان في الامر سرا: واذا اردت ان تكون من اهل النجاح فابحث عن هذا السر وتأكد انه بداخلك ولاتستطيع كل كليات الطب في العالم ان تمنحك اياه بتزكية تأخذها او ورقة تملكها ولابشهادة او شهادات تنالها

أود أن أبحث عن بعض أسرار هذا السر في السويغات التالية راجيا الله ان أكون موفقا في ذلك.

Dr Mustafa Abdul Rahman Paris , France [bassatini@hotmail.com](mailto:bassatini@hotmail.com)  
د.مصطفى عبد الرحمن استشاري أمراض الأطفال وحديثي الولادة والخدج

## Internal Medicine

### ملخصات جلسة الأمراض الداخلية

#### 16. Schwindel

الدوار (الدوخة)

Ali Abushammala

Lüdenscheid

**Schwendel** ist keine Krankheitseinheit, sondern umfasst multisensorische und sensomotorische Syndrome unterschiedlicher Ätiologie und Pathogenese. Schwindel gehört zu den häufigsten Leitsymptomen. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei etwa 20 bis 30 %. Patienten haben oft viele Ärzte konsultiert, bis die Diagnose gestellt und eine Therapie eingeleitet wird.

Schlüssel zur Diagnose ist die Anamnese. Wenn die korrekte Anamnese gestellt ist, können die meisten Formen von peripherem, zentralem und psychogenem Schwindel spezifisch und wirksam behandelt werden. Die verschiedenen Schwindelformen lassen sich mit medikamentösen, physikalisch-medizinischen, psychotherapeutischen und selten operativen Maßnahmen therapieren. Notwendig sind für die Zukunft zum einen eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen, die sich mit Schwindel befassen, und zum anderen weitere multizentrische Therapiestudien.

**Vertigo** is not a separate disease process, but a multisensory and sensorimotor syndrome with various etiologies and pathogeneses. It is among the commonest symptoms presented to doctors, with a lifetime prevalence of around 20 to 30%. Patients have often consulted multiple physicians before a diagnosis is made and therapy initiated. A careful history remains the cornerstone of diagnosis. Once the correct diagnosis is made, specific and effective treatments are available for most peripheral, central, and psychogenic forms of dizziness. Treatment may include medication, physiotherapy, and psychotherapy; a few limited cases may require surgical treatment. Close multidisciplinary cooperation is essential in dizziness, and further multicenter studies are needed.

لا يعد الدوار (الدوخة) مرضاً بحد ذاته وإنما هو عرض مرضي متكرر الحدوث ومن أكثر الأعراض التي تجبر المريض على زيارة الطبيب حيث يتراوح معدل حدوثه في الحياة ما بين ٢٠ و ٣٠%. وغالباً ما يقوم المريض بزيارة العديد من الاختصاصيين قبل حدوث التشخيص وبدء الإجراءات العلاجية. وبالأخذ الدقيق للسيرة المرضية من المريض يمكن التفريق بين غالبية أنواع الدوار سواء العصبية أو الخارجية أو النفسية وبعد ذلك يمكن البدء بعلاج فعال عن طريق الأدوية أو العلاجات الطبيعية أو النفسية والقليل منها يحتاج إلى علاجات جراحية. وفي النهاية يحتاج التشخيص إلى جهد مكثف من مختلف المختصين كما هناك الحاجة إلى المزيد من الدراسات.

Ali Abushammala, Lüdenscheid, tel 023519813576, 01785176064

**17. Stufenkonzept zur perioperativen Ernährung**

الخطة التدريجية لتغذية المرضى قبل العمل الجراحي

Dr. med. Muneer Deeb

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Kassel  
Kassel Germany

Perioperative Ernährung chirurgischer Patienten wurde lange Zeit ignoriert oder nicht ausreichend in die Behandlungskonzepte einbezogen. Im Mittelpunkt des Interesses der meisten Chirurgen standen in den letzten Jahrzehnten fast ausschließlich die Verbesserung und Verfeinerung ihrer Operationstechniken, um bessere Ergebnisse und weniger Komplikationen zu erzielen. Zunehmend erkannten Chirurgen die zentrale Bedeutung anderer nicht chirurgischer Behandlungsaspekte, wie perioperative Ernährung, zur weiteren Optimierung ihrer Ergebnisse.

Wir erarbeiteten nach den aktuellen Leitlinien der DGEM u. ESPEN ein dreistufiges Ernährungskonzept für alle chirurgischen Patienten, die einen resezierenden Eingriff am Gastrointestinaltrakt erfahren. Dabei wurden der Ernährungszustand des Patienten (normal-, mangel-, oder schwermangel ernährt) und die Operationsart (oberer/ unterer GI-Trakt) berücksichtigt.

Das Konzept gibt vor, wie Patienten vom Operationstag an Tag für Tag parenteral/enteral und oral ernährt werden. Energie-, Flüssigkeits- u. Substratzufuhr werden tgl. berechnet und dem errechneten Bedarf angepasst. Seit der Einführung des dreistufigen Ernährungskonzeptes beobachten wir einen signifikanten Rückgang postoperativer Komplikationen, kürzere stationäre Aufenthaltsdauer, Reduktion der Ernährungskosten und bessere Ernährungsscores bei Entlassung.

Ein standardisiertes, differenziertes Ernährungskonzept gehört zu einem erfolgreichen Management allgemeinchirurgischer Patienten.

**3 Stage concept for successful perioperativen nutrition**

Perioperative nutrition of surgical patients was ignored long time or not included enough in the concepts of treatment. In the centre of interest of most surgeons stood in last decades almost exclusively the improvement and refinement of her operation techniques to achieve better results and less complications.

Increasingly surgeons recognise the central meaning of non surgical aspects of treatment, like perioperative nutrition, for further optimisation of her results.

In accordance with the guidelines of the DGEM and ESPEN we implemented a three-stage nutrition concept for all surgical patients who carry out a resection of gastrointestinal tract. Besides, were considered the nutritional condition of the patient (normaly, malnourished, seriously malnourished) and the operation kind (upper/ lower GI tract). The concept determine how to feed

the patients oral, enteral and parenteral from the operation day until release. Energy, liquid and substrate supply are calculated daily and adapted to the calculated need.

Since the introduction of the three-stage nutrition concept we observe a significant decline of postoperative complications, shorter hospital stay, reduction of the food costs and better feeding scores by release.

A standardised, differentiated nutrition concept belongs to a successful management of surgical patients.

Dr. med. Muneer Deeb Oberarzt in Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Kassel GmbH, Mönchebergstr. 41-43 | 34125 Kassel, Telefon 0561 980-2404, Telefax 0561 980-6878, mail:deeb@klinikum-kassel.de

### **18. Idiopathic pulmonary fibrosis**

تليف الرئة البدني الغير معروف السبب

DR Abdul Monem HAMID

MAITRE SCIENCES MEDICALES, CHU ANTOINE BECLERE-PARIS,  
SERVICE DE PNEUMOLOGIE ET TRANSPLANTATION PULMONAIRE  
UNIVERSITE PARIS SUD

Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is a rare disease which affects approximately 5 million persons worldwide. The prevalence is estimated to be slightly greater in men (20.2/100,000) than in women (13.2/100,000). The mean age at presentation is 66 years. IPF initially manifests with symptoms of exercise-induced breathlessness and dry coughing. Auscultation of the lungs reveals early inspiratory crackles. Clubbing is found in approximately 50% of IPF patients. Cor pulmonale develops in association with end-stage disease. In that case, classic signs of right heart failure may be present. Etiology remains incompletely understood. Some environmental factors may be associated with IPF (cigarette smoking, exposure to silica and livestock). IPF is recognized on high-resolution computed tomography by peripheral, subpleural lower lobe reticular opacities in association with subpleural honeycomb changes. IPF is associated with a pathological lesion known as usual interstitial pneumonia (UIP). The UIP pattern consists of normal lung alternating with patches of dense fibrosis, taking the form of collagen sheets. The diagnosis of IPF requires correlation of the clinical setting with radiographic images and a lung biopsy. In the absence of lung biopsy, the diagnosis of IPF can be made by defined clinical criteria that were published in guidelines endorsed by several professional societies. IPF is typically progressive and leads to significant disability. The median survival is 2 to 5 years from the time of diagnosis. Medical therapy is ineffective in the treatment of IPF. New molecular therapeutic targets have been identified and several clinical trials are investigating the efficacy of novel medication. Meanwhile, pulmonary transplantation remains a viable option for patients with IPF.

**19. Säure-Basen-Haushalt:**

دور القلاء والحموضة على سلامة الجسم

DR.MED.S.TARMASSI

Braunschweig, Germany

Mit einem Beispiel aus der Natur wird die Bedeutung eines ausgewogenen Säure-Basen-Verhältnisses deutlich. Ein übersäuerter Waldboden schädigt die Bäume, die auf ihm wachsen; sie werden krank, im schlimmsten Fall sterben sie ab. Ihr Organismus reagiert ähnlich sensibel, wenn er übersäuert ist. Übersäuerung bedeutet, der Körper hat ein Ungleichgewicht im Säure-Basen-Haushalt.

In Ihrem Körper laufen Milliarden komplizierte chemische Vorgänge ab. Sekunde für Sekunde. Ein reibungsloser Ablauf ist aber nur dann möglich, wenn der Säuregrad in den Körpergeweben gleich bleibt. Ihr Körper hat verschiedene Möglichkeiten, dieses Gleichgewicht zu halten und manches, was Ihrem Körper nicht gut tut, wieder zu regulieren.

Eine Übersäuerung behindert aber diese Eigenregulation. Und das führt auf Dauer zu Organerkrankungen.

DR.MED.S.TARMASSI, FALLERSLEBER STRAÙE 41, 38100 Braunschweig,  
E Mail dr-med-tarmassi@t-online.de, Tel. 0531 / 240 77 00, 0531 / 240 77 02



## Diabetes Cardiology

### ملخصات جلسة السكري والأمراض القلبية

#### 20. DPP-4-Inhibitor : a New Therapeutic Approach for the Treatment of Type 2 Diabetes

الطرق الجديدة في معالجة السكري من النمط الثاني

Dr Mahmoud Sultan

Internal medicine, Diabetologist. Nutritionmedicine Berlin-Germany

**Key words:** Type 2 diabetes-DPP-4 inhibitor - GLP-1 - Incretin mimetic - Incretins -

#### Introduction

Diabetes is the Epidemy of the twentyone century. The prevalence of diabetes is increasing worldwide dramatically . The prevalence of diabetes is expected to almost double, from 195 million in 2003 to about 350 million in 2025, with type 2 diabetes mellitus (T2DM) representing approximately 90-95% of cases. The global epidemic of this disease represents a critical challenge.

