

T D B D



19-21 Haziran 2003

tarihin beziğinde buluşalım





Bingöl Depremi ve dayanışma çalışmaları

1 Mayıs 2003'te Bingöl'de büyük yıkıma yol açan depremin ardından TDB, meslektaşlarımızın hasarlarını tespit etmek ve yardımcı olmak amacıyla bölgeye bir araştırma ekibi gönderdi. Hasar tespitinin ardından TDB Afet Fonu aracılığıyla gerekli yardımlar yapılacaktır.



Tarihin beşğinde buluşalım

TDB 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Dentalya 2003 için bütün hazırlıklar tamamlandı. Organizasyonu TDB adına yürüten Antalya Dişhekimleri Odası yetkilileri, şu ana kadar gelen kayıtlardan rekor düzeyde bir katılım yaşanacağını anlaşıldığını belirtiyor.



'Muayenehanelerin temel sorunu: Sterilizasyon'

Dişhekimliği uygulamalarında infeksiyon kontrolünün temelini sterilizasyon oluşturuyor. Sterilizasyon kontrolü konusunda İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı tarafından yapılan ve yurt çapında hizmete sunulan Spor Testi ile ilgili olarak Prof.Dr. Güven Külekçi ile görüştük.



'Henüz umutlanmak için bir neden yok'

Geçtiğimiz aylarda ABD ve Britanya ile birlikte dünyanın başına bela olan SARS virüsü bugünlerde biraz hızını yitirse de insanoğlunun virüs karşısındaki çaresizliği devam ediyor. Prof.Dr. Volkan Korten'e SARS'la ilgili aklı gelececek her şeyi sorduk.



Karpal Tünel Sendromu

Dişhekimlerinin sıkça şikayetçi oldukları meslek hastalıklarından biri de Karpal Tünel Sendromu. Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Araştırma Görevlisi Sevgi Sevi Subaşı, soruna neden olan faktörleri ve korunma egzersizlerini dergimize yazdı.



'Alanımızda dünyanın sayılı üreticilerinden biriyiz'

Benlioğlu Dental A.Ş. Yönetim Kurulu Başkanı Müşfik Benlioğlu üretim ve ihracat miktarlarıyla ilgili dikkat çekici rakamlar sunuyor. Benlioğlu, halen dünya çapında % 13-16 büyüklüğünde bir pazar paylarının olduğunu ve bunu % 25 seviyesine çıkarmayı hedefledikleri belirtiyor.

- Sahibi TDB Yönetim Kurulu Adına Genel Başkan
Celal Korkut Yıldırım
- Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Genel Sekreter
Murat Ersoy
- TDB Yayın Kurulu Sorumlusu
Tatıos Bebek
- TDBD Yayın Kurulu
Recep Erdöndü
Neşe Dursun İnceoğlu
Sertaç Peker
- TDBD Bilimsel Danışma Kurulu
TDB Eğitim Komisyonu'dur
- Editör
Hakan Sürmen
- Görsel Yönetmen
Şeref Kartal
- Reklam için başvuru
Tel: (212) 327 84 41 (pbx)
Fax: (212) 327 84 43
- Ofset Hazırlık **Studio**
Baskı-Cilt **Stil Matbaası**
- Editöryal üretim ve yapım
Nisan İletişim
Cihannüma Mah. Salihefendi Sok.
No:4/9 K:6 Mistaş İşhanı
Beşiktaş/İstanbul
nisaniletisim@superonline.com
Tel: 0212. 327 84 41
Fax: 0212. 327 84 43
- Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi
Ziya Gökalp Caddesi No: 37/11
Yenişehir-ANKARA
Tel: (312) 435 93 94
Fax: (312) 430 29 59
www.tdb.org.tr
e mail: tdb@tdb.org.tr
- ISSN: 1303-9784

REKLAM İNDEKSİ (Alfabetik)