Despite of several new oral antidiabetic agents and insulin to the therapeutic options during the last two decades of the last century, T2DM remains inadequately controlled in most parts of the world. The glycated hemoglobin (HbA1c) levels were at goal (< 7%) in fewer than 40% of those with diabetes. The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) demonstrated that  $\beta$ -cell apoptosis still continued after the diagnosis of T2DM despite treatment with diet, sulfonylureas, metformin, or insulin. This was associated with a progressive loss of glycemic control, that why we need more aggressive combination and ultimately insulin. That mean clearly, we need new, more effective therapies to prevent or decrease the onset of T2DM as well as the apoptosis of  $\beta$ -cell function.

During the last three decade, a large number of studies have demonstrated that the development of pancreatic islet  $\alpha$ - and  $\beta$ -cell dysfunction is reason to the onset and progression of hyperglycemia in T2DM. In light of this new understanding of T2DM pathophysiology, a great deal of research has focused on strategies to restore and/or maintain islet health. It has become increasingly clear that gastrointestinal incretin hormones are important.

Findings: DPP-4 inhibitors are a new class of antidiabetogenic drugs that provide comparable efficacy to current treatments. They are effective as monotherapy in patients inadequately controlled with diet and exercise and as add-on therapy in combination with metformin, thiazolidinediones, and insulin. The DPP-4 inhibitors are well tolerated, carry a low risk of producing hypoglycemia, and are weight-neutral. The long-term durability of effect on glycemic control and  $\beta$ -cell morphology and function remain to be established.

**Conclusions:** Islet cell dysfunction is central to the pathogenesis of TYP2DM. Incretin-based therapies, including DPP-4-Inhibitors and GLP-1 analogues, have been shown to restore glucose homeostasis and improve glycemetic mediators of normal islet function and glucoregulatory hormone secretion.

Dr. med. Mahmoud sultan , Internistisch und diabetologische Schwerpunktpraxis - Berlin , Skalitzerstr. 72, 10997 Berlin, Germany, Tel: (0049)9030/ 6123262, Fax:(0049) 030/ 61284585. E Mail mah\_sultan@yahoo.com

## **21. Overview of all Cardiac surgical Procedures in Germany**

الوضع الحالي عن جراحة القلب في ألمانيا, لمحمة عن جامعة الأندلس للعلوم الطبية في سوريا

Faidi Omar Mahmoud MD

President of the Board of Trustees Al Andalus University in Syria

Consultant for cardiac surgery, Heart Centre of the University of Erlangen-Nuremberg, Germany

Increasing demands for quality control in medicine- by patients relatives, insurance companies and other authorities all over the word – have stimulated the development of a wide range of registries and other tools to Answer those needs, As early as in 1978 the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery decided to set up a Voluntary registry for cardiac surgical procedures. The aim of this registry continues to illustrate the development of cardiac surgery in Germany and to allow each individual cardiac surgical unit to compare its own results to the nationwide results

All cardiac surgical procedures performed in 80 German cardiac surgical units throughout the year 2007 are presented in this report, based on a voluntary registry which is organized by the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. In 2007 a total of 99990 cardiac surgical procedures (ICD and pacemakers procedures excluded) have been collected in this registry. More than 9.8 % of the patients were older than 80 years compared to 9,6 % in 2006. Hospital mortality in 49788 isolated CABG procedures (10.1 % off-pump) was 2.7 %. In 21,312 isolated valve procedures a mortality of 5,1 % has been observed. This registry will continue to be an important tool of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery enabling a continuous and voluntary quality assurance and illustrating the development of cardiac surgery in Germany.

Faidi Omar Mahmoud MD, Professor and President of the Board of Trustees Al Andalus University in Syria, Consultant for cardiac surgery, Heart Centre of the University of Erlangen-Nuremberg, Maximiliansplatz 1, 91023 Erlangen, Germany, Homepage: <http://www.herzchirurgie.uk-erlangen.de>, Phone: 0049-9131-8533984, Fax: 0049-9131-8533983

E-mail: [faidi.mahmoud@uk-erlangen.de](mailto:faidi.mahmoud@uk-erlangen.de)

## 22. Effectiveness of parathyroid-hormone measurement in detecting patients with multiple gland disease causing primary hyperparathyroidism

أهمية قياس هرمونات الغدة نظير الدرق في تحري فرط نظير الدرق البدئي المتعدد العقد

**Background** and aims: Intraoperative parathyroidhormone measurement (iPTH) has strengthened the successful use of minimal-invasive approaches in surgery of primary hyperparathyroidism (pHPT). The aim of the study was to evaluate the efficacy of iPTH-monitoring in treating pHPT resulting from multiple gland disease.

**Patients/Methods:** In this retrospective study, 58 patients with pHPT underwent surgery (minimally invasive or open exploration) between January 2003 and July 2005. iPTH-levels were routinely measured at the start of anaesthesia, in any case before skin incision, and 10 as well as 15 minutes after removal of abnormal gland(s). A drop in iPTH >50 % after 10 minutes and >60% after 15 minutes was considered adequate to prove the success of the removal of the abnormal gland(s). The removed tissue was examined histologically by immediate frozen-section.

**Results:** A single gland disease was found in 51 (88%) cases, a multiple gland disease (double adenoma or hyperplasia) in 7 (12%) cases. In all cases of single adenoma, an adequate drop of iPTH was seen after removal of the pathologic gland. In contrast, in all cases with a second adenoma, an adequate drop in iPTH was detected only after removal of both adenoma/hyperplasia. Immediate sectioning was only helpful for identification of removed tissue, but was no help in deciding whether to search for an additional gland. The follow-up showed no late disease recurrence.

**Conclusion:** The measurement of iPTH is an effective and safe means in treating single gland disease, as well as multiple gland disease (adenoma/hyperplasia) causing primary hyperparathyroidism and also allows a successful limited dissection via minimally invasive parathyroidectomy.

Assos. Prof. Dr. med. Ayman Agha , University Hospital of Regensburg,  
Department of Surgery, Franz-Josef-Strauss Allee 11, 93053  
Regensburg, Germany, Tel.: ++49-941- 944 – 6832, Mobil:  
00491738642238, Fax: ++49-941- 944 – 6802, e-  
mail:ayman.gha@klinik.uni-regensburg.de

### 23. Vein Detection with Multi-Spectral Imaging: Preliminary Results

الأطياف متعددة الرقمية الصور تقنية باستخدام الجلد تحت الدموية الأوردة على التعرف  
المخبرية أولية للتجارب نتائج

الدكتور المهندس عيسى إبراهيم DI Dr. techn. Issa IBRAHEEM

Dr. McGunnigle Gerald

Al Andalus University /Syria and CTR Carinthian Tech Research AG

جامعة الأندلس الخاصة في سوريا ومعهد البحوث العلمي النمساوي

#### مقدمة

هذه الدراسة تعرض نتائج البحث الأولية للتجارب الفحصية التي أجريت للتعرف على الأوردة الدموية وتبيان خواصها الفيزيولوجية التي تحدد ديناميكية التروية الدموية ولاسيما السيلان من الأطراف إلى القلب باستخدام جهاز قيد التطوير. يعتمد تقنية التصوير للفحص السريري للأوعية الدموية متعدد الأطياف الضوئية. عدد كبير من الباحثين العلميين استخدموا نظم التصوير في مجال الأشعة القريبة من الأشعة تحت الحمراء كتب مقالين عن استخدام الأشعة تحت الحمراء

NIR Near infra Red لتمييز الأوعية الدموية الوريدية القريبة من السطح تحت الجلد حيث اعتمد أشعة ليزرية خطية لمسح السطح الجلدي لظهر اليد ومراقبة التغيرات في الإضاءة المنعكسة للتعرف على الوريد وتمييزه بواسطة الخوارزميات المناسبة للاستشعار عن بعد Paquit et

Wieringa et استخدم الأشعة تحت الحمراء ولكن التصوير بكاميرتين للحصول على صورة ستيريو حيث تمكن من تمييز الأوعية الدموية عن النسج الأخرى. في الحقيقة يوجد جهاز قياس في الأسواق يسمى بجهاز قياس متغيرات النصوص الضوئي للأوعية الوريدية الذي يصور في الأوعية مجال الأشعة تحت الحمراء و يسلطها على سطح الجلد لتضيقها فوق صورة ملونة للمنطقة المقاسة لتبدو كصورة متطابقة مع الأوعية الدموية الشكل ١ يبين الجهاز المعروف في الأسواق الذي يعتبر الأساس التصميمي للجهاز الذي نسعى في هذه المقالة لتقديم البديل الأكثر ملاءمة للاستخدامات السريرية

إن النتائج الأولية المستخلصة من الملاحظات التجريبية الخيرية باستخدام تقنية التصوير الرقمي متعدد الأطياف الحديثة نسبيا وخوارزميات التحليل الرياضي للصور الرقمية لتمييز الأوعية الوريدية عن النسج المجاورة كما يوضح الشكل ١ مشجعة ولكن علي التنويه هنا إلى أن النتائج ليست نهائية وهي نتائج بداية الأبحاث المكثفة حيث ما يزال أمامنا الكثير من العمل التطويري للنظام التقني الذي هو في طور التصميم والتطوير ولاسيما في مجال البحث عن الحلول المناسبة من الناحية التصميمية والناحية الرياضية لخوارزميات الذكاء الآلي التي يجب أن تتعرف تلقائيا على الأوعية الوريدية وبدون أخطاء. والشكل ٢ يوضح الأوعية الوريدية المتعرف عليها لبعض العينات المدروسة.

#### الطريقة التجريبية

#### التصوير بالأشعة فوق الحمراء

لقد تم التصوير الرقمي بتجربتين تم استخدام في كل منها ثمانية ديودات LEDs وضعت بشكل مائل بزواوية ٤٥ درجة لتسليط الأشعة بشكل متجانس على سطح المنطقة المدروسة بواسطة كاميرا مزودة بمرشح أشعة فوق حمراء . في التجربة الأولى دورنا الإنارة حول المنطقة المدروسة للحصول على إنارة متساوية من كل الجهات وفي التجربة الثانية ثبت مصدر الضوء مما أعطى نتائج مختلفة بسبب ضعف شدة الإضاءة ولكن الايجابية مقارنة بالتجربة الأولى كانت نقصان التغيرات في الحساسية التصويرية الناتجة من القيم الديناميكية المتعلقة بحركة مصدر الإضاءة أثناء دورانه. والصور المبينة في الشكل ٣ مأخوذة في التجربة الثانية حيث مصدر الإضاءة ثابت.

#### استخلاص العناصر المميزة للأوعية الوريدية في الصورة الرقمية

الصور المأخوذة بواسطة ألوان حزم طيفية تحتوي على معلومات مختلفة للمركبات التكوينية للجسم المقاس. وهدفنا هنا تقليل عدد الحزم الضوئية المستخدمة من دون فقدان للمعلومات الهامة في الصورة الرقمية. لهذه الغاية نستخدم تقنيتين مختلفتين الأولى هي Principal Components analysis PCA تحليل المركبات الأساسية في الصورة الرقمية . الصورة لكل مركبة أساسية معروضة في

الأشكال التالية. الأوعية الدموية الوريدية تظهر في صور المركبات الأساسية كلها تقريبا ولكن بشكل أكثر وضوحا في المركبة السادسة والسابعة.

الطريقة الثانية هي طريقة تقنية البحث المتوالي التي تعتمد على معالجات رياضية للتعرف على المركبات المختلفة لعناصر الصورة المختلفة. مركبات الصورة تتراكب مع قيم عفوية إحصائية من ٢٥ صورة متتالية

لقد كان مدهشا لنا وجود الفروق الرقمية في صور النافذة المنتقاة التي تتضمن الصور الـ ٢٥ في الشكل ٥. ولو كانت هذه الفروق صغيرة واصغر من التوقعات التي كنا نرجوها فوجودها يبنى بإمكانية التعرف على المركبات الأساسية المكونة للصورة بسهولة. واتضح أيضا بان الفروقات تكبر كلما اقتربنا من الأطوال الموحية للأشعة فوق البنفسجية. ففي هذه الحالة اضطررنا للمعالجة بالخوارزمية للتعرف على هذه الفروق ثلاث مرات متتالية و بعوامل معايرة مختلفة لاختيار العوامل الجداثية المناسبة للحصول على فروق واضحة بين المركبات المختلفة المكونة للصورة. وعلى العموم في كل العمليات الإجرائية الثلاث للخوارزميات كانت القيم الاعظمية للعوامل الجداثية المرتبطة تابعيا بطول الموجات الضوئية في المجال الأكبر من ٨٠٠ نانو متر. الشكل التالي يبين ارتباط عوامل المعايرة التصحيحية بطول الموجات الضوئية.

### تجزئ الصورة إلى مركباتها الأساسية Segmentation

للتسهيل حاولنا استخدام الصورة عند الحزمة الضوئية ٩٤٠ نانومتر لإجراء التجزئ للصورة إلى مركباتها الأساسية. الاختلافات الصغيرة في نصوص الصورة تحذف من الصورة الأصلية بواسطة مرشح منخفض ثنائي الأبعاد ومن ثم يتم القيم الرقمية وتصنيف هذه القيم بمقارنتها بقيم عتبة لتجزئ الصورة إلى مركباتها الأساسية. "smoothing" تنعيم قيم الصورة الرقمية بعد المعايرة مع قيم العتبة تأخذ إحدى القيمتين ١ أو ٠ وفقا للقيم الأكبر أو الأصغر للقيمة الحدية العتبية و التوسيع السطحي erorde المنتقاة للمقارنة الرياضية و يجرى عليها معالجات رياضية أخرى skeleton و delation.

### Photometric Stereo

لقد عملنا في إطار التجارب الأولية للتعرف على الأوعية الدموية الوريدية بواسطة التصوير الضوئي بتدوير الضوء حول الجسم المقاس لأسباب عدة منها

- ١- إمكانية تبديل شكل سطح الجلد بواسطة الأوعية الدموية الوريدية تحت الجلد مما يجعل من تصوير السترئيو أكثر فائدة للتخلص من تكون الظلال الناتجة عن الشكل السطحي للجلد فوق الوعاء الدموي
- ٢- موديلات السطح ومكوناته الجزئية تساعد على تسهيل الإضاءة لكامل السطح بمكوناته الجزئية بشكل منتظم ومتجانس
- ٣- الحصول على إظهار الصور بجودة عالية عبر تصوير السترئيو.

### المراجع

1. Wieringa FP, Mastik F, ten Cate FJ, Neumann HA and van der Steen AFW, Remote non-invasive stereoscopic imaging of blood vessels: First in vivo results of
2. Paquit V. PRICE J. ; SEULIN R. MERIAUDEAU F. FARAH R. H.; TOBIN K. W.; FERRELL T. L.; Near-infrared imaging and structured light ranging for automatic catheter insertion Progress in biomedical optics and imaging (Progr.biomed.opt.imaging)ISSN 1605-74222006, vol. 7, no27, [Note(s):61411T.1-61411T.9]
3. Paquit, V. Price, J.R. Meriaudeau, F. Tobin, K.W. Ferrell, T.L. Combining near-infrared illuminants to optimize venous imaging [6509-16] PROCEEDINGS OF SPIE THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR OPTICAL ENGINEERING 2007, VOL 6509; PART 1, International Society for Optical Engineering; 1999

DI Dr. Issa Ibraheem Optical Sensors & Imaging Image Processing Systems, CTR Carinthian Tech Research AG  
Tel.: +43 (0) 4242 56300 – 250 Fax.: +43 (0) 4242 56300 – 400 mailto:issa.ibraheem@ctr.at ,  
http://www.ctr.at/

**24. The role of Cardiac resynchronization therapy in patients with chronic heart failure and diminished quality of life**

تأثير إعادة نظم القلب على مستوى الحياة في مرضى قصور القلب المزمن

1+2Sadek M, 2Harnath A., 2Knoerig A, 1Ennker J.

1Department of Cardiac Surgery, Lahr/Baden, Germany

2Department of Cardiac Surgery, Cottbus, Germany

**OBJECTIVE:** The present study was designed to assess the feasibility, safety, and mid-term efficacy of CRT in patients with severe heart failure and ventricular conduction delay in two institutes.

**BACKGROUND:** Congestive heart failure afflicts 2 to 4 million people in the US and nearly 15 million people worldwide. Heart failure is a major and growing public health problem in developed and developing countries. Despite major advances in medical therapy, morbidity and mortality remain high. Cardiac resynchronization therapy (CRT) has been proposed as an adjunctive therapy in patients with drug-refractory heart failure and ventricular conduction delay. Short and long-term studies have demonstrated the clinical benefits of CRT.

**MATERIAL AND METHOD:** Thirty two patients (25 males, 7 females, mean age 74 +/- 5 years) with severe heart failure in New York Heart Association (NYHA) functional class III or IV with left ventricular ejection fraction (LVEF) < 35%, asynchrony inter-ventricular contractility, QRS duration >120 ms with left bundle branch block morphology underwent CRT by biventricular pacing (InSync, InSync III). At baseline, at discharge and 6 months after implantation, the following parameters were evaluated: NYHA class, QRS duration, LVEF, 6-minute walking distance, SF-36 quality-of-life (QOL) score, and number of heart failure visit. **RESULTS:** All clinical parameters improved significantly at 6 months. NYHA class decreased from 3.5 +/- 0.5 to 2.4 +/- 0.7 ( $p < 0.01$ ). QRS duration decreased from 145 +/- 22 ms to 126 +/- 6 ms ( $p < 0.01$ ). LVEF increased from 23 +/- 7% to 35 +/- 10% ( $p < 0.01$ ). The 6-minute walking distance increased from 175 +/- 112 m to 312 +/- 128 m ( $p < 0.01$ ). QOL score improved from 58 +/- 14 to 97 +/- 22 ( $p < 0.01$ ). The number of heart failure visits was reduced from 6.2 +/- 2.7 per year to 0.3 +/- 0.9 visit per year ( $p < 0.01$ ). One patient had leads endocarditic after implantation. There was no procedure-related mortality.

**CONCLUSION:** Congestive heart failure is associated with a progressive widening of the QRS complex and a worsening of the clinical status and results in anatomic remodeling with deterioration of the left ventricular function. CRT induces opposite changes in QRS duration, clinical status, and left ventricular remodelling and improves quality of life.

However, further studies are needed to assess long-term clinical effects and prognosis, as well as economic benefit of this therapeutic approach.

## Ophthalmology and Urologie

### ملخصات جلسة الأمراض العينية والبولية

#### 25. Primärprävention der Maculadegeneration

الإجراءات الوقائية البدئية في إستحالة الشبكية

Dr. Nadim SRADJ

Regensburg / Germany

Bis heute ist der Begriff der primären Prävention unter den Augenärzten nicht geläufig. Selbst in der primären Phase der Maculadegeneration, nämlich der trockenen MD (85% bei ca. 4,5 Millionen Betroffener in der BRD), gilt die Erkrankung offiziell als „nicht behandelbar“. Die klinische Forschung konzentriert sich auf die fortgeschrittene, irreversible feuchte MD (15% der Betroffenen), wobei hiervon wiederum nur ein Teil als behandelbar angesehen wird. Die risikoreichen intravitrealen Injektionen führen in vielen Fällen nicht zum gewünschten Erfolg. Die Patienten werden in diesen Fällen häufig mit dem angeblich erreichten Stillstand der Erkrankung und einer „verbesserten Lebensqualität“ vertröstet. Hier kann man von einer palliativen Phase der MD-Behandlung sprechen.

Die inzwischen 20-jährige Erfahrung mit der Systemtherapie der Maculadegeneration hat eine Reihe von Frühsignalen aufgedeckt, die überwiegend im Bereich der Neuro-Sensorik auftreten. Besondere Risikofaktoren sind neben familiärer Belastung: Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, Pigmentarmut, Neigung zur Venektasien, Rauchen, starke Lichteinwirkung über einen längeren Zeitraum (Schauspieler), Vollnarkosen und häufige längere Flüge.

Dr. Nadim SRADJ, MD, MA, Weinweg 7 , D- 93049 Regensburg / Germany, Tel.: 0049. 941- 21857, Home:0049. 941.29103, Fax No: + (0)941- 28711, Email: SRADJ@GMX.DE

#### 26. How does diabetes affect the retina

الداء السكري وتأثيره على الشبكية

Dr. Tammam Kelani

Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie

Wien , Austria

Patients with diabetes are more likely to develop eye problems such as cataracts and glaucoma ,but the disease's affect on the retina is the main threat to vision .Most patients develop diabetic changes in the retina after approximately 20 years .

Over time, diabetes affects the circulatory system of the retina .The earliest phase of the disease is known as background diabetic retinopathy or non proliferative diab. Retinopathy .In this phase, the arteries in the retina become weakened and leak, forming small, dot-like hemorrhages .These leaking vessels often lead to swelling or edema in the retina and decreased vision .

The next stage is known as proliferative diabetic retinopathy .In this stage, circulation problems cause areas of the retina to become oxygen-deprived or ischemic .New, fragile, vessels develop as the circulatory system attempts to maintain adequate oxygen levels within the retina .This is called neovascularization .Unfortunately, these delicate vessels hemorrhage easily . Blood may leak into the retina and vitreous ,causing spots or floaters ,along with decreased vision

In the later phases of the disease, continued abnormal vessel growth and scar tissue may cause serious problems such as retinal detachment and glaucoma.

### Treatment

Diabetic retinopathy is treated in many ways depending on the stage of the disease and the specific problem that requires attention. The retinal surgeon relies on several tests to monitor the progression of the disease and to make decisions for the appropriate treatment. These include: fluorescein angiography, retinal photography, and ultrasound imaging of the eye.