AHTER	39-40
BENLİOĞLU.....	33
BRAUN.....	05
CAN MEDİKAL	47
COLGATE.....	Ön kapak içi
DENTANET.....	34-35
DENTOSAN	29
DENTSPLY	36
DMS	21
EDAD	27
ESTİ	09
GÜNEY DİŞ.....	53
IVOCCLAR-VIVADENT	18
İPANA	Arka kapak içi
MEDİFARM	48
METCO.....	15-57
ORAL B	04
PERFETTİ	24
RF SYSTEM	43
SIGNAL	Arka kapak
UNIMED.....	65
VOCO	61
YAPI KREDİ BANKASI.....	03



Celal K. Yıldırım
TDB Genel Başkanı



Kurumlar arası güven ve iletişim

Adalet ve Kalkınma Partisi'nin hükümet etme süresi 7. ayını bitirmiş durumda. Ülkenin ekonomik dengelerinin alt üst olduğu bir dönemde iktidar olmak ateşten gömleği giymekle eşdeğer. Ayrıca ABD'nin Irak'ı işgaliyle yeni hükümetin politikalarını uygulamada zorluklar yaşadığı bir gerçek. Bu nedenle hükümetin icraatının başarı ya da başarısızlığının değerlendirilmesinin erken olduğu söylenebilir.

Türk Dışhekimleri Birliği, bugüne kadar siyasi partilere ve hükümetlere yönelik duruşunu her zaman önyargıdan uzak somut öneri ve kendi alanında ortak iş yapma anlayışı üzerinde temellendirmiştir. Bu anlayışın özünde ortak aklı kullanma, katılımcılık ve karşılıklı güven bulunmaktadır.

Bu açılardan hükümetin icraatı değerlendirildiğinde geçmiş iktidarların çalışma anlayışları ile ne yazık ki ciddi bir farklılık gözükmemektedir.

Bunun nedeni hükümetin biran önce sorunları çözmeye arzusundan kaynaklanabilir. Ama şu açıktır ki danışma, istişare ve katılımcılık olmadan üretilen politikaların doğruluğu her zaman tartışma konusu olmuş ve uygulanabilirliği çoğu zaman mümkün olmamıştır.

Milletvekili meslektaşlarımızın özel çabalarına rağmen devletin ilgili kurumlarıyla TDB'nin ilişkisi ve iletişimi istenilen düzeyde değildir. Mesleğimizle ilgili düzenlemeleri ya iş bittikten sonra ya da son noktada özel sohbetlerde veya basından öğreniyoruz. Düzenlemelere yönelik kurumsal katılımcılık, birlikte üretme ve tartışma sü-

reci işlemiyor.

Adalet ve Kalkınma Partisi'nin siyasi istikrarı sağlama ve Türkiye'nin önünü açma "beklentilerimizi" bu siyaset yapma anlayışı ile gerçekleştirmesi olanaklı görülmemektedir.

Ülkemizdeki siyaset yapma kültürünün bütün siyasi partilerde birbirine yakın olması, geleceğimizle ilgili moralsizlik yaratsa da bu anlayışın tüm seçimlerde ve özellikle de bir önceki seçimde olduğu gibi halkın sağduyusu ile mahkum edileceğini bilmek geleceğe umutla bakmamızı sağlıyor.

İşte bu noktada sivil toplum örgütlerinin siyasetin demokratikleştirilmesi ve merkezi otoritenin yetkilerinin bir kısmının yerel yapılar ile sivil toplum örgütlerine devredilmesi konusundaki çabalarının önemi her geçen gün daha da artmaktadır.

Türkiye'de hem bireyler hem de kurumlar olarak güven temeli üzerinde çoğulcu-katılımcı demokrasi anlayışını ortak aklı kullanarak gerçekleştirmek zorundayız. Dışhekimliği camiasının bileşenleri bu anlayışın en güzel örneğini TDB kongrelerinde yaşıyor ve yaşıyor. Ekonomik ve sosyal olumsuzluklara rağmen Antalya'daki TDB 10. Uluslararası Kongresi'nin katılımcı sayısı, Expodental ve Meslek Sorunları Sempozyumu'nun katılımcıları bunun en somut örneğini oluşturuyor.