The abnormal growth of tiny blood vessels and the associated complication of bleeding is one of the most common problems treated by vitreo-retinal surgeons. Laser surgery called pan retinal photocoagulation (PRP) is usually the treatment of choice for this problem.

With PRP, the surgeon uses laser to destroy oxygen-deprived retinal tissue outside of the patient's central vision. While this creates blind spots in the peripheral vision, PRP prevents the continued growth of the fragile vessels and seals the leaking ones. The goal of the treatment is to arrest the progression of the disease.

Vitreotomy is another surgery commonly needed for diabetic patients who suffer a vitreous hemorrhage (bleeding in the gel-like substance that fills the center of the eye). During a vitrectomy, the retina surgeon carefully removes blood and vitreous from the eye, and replaces it with clear salt solution (saline). At the same time, the surgeon may also gently cut strands of vitreous attached to the retina that create traction and could lead to retinal detachment or tears.

Patients with diabetes are at greater risk of developing retinal tears and detachment. Tears are often sealed with laser surgery. Retinal detachment requires surgical treatment to reattach the retina to the back of the eye. The prognosis for visual recovery is dependent on the severity of the detachment.

مرضى السكري معرضون للإصابة بالساد والزرق أكثر من غيرهم وتأثير المرض على الشبكية من أهم الأسباب التي تهدد الرؤية. معظم المرضى يتطور لديهم تغيرات في الشبكية بعد بدء الإصابة بعشرين عاما يؤثر السكر على الدورة الدموية للشبكية والتأثيرات المبكرة تسمى باعتلال الشبكية السكري الامتنامي حيث نشاهد نزوفا نقطية وامهات دم نتيجة التسرب من الاوعية

الدموية الشعرية في الشبكية ومن ثم يحدث وذمة في الشبكية مما يؤدي الى انخفاض درجة البصر المرحلة التالية لهذه التغيرات الشبكية تعرف باعتلال الشبكية المتنامي حيث تظهر اوعية جديدة نتيجة نقص الاوكسجين في الشبكية وتحدث نزوفا في الشبكية والخلط الزجاجي ومن ثم انخفاض مفاجئ في الرؤية وغالبا ماتتتهي بانفصال الشبكية او زرق وعائي



العلاج يعتمد على مرحلة التغيرات الشبكية وقبل العلاج تجرى فحوصات تشخيصية منها تصوير الشبكية بالفلوريسين وتصوير الشبكية وغيرها ومن اهم المعالجات الكوي بالليزر وكذلك قطع في الخلط الزجاجي في حالات النزوف فيه ومعالجة الثقوب الشبكية بالليزر او جراحيا ومعالجة انفصال الشبكية ان حدث

**Dr. Tammam Kelani**, Facharzt für Augenheilkunde und  
Optometrie ☎+43(0)6643570912, ✉dr.kelani@chello.at,  
Barawitzkagasse 10/2/18, A-1190 Wien Zweite Adresse Österreichisch-  
Arabische Ärzte und Apotheker Vereinigung, Johann- Strauss Gasse  
34/4, A-1040 Wien Austria

## 27. Was gibt es Neues in der Urologie?

ما هو الجديد في البولية

Np Abstract المحاضر لم يبعث ملخص المحاضرة

Dr. med. M. Jamil Mahjoub, Facharzt für Urologie, Humboldtstr. 4, 38106  
Braunschweig, Tel.: 0531/344378, Fax: 0531/373386,  
smmahjoub@aol.com

## Dentistry Session I ملخصات جلسة طب الأسنان الأولى

### 28. Advanced Tumors in the Jaws

الأورام الفكية في مراحل متقدمة

Abed Yakan, Aleppo, Syria

This lecture discusses some of the advanced tumors in the jaws that including benign and malignant tumors as ameloblastoma, central giant cell granuloma, peripheral and central hemangioma, fibro-osseous diseases, squamous cell carcinoma (s.c.c), fibrosarcoma, chondroma, Etc.

To our knowledge, its occurrences in the jaws are common. I describe several cases of my patients, in different ages, suffering from such tumors in the jaws, and discuss it clinically, radiologically, histologically, its differential diagnosis, management, and prognosis...

Prof. Dr. Abed Yakan, (OMFS), University of Aleppo, Faculty of Dentistry.  
P.O. Box (989) - Aleppo, Syria. Tel.: Office: (963) 21 2219057, Mobile:  
(963) 933 223637, Fax 00963-21 2223769, E-mail: a-yakan@scs-net.org

### 29. Historic overview of the Epithesis development and presentation of modern epithetic procedures

التعويضات بعد الجراحات الإستئصالية و تطورها تاريخيا

Alfred Renk, Wuerzburg, Germany

After an overview over the early witnesses of epithetic defect coverage and the examination in what way these are provable, the application of face prostheses can be regarded to the early high cultures in the 16th until 18th century and has been documented the medical literature. Dentists began in the 19th century to do the epithetic treatment. Case presentation will be done to show the development of epithesis and the materials used. Finally, an overview of modern procedures will be presented according to the modern materials used today.

*Nach einem Überblick über die frühen Zeugnisse von epithetischen Defektdeckungen und der Überprüfung, inwieweit diese eindeutig belegt sind und als Beweis für die Anwendung von Gesichtsprothesen in den frühen Hochkulturen gelten können, werden die literarisch dokumentierten Hinweise auf Epithesen im medizinischen Schrifttum des 16. bis 18. Jahrhunderts wiedergegeben. Anschließend werden an Hand einiger Falldarstellungen einerseits die Entwicklung der Gesichtsprothetik nach der Übernahme der Epithetik durch Zahnärzte zu Beginn des 19. Jahrhunderts beschrieben und andererseits die im Laufe der Zeit zur Herstellung von Epithesen verwendeten Werkstoffe bis zur Einführung der noch heute gebräuchlichen Kunststoffe in*

*der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts aufgelistet. Abschließend werden die heutigen Verfahren hinsichtlich der Materialwahl und der Befestigung von Epithesen in einer Übersicht dargestellt.*

Prof. Dr. med. dent. Alfred Renk, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Pleicherwall 2, D-97070 Würzburg, Tel: 0931 201 73060, Renk\_A@klinik.uni-wuerzburg.de

### **30. Parodontale Entzündung und Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand**

التهابات اللثة وتأثيرها على الصحة العامة

Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber

Abteilung Parodontologie und Synoptische Zahnmedizin, CharitéCentrum 3, Universitätsklinikum Berlin, Germany

Die parodontale Entzündung, die durch bestimmte Keime verursacht oder ausgelöst wird, ist in der Regel eine chronische Entzündung. Obwohl das klinische Bild der chronischen Parodontitis lokalisiert auf die parodontalen Gewebe erscheint, sind Auswirkungen auf den gesamten Organismus nachweisbar. Wir haben Erkenntnisse für Zusammenhänge zu kardiovaskulären Erkrankungen, zu möglichen Beeinflussungen des heranwachsenden Fötus, zu Fettstoffwechsel sowie zum Diabetes mellitus. Andererseits bedingen verschiedene Medikationen Veränderungen an den parodontalen Geweben, die dann zu vermehrter Biofilmbildung beitragen. Im Vortrag wird auf diese Zusammenhänge hingewiesen.

### **31. T.M.J. Arthroscopic surgery**

الجراحة التنظيرية في المفصل الفكي الصدغي

Anas Damlakhi, Aleppo, Syria

A highly touted form of treatment in some surgeons hands and spurned by others, this modality allows visual access to the joint space. As a diagnostic tool its greatest strength is the ability to "see" and record the state of the hard and soft tissues of the joint. Disadvantages include: increased cost as compared to arthrocentesis and other in office procedures, need for outpatient hospitalization, need for general anesthesia. Arthroscopic surgery appears to be as efficient as open surgery, causes less surgical morbidity, and has few severe complications as compared to open surgical procedure. One retrospective short-term study found it to be safe, minimally invasive, and an effective treatment method, with 80% of patients reporting reduced pain and increased range of motion; in acute TMJ lock, however, arthroscopy and arthroscopic lysis and lavage of the upper compartment of TMJ produce comparable success rates. In one study, only 10.3% of 301 patients who underwent arthroscopic lysis and lavage had complications. More than 80% of

complications were otological in nature; neurological complications were seen in 5 cases—of which 3 were fifth cranial nerve injury and 2 were seventh cranial nerve injury

Indications: include internal derangements, adhesions, fibrosis, and DJDs. so TMJ arthroscopy may be effective in treating painful joint hypomobility secondary to displaced discs, fibrous adhesions and arthritis. Operative arthroscopy while technically possible, and a viable tool in selected cases, often takes longer and usually allows less surgical flexibility than an open joint procedure. TMJ arthroscopic surgery has significant limitations related to the limited size of the arthroscopic instruments and limited space within the joint. The perceived benefit in most patient's eyes is "a smaller procedure, a smaller scar. (Video film 10 minutes)

Dr. Anas Damlakhi, D.D.S., O.M.S., P.O. BOX: 10373, Aleppo – Syria, Tel. Clinic: (963) 21 2228340, Fax: (963) 21 2272023, E-Mail: isgci@drdamlakhi.com

### 32. Orthodontic treatment of retentive canine

معالجة الناب المنظم تقويميا

Dr. Bachar Taha, 212 Avenue Du Maine, 75014 Paris, France. Tel: (33)619944920, Email: bachartaha@yahoo.fr

No Abstract

## Dentistry Session II ملخصات جلسة طب الأسنان الثانية

### 33. Pillar increase - which attachment elements?

عناصر التثبيت على الغرسات السنية و ارتباطها بمفهوم زيادة الدعامات

Sadiqu Al-Mousslie, Braunschweig, Germany

مفهوم زيادة الدعامات يزداد شعبية و قلما نجد عيادة لا توجد فيها بعض هذه الحالات، إلا أن الغرسات السنية ليست العامل الوحيد في الجهاز التعويضي ثابتا أو متحركا كان، حيث أن عناصر التثبيت تلعب الدور الأهم في المحافظة على ثبات الجهاز. عناصر التثبيت متعددة و مختلفة و لها مزايا و مساوئ.

Pillar increase is being implemented more and more in the dental practice. The distribution of the implants at certain positions is only one part of this concept. The attachment elements on the implants are the actual responsible for the retention of the supra construction. The retention elements are however very different and have Advantages and disadvantages.

### Pfeilervermehrung – Welche Retentionselemente?

Das Konzept der Pfeilervermehrung findet immer mehr Anwendung in der Praxis. Die Verteilung der Implantate an bestimmte Positionen ist nur ein Teil

dieses Konzepts. Die Retentionselemente auf den Implantaten sind die eigentlichen verantwortlichen teile für den Halt der Suprakonstruktion. Die Retentionselemente sind jedoch sehr verschieden und haben Vor- und Nachteile.

Dr. Sadiqu Al-Mousslie, DDS, PhD., ex-Associate Professor (University Wuerzburg) Clinic for Implantology & Esthetic Dentistry, Goerlitzstr. 8, D-38124 Braunschweig, Germany, Tel. 0049-531-60 15 28, E-Mail: Dr.Al-Mousslie@web.de

### **34. The use of PRP with immediate implants**

إستخدام بلازما الدم الغنية بالصفائح مع الغرسات السنية الفورية  
Ahmed Osman, Sharjah, UAE

This study has been done to determine if there is any significant effect provided by the addition of the PRP to post-extraction implants, and whether or not it suffices to fill the gap around these implants solely without the addition of neither bone substitutes nor membranes.

The immediate implant procedure seems to be extremely advantageous in preserving bone and soft tissue dimensions. And it is safe to say that the immediate placement of implants into extraction sockets without grafts or membranes is a predictable and reliable method of replacing lost dentition.

The use of the gel causes even more acceleration of the treatment with an aesthetic and functional outcomes satisfactorily obtained that are comparable to those obtained in implant placement in intact edentulous areas. The enhanced dentofacial aesthetics in anterior tooth replacement is a significant additional treatment benefit.

Dr. Ahmed Osman, Sharjah University, Sharjah, United Arab Emirates – UAE, Tel. +97150 6721182, Email: aosman@sharjah.ac.ae

### **35. Principle of Occlusion in Implantology**

مبادئ الإطباق في زراعة الأسنان

Dr. Ramez Al Zain, Paris, France

No Abstract

### **36. Non surgical treatment of Parodontitis**

العلاجات اللاجراحية في التهابات النسيج الداعمة

Dr. Mohamed Haysam Sawaf, محمد هيثم الصواف Hospital: Paris VII University 219, rue La Fayette, 75010 Paris France 26, rue du Bois Saint Martin 77340 Pontault-Combault France, 0033146076695 Fax No 0033146070898 Email: sawafmh@free.fr

No Abstract

### 37. Tissue regeneration and periodontal therapy

#### التجدد النسيجي و معالجة إصابات النسيج الداعمة

Muaz Sudan, Berlin, Germany

أثبتت الدراسات الدور الأساسي للبروتينات التي تفرزها خلايا غمد هرتفغ البشري أثناء تشكل براعم الأسنان في توليد طبقة الملاط اللاخوي على سطح الجذر. ومن المعروف دور هذا الملاط في تثبيت ألياف الرباط السنخي، الذي يشكل مع العظم السنخي واللثة عناصر الجهاز الداعم للأسنان.

٩٠% من البروتينات المفروزة من غمد هرتفغ هي من الأميلوجينين الذي يعود له الدور الأكبر في تمايز الخلايا المحيطة إلى خلايا مولدة للملاط ويدل على دوره هذا ارتفاع تراكيزه بشكل واضح في مرحلة تشكل الجذور، يتشابه تركيب الأميلوجينين بين الثدييات، ويستخلص من براعم أسنان الحيوانات وينقى ويجفف ويجمد ثم يوضع على حامل محب للماء من البولي غليكول أجينات ليسوق تجارياً باسم الإمدوجين: يصنف الإمدوجين ضمن المواد التي تعتمد مبدأ إعادة التجدد النسيجي إلى جانب البدائل العظمية وأغشية التوجيه. آلية عمله و نتائج العلاج به بينتها دراسات سريرية ومخبرية كثيرة مما جعل هذه المادة ذات موثوقية لمعالجة إصابات النسيج الداعمة ضمن استطببات محددة.

ستعرض المحاضرة جانب من هذه الدراسات و مقارنة مع طرائق علاجية أخرى بالإضافة لحالات سريرية ليخلص المستمع في نهايتها إلى قناعات حول إمكانيات هذه المادة و استطبباتها والمجالات التي لاتزال بحاجة للمزيد من البحث والدراسة.

Studies have shown that enamel-related proteins (enamel matrix protein derivative (EMD)), which are secreted by Hertwig's epithelial root sheath during tooth development, play an essential role in forming the acellular cement, which is very important in stabilizing the collagen fibers of the periodontal ligament. 90% of EMD is Amelogenin; this protein plays a main role in PDL formation, it stimulates the surrounding ectomesenchymal cells to differentiate into cementoblasts which start to form cementum. Amelogenin concentration rises obviously during tooth development, and this proves its role in this stage. The chemical structure of Amelogenin is nearly the same in humankind and animal species, it is isolated from the tooth pouches of unerupted teeth of young pigs, purified and lyophilized, then added to PGA carrier, before using it as a gel in periodontal therapy.

Several studies have explained its capability in tissue regeneration; and clinical outcomes proof its reliability in treating the periodontal defects, so it is now a good choice besides the other regenerative techniques like GTR and bone grafts. This lecture presents some of these studies and comparisons with other treatment methods, in addition to some clinical cases. Finally it will summarize the indications, limits and other application aspects which still need further research and studying.

Dr. Muaz Sudan, Charité Berlin, Section of Perriodontics, Berlin, Germany,  
Tel. 0049-174 194 90 82

## Poster Session الملصقات

### 38. Hämodynamische Veränderungen nach hypothermen Kreislaufstillstand im Vergleich zu kontinuierlichem „Low-Flow-Bypass“ vor und nach modifizierter Ultrafiltration nach Aortenbogenoperationen

التغيرات الهيموديناميكية في جراحة قوس الأبهر في كل من طريقتي توقيف الدورة الدموية الكامل والتبريد او بالحفاظ على دورة دموية معتدلة

Nora Omar Mahmoud, Prof. Dr. med. R. Cesnjevar

Zentrum für Herzchirurgie Erlangen-Nürnberg, der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, zu zeit Allgemeinkranken Haus Celle  
Kinderklinik

#### Hintergrund und Ziele

Eingriffe am Aortenbogen werden routinemäßig im tiefen hypothermen Kreislaufstillstand (DHCA) durchgeführt. Diese Methode geht allerdings mit potentiellen neurologischen Schäden einher, da die zerebrale Perfusion dazu unterbunden werden muss. Deshalb hat in den letzten Jahren die Bedeutung der Einsatz des Low-Flow-Verfahrens zugenommen, mit dem die Versorgung des Gehirns aufrechterhalten werden kann und somit die neurologische Komplikationen geringer ausfielen, was in zahlreichen Studien nachgewiesen werden konnte. Inwieweit sich die Hämodynamik während der Anwendung dieser beiden Verfahren voneinander unterscheidet, soll mit diesem Versuch geklärt werden.

Weiteres Augenmerk sollte neben dem Perfusionsverfahren auf das Blutgasmanagement ( $\alpha$ -stat, bzw. pH-stat) und die damit verbundenen hämodynamischen Veränderungen gelenkt werden.

#### Methoden

26 Jungschweine wurden in die Studie eingeschlossen, von denen 14 Tiere auf 20 °C gekühlt wurden und dann ein 60-minütiger Kreislaufstillstand folgte (Gruppe 1, DHCA) und die restlichen 12 Tiere bei 25 °C über einen Bypass im Truncus brachiocephalicus mit 30 % des Sollflusses 60 Minuten lang perfundiert wurden (Gruppe 2, Low-Flow). Gruppe 1 und Gruppe 2 wurden zusätzlich nach dem Blutgasmanagement in die Subgruppen 1 a (DHCA,  $\alpha$ -stat, n = 7), 1 b (DHCA, pH-stat, n = 7), 2 a (Low-Flow,  $\alpha$ -stat, n = 6) und 2 b (Low-Flow, pH-stat, n = 6) eingeteilt.

Zu verschiedenen Messzeitpunkten wurden mit Hilfe eines Swan-Ganz-Katheters und eines PiCCO-Katheters folgende hämodynamischen Parameter untersucht: MAD, LAP, HZV, CI, PAP, PVR, CFI, SVR, ITBVI, EVLWI und GEDVI. Zwei Ultraschall-Flow-Probes lieferten Informationen über die Flüsse in der Arteria carotis communis, bzw. der Arteria femoralis.

#### Ergebnisse

Die Versuche ergaben keine erheblichen Unterschiede der unterschiedlichen Perfusionsverfahren (DHCA, Low-Flow) im Hinblick auf die Hämodynamik. Das Low-Flow-Verfahren zeigt deutlich die kontinuierliche Versorgung beider

Hemisphären trotz nur einseitiger Hirnperfusion über den Truncus brachiocephalicus. Allerdings konnte keine effektive Perfusion der unteren Extremität über konnatale Kollateralen zwischen dem Truncus brachiocephalicus und der Aorta descendens beobachtet werden.

### Praktische Schlussfolgerungen

Das Low-Flow-Verfahren stellt bei Aortenbogenoperationen eine suffiziente Alternative zur seit vielen Jahren standardisierten Stillstand-Methode dar. Da sich die Low-Flow-Methode nicht negativ auf die Hämodynamik auswirkte, kann man davon ausgehen, dass sich das Low-Flow-Verfahren für die Zukunft der operativen Eingriffe am Aortenbogen etablieren wird, da es durch die antegrade Perfusion des Gehirns neurologische Schäden zu vermeiden hilft. Eine effektive Perfusion der subdiaphragmalen Organe über unkonditionierte Kollateralsysteme kann nicht bestätigt werden.

Nora Omar Mahmoud, Allgemeinkranken Haus Celle , Kinderklinik, 29223  
Celle Wittinger str 22 , [nora.mahmoud@gmail.com](mailto:nora.mahmoud@gmail.com),

### 39. Safety of Moxifloxacin in the Treatment of Tuberculosis

#### معالجة السل بالموكسي فلوكسين

S. Blaas<sup>1</sup>, N. Al-Deri<sup>1</sup>, B. Ehrenstein<sup>1</sup>, R. Mütterlein<sup>2</sup>, L. Naumann<sup>3</sup>, B. Werner<sup>4</sup>, B. Salzberger<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine I, Regensburg University, Germany; <sup>2</sup> District Hospital (Bezirksklinikum), Parsberg, Germany; <sup>3</sup>Bavarian Health and Food Safety Authority, Oberschleissheim, Germany; <sup>4</sup>Center for Pneumology, Donaustauf, Germany.

**Purpose** of the Study: Treatment options for tuberculosis in patients with resistant strains or intolerance to first-line anti-tuberculous agents are limited. Moxifloxacin (MXF) is highly active in vitro against Mycobacterium tuberculosis, but data from clinical studies are scarce. We compared the rate of adverse events associated with MXF containing regimen to standard anti-tuberculous therapy.

**Methods:** In this retrospective case-control-study we evaluated male patients treated during 2001 to 2005 in Parsberg District Hospital (Bezirksklinikum), Germany's only hospital with a locked ward for tuberculosis treatment. Patients receiving MXF were matched by age to 3 control subjects receiving anti-tuberculous combination therapy without MXF.

**Results:** Case Records of 62 patients treated with MXF for a mean duration of 88 days and 186 controls have been evaluated. There was no significant difference in age, foreign provenance, and personal history of tuberculosis. Intolerance to first-line agents (21% vs. 9% p=0,02), resistance to any first-line anti-tuberculous agent (46% vs. 22%, p=0,001), and multi-drug resistance (23% vs. 8%, P=0,005) were significantly more frequent in the MXF group. In



patients with drug resistance and/or intolerance to first line agents there was no significant difference in the frequency of adverse events. Treatment limiting adverse events possibly or probably attributable to MXF occurred in 3 of 62 Patients.

**Conclusion:** In the majority of patients MXF seems to be well tolerated in the combination therapy of Mycobacterium tuberculosis infection.

Nadia. Al-Deri , Hamburg, Germany. nadia al-deri [aktheyrk@yahoo.de]

#### 40. Was ist die wert die Emigranten Medicine in Europa in Ihren Heimat

دور الأطباء المغتربين في أوروبا في أوطانهم

Miss Lama Yosef

Latakia, Syria

إن المغتربين العرب وبالأحرى الأطباء هم ثروة كبيرة لأوطانهم حيث أثبتوا جدارتهم في بلد الإغتراب بعملهم وبنجاحاتهم سواء المهنية أو الإقتصادية, وطبعاً من خلال الحياة والمعيشة في بلد الإغتراب وفي ثقافة مزدوجة لا بد وأن يكون هناك مشاكل أو أمور تواجههم في الحياة اليومية الإجتماعية والمهنية والعائلية ولقد أدركت كثير من الدول العربية هذه الظاهرة وبدأت بتشكيل وزارات تهتم بهم وبمشاكلهم لكي يستمر العلاقات مع أوطانهم, وأن إظهار هذه المشاكل وتوضيحها والبحث عن الحلول الملائمة لا بد من إيجاد الطرق الملائمة للتواصل والإستمرارية ومن هنا بدأت الضرورة لتأسيس المواقع الإلكترونية المتخصصة التي تعرف القوانين والتشريعات في بلدانهم في ذلك وهذا ما نريد أن نعرضه عليكم اليوم في هذا المؤتمر

#### الموقع الإلكتروني "المغتربون العرب (ARB-Exp)"

سيطلق موقع المغتربون العرب قريباً. وهو موقع يعنى بكل ما يتعلق بأبناء سورية وأبناء الوطن العربي في بلاد الإغتراب من قضايا اجتماعية، ثقافية، علمية، اقتصادية. وعلاقتهم بوطنهم الأم وكيفية تفعيل هذه العلاقة والإرتقاء بها إلى أفضل الدرجات كما التواصل بين أبناء المهجر فيما بينهم ومع أبناء الوطن الأم. وتعريف أبناء المغتربين الذين نشأوا في المغرب بالمواقع الأثرية والسياحية في سورية وبما يتعلق بالتراث (، الفنون الشعبية، والأزياء الريفية، والمأكولات الشرقية). ويفرد الموقع مساحة لتعليم اللغة العربية (النطق والقواعد واطلاعهم على التراث الشعري القديم والجديد). ويضم باباً يهتم بالقراءات النقدية لكل ما ينتجه أبنائنا في المهجر من إبداعات. كما يحتوي باباً يقوم بالتعريف بشخصيات المغترب اللامعة في المجالات المختلفة وتسليط الضوء على أنشطة المراكز الثقافية السورية في بلدان العالم. ويضم الموقع بين ثناياه معلومات خدمية للجاليات السورية من خلال تعريفهم بالتشريعات والقوانين والمساعدة في إيجاد أجواء ملائمة لبيئة استثمارية جيدة في سورية، والوقوف على المشاكل التي يعاني منها المغتربون السوريون سواء كانت اقتصادية، علمية، ثقافية، اجتماعية لإبرازها وإيصالها للجهات المسؤولة بغية حلها..

عن أسرة الموقع

المراسلة لأمي يوسف

Miss Lama Youssef

Damaskus Syria Tel.: 009631188278555 P.O. Damascus 33492

[lama-y@aloola.sy](mailto:lama-y@aloola.sy)



**24th Annual Meeting of ARABMED in Europe**  
**University Heart Centre of Erlangen**  
Workshop Training Programmes  
ورشات العمل التدريبية  
31 Oktober– 2 November 2008  
Berlin - Germany



---

## ورشات العمل Workshops



## Workshop Training Programme

البرنامج العملي لورشات العمل التدريبية

**Holiday Inn Hotel – Berlin**  
**Video demonstration über Laparoscopic surgery**  
**DAAD Accredite workshop**



## ورشة العمل

Holiday Inn – Berlin

### 41. Minimal Invasive Chirurgie über Laparoscopic surgery

ورشة عمل الجراحة التنظيرية نظري في البدء ثم تدريب عملي على الموديالات الطبية في النسائية والجراحة العامة إذا تجاوز عدد المشتركين ال ٢٠ في مقر شركة شتورز

**Workshopleiter:** رئيس الورشة

Dott. Univ. Padua Samir Sawalhe

الدكتور سمير صوالحة رئيس قسم النسائية في مستشفى دينغول فينغ

MIC-Gyn. Training Center Dingolfing, Germany

يرجى من المهتمين لهذه الورشة الإتصال مع الدكتور محمود سلطان رئيس المؤتمر بالإيميل

mah\_sultan@yahoo.com لأخذ المعلومات الدقيقة وهي دورة للمبتدئين وذات أهمية العدد محدود ,

وستجرى في الفندق في برلين وستبدأ مساء الجمعة في ٣١ أكتوبر ٢٠٠٨ في الفندق

**Registration** إستمارة التسجيل

Surname الكنية .....

First name الاسم الأول .....

Street... الشارع .....

Zip code, City المدينة رقم .....

Country البلد .....

Tel.: .....Fax: .....

E Mail:

### **Deadline for Registrations (01 October 2008) آخر موعد للتسجيل هو**

Registration should be sent to

ترسل استمارات التسجيل بالبريد الإلكتروني الى:

**OA Dr Faidi Omar Mahmoud** Maximiliansplatz 1, 91023 Erlangen,  
Germany, Homepage:, Phone: 0049-9131-8533984, Fax: 0049-9131-  
8533983, E-mail: faidi.mahmoud@uk-erlangen.de

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

Assos. Prof. Dr. med. Ayman Agha , University Hospital of Regensburg, Department of Surgery, Franz-Josef-Strauss Allee 11, 93053 Regensburg, Germany, Tel.: ++49-941- 944 – 6832, Mobil: 00491738642238, Fax: ++49-941- 944 – 6802, e-mail:ayman.gha@klinik.uni-regensburg.de

Ali Abushammala, Lüdenschaid, tel 023519813576, 01785176064

Nadia. Al-Deri , Hamburg, Germany. nadia al-deri [aktheryk@yahoo.de]

Dr.med.habil.Tarek Al - Zain Prof.em. für Neurochirurgie, Neuhoferstr. 106, 12355 BerlinTel: 03043723265,Email: dr.tarek@alzain.de

Abdel Munaim Y. Al Dabbagh, DM, FICMS (CM). Iraqi Medical Association, Iraqi Medical Association [mail iraq\_ma\_2005@yahoo.com]

Dr. Sadiqu Al-Mousslie, DDS, PhD., ex-Associate Professor (University Wuerzburg) Clinic for Implantology & Esthetic Dentistry, Goerlitzstr. 8, D-38124 Braunschweig, Germany, Tel. 0049-531-60 15 28, E-Mail: Dr.Al-Mousslie@web.de

Dr. Ramez Al Zain, Paris, France

Dr Mustfa Abdul Rahman Paris , France bassatini@hotmail.com أمراض دم مصطفى عبد الرحمن استشاري الأطفال وحديثي الولادة والخدج

Dr Hesham Dahshan, Chair of Organisation Committee, Schloßstr 54, 12165 Berlin ,Tel.: 01724704885 ,heshamdahshan@aol.com

Dr. med. Muneer Deeb Oberarzt in Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Kassel GmbH, Mönchebergstr. 41-43 | 34125 Kassel, Telefon 0561 980-2404, Telefax 0561 980-6878, mail:deeb@klinikum-kassel.de

Dr.Anas Damlakhi, D.D.S., O.M.S., P.O.BOX: 10373, Aleppo – Syria, Tel. Clinic: (963) 21 2228340, Fax: (963) 21 2272023, E-Mail: isgci@drdamlakhi.com

Dr. med. Bilal Farouk EL-ZAYAT, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Direktor: Prof. Dr. S. Ruchholtz, Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Standort Marburg, Baldingerstr. – 35033 Marburg, Tel: +49 – 6421 – 586 6216, Fax: +49 – 6421 – 5866721, E-Mail: bilal@el-zayat.de

Hawi, Ahmed, Dr. med., Praxisklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Braunschweig, Mauernstr. 35, 38100 Braunschweig, Tel.:0531/400171, dr.hawi@web.de

Hawi, Nael, cand. med., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt a.M., Sportorthopädie, Knie- und Schulterchirurgie, Friedberger Landstraße 430, 60389 Frankfurt

mohammed hamawendi [mailto:kamil86@yahoo.com]

DR Abdul Monem HAMID, MAITRE SCIENCES MEDICALES, CHU ANTOINE BECLERE-PARIS, SERVICE DE PNEUMOLOGIE ET TRANSPLANTATION PULMONAIRE, UNIVERSITE PARIS SUD

DI Dr. Issa Ibraheem Optical Sensors & Imaging Image Processing Systems, CTR Carinthian Tech Research AG, Tel.: +43 (0) 4242 56300 – 250 Fax: +43 (0) 4242 56300 – 400 mailto:issa.ibraheem@ctr.at, http://www.ctr.at/

Dr. Mohammed Kamil, Consultant Surgeon, ED/Sulaymani Teaching Hospital

Dr. med Ahmed M. Kanaan, MD , Head of Communicable Diseases Control in Directorate General of Health, Affairs , Prof. Medical Ethics , King Faisal University , Editor-in-chief , Journal of Family & Community Medicine , Eastern Province , Saudi Arabia, mail kanaan.am@hotmail.com

Nadhim Abdul-Hameed Kasim, M.Sc., DOC, M.D. Iraqi Medical Association, Iraqi Medical Association [mail iraq\_ma\_2005@yahoo.com]

Dr. Tammam Kelani, Facharzt für Augenheilkunde und OptometrieTel.:43(0)6643570912, mail dr.kelani@chello.at, Barawitzkagasse 10/2/18, A-1190 Wien Zweite Adresse Österreichisch-Arabisches Ärzte und Apotheker Vereinigung, Johann- Strauss Gasse 34/4, A-1040 Wien Austria

Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber, Abteilung Parodontologie und Synoptische Zahnmedizin, CharitéCentrum 3, Universitätsklinikum Berlin, Germany

Bassam Y. Abu-Libdeh, MD بسام ابو ليدة, مستشفى المقاصد, القدس, Jerusalem

DR. SAID MUSTAFA , COSULTANT LAPAROSCOPY AND GENERAL SURGERY Palastina

Mutwakil Mohamed1, Erden Ali1, Sabrina Talukdar2, Umar Ahmad3, Dilshad Marikar4 and Taufiek Konrad Rajab1, Central Middlesex Hospital & Imperial College London1. Cambridge University2. University College London3. Barts and The London NHS Trust4, Contact details:

Department of Surgery, Central Middlesex Hospital, London NW10 7NS. Tel: +44 7883001479.  
Email: mutwakilmohamed@hotmail.com, taufiek.rajab@imperial.ac.uk

Faidi Omar Mahmoud MD, Professor and President of the Board of Trustees Al Andalus University in Syria رئيس مجلس الأمناء في جامعة الأندلس للعلوم الطبية في سورية, Consultant for cardiac surgery, Heart Centre of the University of Erlangen-Nuremberg, Maximiliansplatz 1, 91023 Erlangen, Germany, Homepage: <http://www.herzchirurgie.uk-erlangen.de>, Phone: 0049-9131-8533984, Fax: 0049-9131-8533983, E-mail: faidi.mahmoud@uk-erlangen.de

Nora Omar Mahmoud, Allgemeinkranken Haus Celle , Kinderklinik, 29223 Celle Wittinger str 22 , nora.mahmoud@gmail.com

Prof. Dr. Aly Mishal, Islamic Hospital, Chief of Medical Staff, AmmanJordan,P.O. Box 925693 Amman 11190 Jordan, info@islamic-hospital.org

Dr. med. M. Jamil Mahjoub, Facharzt für Urologie, Humboldtstr. 4, 38106 Braunschweig, Tel.: 0531/344378, Fax: 0531/373386, smmahjoub@aol.com

Dr. Nean Noori, Specialist pediatric surgeon, Department of pediatric Surgery/Sulaymani Teaching Hospital

Dr. Ahmed Osman, Sharjah University, Sharjah, United Arab Emirates – UAE, Tel. +97150 6721182, Email: aosman@sharjah.ac.ae

Prof. Dr. med. dent. Alfred Renk, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Pleicherwall 2, D-97070 Wuerzburg, Tel: 0931 201 73060, Renk\_A@klinik.uni-wuerzburg.de

Nora Omar Mahmoud, Zentrum für Herzchirurgie Erlangen-Nürnberg, der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, zu zeit Allgemeinkranken Haus Celle , Kinderklinik, 29223 Celle Wittinger str 22 , nora.mahmoud@gmail.com, Tel.: 051412054002

Dott. Univ./Padua Samir Sawalhe, Chefarzt der Geb./Gyn. Abteilung, Zentrum für Minimal Invasive Gyn. Chirurgie , Beckenboden Wiederherstellung Kreisklinikum Dingolfing, [www.gyncenter.net](http://www.gyncenter.net) [www.gynecologie.de](http://www.gynecologie.de)

Dr. med. Mahmoud sultan , Internistisch und diabetologische Schwerpunktpraxis - Berlin , Skalitzerstr. 72, 10997 Berlin, Germany, Tel: (0049)9030/ 6123262, Fax:(0049) 030/ 61284585. E Mail mah\_sultan@yahoo.com

Sadek M1+2, Harnath A2., Knoerig A2, Ennker J.1, Department of Cardiac Surgery1, Lahr/Baden, Germany, Department of Cardiac Surgery, Cottbus, Germany2

Dr. Nadim SRADJ, MD, MA, Weinweg 7 , D- 93049 Regensburg / Germany, Tel.: 0049. 941-21857, Home:0049. 941.29103, Fax No: + (0)941- 28711, Email: SRADJ@GMX.DE

Dr. Mohamed Haysam Sawaf, محمد هيثم Hospital: Paris VII University 219, rue La Fayette, 75010 Paris France 26, rue du Bois Saint Martin 77340 Pontault-Combault France, 0033146076695 Fax No 0033146070898 Email: sawafmh@free.fr

Dr. Muaz Sudan, Charité Berlin, Section of Perriodontics, Berlin, Germany, Tel. 0049-174 194 90 82

DR.MED.S.TARMASSI, FALLERSLEBER STRAÙE 41, 38100 Braunschweig, E Mail dr-med-tarmassi@t-online.de, Tel. 0531 / 240 77 00, 0531 / 240 77 02

Dr. Bachar Taha, 212 Avenue Du Maine, 75014 Paris, France. Tel: (33)619944920, Email: bachartaha@yahoo.fr

Prof. Dr. Abed Yakan, (OMFS), University of Aleppo, Faculty of Dentistry. P.O. Box (989) - Aleppo, Syria. Tel.: Office: (963) 21 2219057, Mobile: (963) 933 223637, Fax 00963-21 2223769, E-mail: a-yakan@scs-net.org

Miss Lama Youssef, Damaskus Syria Tel.: 009631188278555 P.O. Damascus 33492, lama-y@aloola.sy

Dipl-Ing. Mahmoud Zain (GER)

---

# Berlin

Berlin ist Bundeshauptstadt und Regierungssitz Deutschlands. Mit 3.418.677 Einwohnern Als Stadtstaat ist Berlin ein eigenständiges Land und bildet das Zentrum der Metropolregion Berlin/Brandenburg. Berlin ist mit 3,4 Millionen Einwohnern die bevölkerungsreichste und flächengrößte Stadt Deutschlands und nach Einwohnern die zweitgrößte Stadt der Europäischen Union. Berlin wurde während seiner Geschichte mehrfach Hauptstadt deutscher Staaten wie die des Markgrafentums/Kurfürstentums Brandenburg, des Königreichs Preußen, des Deutschen Reiches oder der DDR (nur der Ostteil der Stadt). Seit der Wiedervereinigung im Jahr 1990 ist Berlin gesamtdeutsche Hauptstadt. Berlin ist ein bedeutendes Zentrum der Politik, Medien, Kultur und Wissenschaft in Europa. Die Metropole ist ein wichtiger Verkehrsknotenpunkt und eine der meistbesuchten Städte des Kontinents. Herausragende Institutionen wie die Universitäten, Forschungseinrichtungen, Theater und Museen genießen internationale Anerkennung. Die Stadt ist Anziehungspunkt für Kunst- und Kulturschaffende aus aller Welt. Berlins historisches Vermächtnis, Nachtleben, und vielfältige Architektur sind über die Grenzen hinaus bekannt. Berlin ist eines der meistbesuchten Zentren des nationalen und internationalen Städtetourismus. Seit dem Jahr 2001 steigt die Anzahl der Übernachtungen, Gäste, der neugebauten Hotels und deren Bettenkapazitäten überdurchschnittlich an. Im Jahr 2007 wurden etwa 17,3 Millionen Übernachtungen in Berliner Beherbergungsbetrieben von 7,5 Millionen Gästen und geschätzte 140 Millionen Tagesbesucher gezählt. Bis 2010 werden 20 Millionen Übernachtungen prognostiziert. Die Stadt ist damit nach London und Paris das bevorzugte Reiseziel innerhalb Europas.[18] Internationale Gäste machen etwa 40 % der Besucherzahlen aus. Hierbei liegen Besucher aus Großbritannien, den Vereinigten Staaten, den Niederlanden und Italien in der Spitzengruppe. Hauptanziehungspunkte sind Architektur, historische Stätten, Museen, Festivals, Einkaufsmöglichkeiten, Nachtleben sowie Großveranstaltungen die jährlich mehrere Hunderttausende Besucher zählen. Berlin ist außerdem einer der zwei größten internationalen Kongressveranstalter der Welt. Das ICC ist das größte Konferenzzentrum Europas und trägt zusammen mit der Messe Berlin zum Geschäftstourismus bei Berlin verfügt über eine Vielzahl von Museen. Bereits 1841 wurde die von Spree und Kupfergraben umflossene Museumsinsel im nördlichen Teil der Spreeinsel durch königliche Order zu einem „der Kunst und der Altertumswissenschaft geweihten Bezirk“ bestimmt. In der Folge entstanden dort mehrere Museen, wie das Alte Museum am Lustgarten, das Neue Museum, die Alte Nationalgalerie, das heutige Bodemuseum und das Pergamonmuseum. Diese Museen stellen vor allem Exponate aus der Zeit der Antike aus. 1999 wurde die Museumsinsel in die UNESCO-Liste des Weltkulturerbes aufgenommen

عنوان المراسلات

مركز الاتحاد الرئيسي في المانيا

Dr. Hassan Naggar, weberst 4, D-71691 Freiberg - N, Germany

Tel.: + 49 7141 708013, 6481212, Fax: + 49 7141 708027, 6481214

Mobil: +49 1726501238, E-Mail: mail@arabmed.de, Homepage:

http://www.arabmed.de

رئيس البرنامج العلمي

الدكتور فيضي عمر محمود جامعة إيرلنغن المانيا

### ملاحظات هامة للمحاضرين

- يجب على كل المحاضرين التقيد بالوقت المخصص لهم
- لغة المؤتمر: اللغة العربية والإنكليزية والألمانية
- يحيز ان تكون لغة شرائح العرض باللغة الإنكليزية لسهولة الفهم للمشاركين غير العرب
- يجب على المحاضرين التأكد من تجهيز الشرائح أو الأقراص CD قبل يوم من 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
- 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 والسكريتارية قبل المؤتمر او قبل بدء الجلسات
- للزملاء المشاركين في ورشات العمل الإتصال مع اللجنة التنظيمية قبل بدء المؤتمر
- سيعرض البرنامج العلمي والعمل على الأنترنت على:

عنوان الأتحاد <http://www.arabmed.de>

### الغاء التسجيل

- الغاء التسجيل قبل ٣٠ يوم من بدء اعمال المؤتمر (قبل ٢٨ / ٢٠٠٨/٩ ) لا يوجد خصوم
- الغاء التسجيل قبل ١٥ يوم من بدء اعمال المؤتمر (بعد تاريخ ١٠/١٠/٢٠٠٨ ) سيتم خصم(٥٠%)
- الغاء التسجيل قبل ٧ أيام من إنعقاد المؤتمر (بعد تاريخ ٢٠/١٠/٢٠٠٨ ) يتم خصم ١٠٠%
- نرجو من كل المشاركين تسديد كل المصاريف الإضافية في الغرف قبل المغادرة
- إن قبول المحاضرة او اليوستر 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 برلين بعد ظهر السبت (البرلمان الألماني) للمؤتمرين للراغبين في الإشتراك يرجى منهم الإستفسار عن المواعيد في سكريتارية المؤتمر
- **الهيئات الرسمية المشاركة**
- منظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط الفيما
- **ضيوف الشرف**

الأستاذ جوزيف سويد وزير المغتربين في سوريا

الأستاذ الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط

الأستاذ علي مشعل رئيس الفيما السابق

مكان المؤتمر: فندق هولندي إن في برلين

**توقيت المؤتمر**

٣١ أكتوبر - ٢ نوفمبر ٢٠٠٨

**وثائق المؤتمر**

سيزود المشتركون على وثائق المؤتمر: البرنامج العلمي والبطاقة الأسمية بالإضافة الى شهادات الحضور  
البطاقات الأسمية: يرجى من المشتركين وضع هذه البطاقات في جميع المناسبات والجلسات

**الدول المشاركة**

ألمانيا, فرنسا , بريطانيا, النمسا , العراق, السعودية, فلسطين, سوريا, مصر, اليمن والأردن

**عنوان المراسلات للتسجيل ولحجز الفندق**

الدكتور هشام دهشان

Dr Hesham Dahshan, Chair of Organisation Committee

Kurfürstendamm 69, 10707 Berlin ,Tel.: 01724704885, 030-79784840, Fax

030-79784840, E.mail arabmed-congress@dahshan.de

رسم التسجيل والاشتراك في المؤتمر (البرنامج العلمي فقط) 150 أورو دون مبيت ودون وجبات, في حالة  
الرغبة الإشتراك في الحفلات المسائية والوجبات والرحلة السياحية يكون المبلغ 250 يورو  
إشتراك أعضاء الإتحاد المسددين لرسم 2008 في البرنامج العلمي مجاني سواء محاضر او مشترك دون  
مبيت ودون وجبات يرجى الإستفسار عن قسائم الوجبات والرحلة السياحية في اللجنة التنظيمية  
تكاليف الإقامة لأيام المؤتمر في فندق هوليدي إن برلين

(Singel Room SR, Doppel Room DR)

Hotel Rate (Adult)	2 Person DR	1 Person SR
لأعضاء الإتحاد المسددين رسوم عام ٢٠٠٨	585 €	385 €
لغير الأعضاء او الأعضاء الغير مسددين رسوم ٢٠٠٨	685 €	485 €

Accommodation for Children

Age	2-12 years
Extra bed	60 €

يتضمن هذا المبلغ: الإستقبال و التوديع من و إلى المطار, رسم تسجيل المؤتمر, المبيت ليلتين + خمس  
وجبات طعام يتضمنها دعوة عشاء في مطعم شرقي, المشروبات خلال فترة المحاضرات , جولة سياحية في  
برلين , وثائق المؤتمر دون المشروبات أثناء الوجبات والمكالمات الهاتفية في الفندق وصف السيارة

**عنوان البنك للحوالات المصرفية**

**Dresdner Bank Ludwigsburg, Germany**

Konto Nr 0503738400, BLZ 60480008, DE 36 60 48 00 08 05 03 73 84 00

**خدمات المطار**

الزملاء في اللجنة التنظيمية سيحاولون القيام بإجراءات الإستقبال والتوديع وتسهيل الوصول الى الفندق في  
برلين والتنسيق مع البرنامج السياحي



**الهيئة المنظمة**

إتحاد أطباء العرب في أوروبا

رئيس الإتحاد

الدكتور حسان نجار رئيس اتحاد أطباء العرب في أوروبا

أمانة سر الإتحاد

Tel.: + 49 7141 708013, 6481212, Fax: + 49 7141 708027, 6481214

**رئيس المؤتمر**

الدكتور محمود سلطان (Tel: 004930 6147936 Fax 004930 61285485)

**اللجنة الاستشارية العليا للمؤتمر**

الدكتور حسان نجار رئيس اتحاد أطباء العرب في أوروبا mail@arabmed.de

الدكتور فيضي محمود رئيس اللجنة العلمية للإتحاد faidi.mahmoud@gmail.com

الدكتور محمود سلطان رئيس المؤتمر mah\_sultan@yahoo.com

الدكتور هشام دهشان رئيس اللجنة التنظيمية dr.dahshan@dahshan.de

الدكتور صادق الموصللي رئيس جلسات الأمراض السنية al-mousslie@freenet.de

**شعار المؤتمر**

التدبير الأمثل للداء السكري والسمنة والمعالجات السنية بين الحديث والماضي

**لجان المؤتمر**

**١- اللجنة العلمية للإتحاد**

الدكتور فيضي عمر محمود ( ألمانيا )

الدكتور سمير صوالحة ( ألمانيا )

الدكتور أيمن الأغا ( ألمانيا )

الدكتور تمام كيلاني ( النمسا )

الدكتور صادق موصللي ( ألمانيا )

الدكتور عيسى إبراهيم ( النمسا )

الدكتور مصطفى عبد الرحمن ( فرنسا )

الدكتور محمود سلطان ( ألمانيا )

**٢- اللجنة التنظيمية**

الدكتور هشام دهشان رئيس اللجنة التنظيمية, المهندس محمود الزين ( ألمانيا )

**٣- اللجنة الإعلامية للإتحاد**

الدكتور حسان نجار, الدكتور فيضي عمر محمود

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

**Saudi Arabia:** King Faisal University

## زملاتي وإخواني الأعزاء

بأسم اللجنة العلمية لإتحاد أطباء العرب في أوروبا يشرفني أن أرحب بكم في مؤتمرها السنوي الرابع والعشرون والذي ينعقد في برلين ، هذه المناسبة الطيبة، مناسبة الذكرى الخامسة والعشرون لتأسيس الإتحاد. حيث شهد انطلاقتها الأولى في صيف عام ١٩٨٣ وكان ذلك الحدث ثمرة لرؤى وجهود مؤسسيها من قادة البحث العلمي في ألمانيا وأخص بالذكر الدكتور حسان نجار . وتعبيراً عن تطلعاتهم وطموحاتهم لتحقيق مستقبل عربي أفضل للأطباء العرب في أوروبا مبني على التعاطي الإيجابي والفاعل مع الأطباء والممارسين في الحقل الطبي وفي العلوم والتكنولوجيا كما عكست هذه المبادرة الإيمان الراسخ لدى القائمين عليها بأن العمل التعاوني 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 العلمية 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 أكثر من ٢٤ مؤتمر علمياً وخمسين حلقة تخصصية في شتى العواصم الأوروبية والعربية حضرها ما يقارب من ٢٠٠٠/ إخصائي من مختلف البلدان الأوروبية والعربية، كما حاضر في هذه الحلقات أكثر من ٤٠٠/ أستاذ وخبير علمي دولي، فبات الإتحاد يتمتع بسمعة إقليمية وعالمية مرموقة تم التعبير عنها عبر الدعم الذي لاقته باستمرار من عددٍ من الهيئات العربية والإقليمية والدولية وهو عضو في الأمم المتحدة

دعوني أغتنم هذه الفرصة لأحيي أولئك الذين ساروا عبر مقاطع متواصلة من هذا الدرب الطويل بدءاً بإشادة هذا الإتحاد ومن ثم الحفاظ عليه وتطويره. فمنهم الرواد الأوائل الذين شقوا الطريق بتقنية ورسوخا دعائم العمل ووفروا له سبل النجاح والديمومة. ومنهم الرعيل الثاني الذي بنى على هذه القاعدة الصلبة وأشرف على توسيع النشاط وتطويره وتوجيهه نحو آفاق جديدة. وهكذا، على مستوى العمل العلمي المنطوق أساساً باللجان العلمية والمستشارين والمحاضرين والمشاركين في اللجان المختلفة ، على هذه المستويات كافة، تحقق هذا الإنجاز العلمي العربي الهام

فاحتفالنا معكم في هذه السنة بالنجاح 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 يلزمننا بالحفاظ عليه. لقد صار ملك كل الذين توالوا على صياغته وعلى متابعته. إن ذلك لا يعفينا من التطلع إلى الأمام والقول بوجوب تفعيل العمل البحثي والتقني العربي وندعوكم كما ندعو أنفسنا لمواصلة السير الحثيث. وإننا ومن الباب الفضلي للقائنا 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 وجوب 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 ولمشروعته

وإنني باسم الإتحاد وأسم جامعة إيرلنغن وبأسم الهيئة الألمانية للتبادل الأكاديمي DAAD أتوجه بالشكر الجزيل والمسبق الى كل من رئيس الإتحاد ورئيس المؤتمر ، والى لجان المؤتمر وإخواننا المحاضرين من الدول العربية والى شركة شتورز و الضيوف والمشاركين والى شركات الأدوية والى كل الذين قدموا وسيقدمون المساعدة والدعم المعنوي والمادي في إنجاح هذه التظاهرة العلمية

فإننا نأمل حضوركم وفقاً للبرنامج المرفق. وسوف نكون مسرورين عندما نراكم ونحييكم في برلين ، فإلى اللقاء معكم ، في جو علمي أخوي مفيد ومثمر. دتم بخير والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

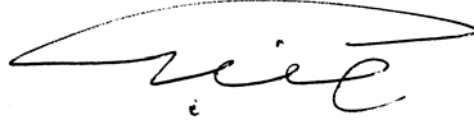


الدكتور فيضي عمر محمود Dr.med. Faidi Omar Mahmoud  
رئيس اللجنة العلمية لإتحاد أطباء العرب في أوروبا

## زملائي وزميلاتي الأفاضل

بمزيد من السعادة والسرور يعود اتحاد الأطباء العرب في أوروبا لإقامة مؤتمره السنوي الرابع والعشرون في ربوع العاصمة برلين ، وبعد انقطاع دام عدة سنوات .ولاشك أنه و خلال هذه الفترة لم تتوقف مؤتمراتنا السنوية ، بل رأينا من الضروري زيادة التواصل مع وطننا العربي الذي اليه ننتمي ، لذا أقمنا عدة مؤتمرات في كل من دبي وعجمان ومصر والسعودية وسوريا .واننا على يقين بأننا سنتابع تواصلنا مع زملائنا في أوروبا ، وبهذه المناسبة لابد أن أنوه الى أن الاتحاد بحاجة الى دماء جديدة من أطبائنا الشباب لمتابعة المسيرة التي بدأناها قبل ٢٥ عاما والتي كانت مليئة بالنشاط والعمل الدؤوب والتضحيات ، وليكن مؤتمرنا هذا في برلين نقطة انطلاق لأطبائنا الشبان وقدوة لباقي الفروع الأوروبية التي تحتاج أيضا لمزيد من النشاط والتعاون والتنسيق

أتمنى لزملائي في الهيئة التنظيمية لمؤتمر برلين التوفيق والنجاح في مساعيهم



د. حسان نجار  
رئيس اتحاد الأطباء العرب في أوروبا

# إتحاد اطباء العرب في اوروبا

عضو في هيئة الأمم المتحدة

ArabMed in Europe

UN Member (NGO)



## 24th Annual Meeting of ARABMED in Europe المؤتمر الطبي السنوي الرابع والعشرين لاتحاد أطباء العرب في أوروبا الذكري ال ٢٥ عاما على تأسيس الإتحاد



Scientific Programm & Abstracts

25<sup>th</sup> anniversary of ARABMED in Europe

البرنامج العلمي والملخصات

31 October – 2 November 2008

Holiday Inn Hotel - Berlin- Germany

برلين – المانيا