Bu anlayışın insanlarımıza ve kurumlarımıza örnek olması dileğiyle.

TDBD' den

Antalya'da buluşalım

Yine kısa bir arayla karşınıza çıktık. Bu kez bir aylık bir arayla hazırladık dergimizi. Bu da TDBD gibi Türkiye'nin dört bir yanındaki dişhekimlerinin sesi olmaya çalışan bir yayın organı için zorlayıcı bir faktör. Buna rağmen Antalya'da yapılacak 10. TDB Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ne yetiştirdiğimiz bu sayımızda da dolu bir içerikle karşınıza çıktık.

Öncelikle kongreyle ilgili gelişmeleri aktardık. TDB MYK üyesi Tuncer Taşkın'dan da kongre kapsamında gerçekleştirilecek Meslek Sorunları Sempozyumu hakkında bilgi aldık.

Sterilizasyon kontrolü konusunda İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı tarafından yapılan ve yurt çapında hizmete sunulan Spor Testi ile ilgili olarak Prof.Dr. Güven Küleççi'den bilgi aldık.

Son iki ayda -savaşı bir an için unutsak- dünyanın en önemli gündemi 'Gizemli Zatürre' adıyla kamuoyuna malolan esrarengiz hastalık SARS oldu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Prof.Dr. Volkan Kortten SARS'la ilgili sorularımızı yanıtladı.

Bir başka röportajımızı mesleğimizin çok renkli kişiliği Kazmir Pamir'le yaptık. Pamir, 68'deki fakülte işgalinden nümismatik tutkusuna kadar birçok ilginç anısını bizimle paylaştı.

Expodental 2003 öncesi fuarda sunulacak ürünleri ve yenilikleri dergimizden sunmak amacıyla firmalardan bilgi istedik. Elimize ulaşan ürünlerle ilgili bilgilerisizle paylaştık.

Geçtiğimiz sayı dergimizi ilk kez Aras Kurye ile dağıttık. Hâlâ sorun yaşayan meslektaşlarımız varsa lütfen odalarına başvursunlar. Özellikle adresinde bulunamayıp not bırakılan meslektaşlarımızın en kısa sürede bırakılan telefona ulaşmaları gerekiyor. Aksi takdirde dergileri iade işlemine tabi tutuluyor.

Okurlarımızın katkılarına daha fazla yer vermek istiyoruz. Ancak gelen uzun yazılar nedeniyle bunu her zaman yapamıyoruz. Okurlarımızdan isteğimiz; düşüncelerini iki daktilo sayfasını geçmeyecek şekilde ifade etmeleri.

Ağustos sayımızda görüşmek üzere güzel bir yaz geçirmenizi diliyoruz.

TDB gündemi

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü esastan görüşülmeyi bekliyor. Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulunda yürütmeyi durdurma kararlarının kaldırılmasıyla ortaya çıkan süreç TDB tarafından izleniyor.

Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun değişikliği

4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun değişikliği TBMM'de kabul edilmiştir. TDB Reklam Kurulu ve Tüketici Konseyinde temsil ediliyor. Bu bağlamda bakanlıkça hazırlanan Reklam Kurulu yönetmeliği, Tüketici konseyi yönetmeliği, Ticari reklam ve ilanlarda uyulması gereken ilkeler ve uygulama esaslarına dair tebliğ taslakları hakkında görüşlerimizi bakanlığa ilettik.



Diş Koruma Günleri hazırlıkları sürüyor.

Bu yıl dördüncüsü düzenlenen Diş Koruma Günleri 6-25 Ekim tarihlerinde yapılacak. Mayıs ayı sonu itibarıyla gönüllü olarak kampanyaya başvuran meslektaşlarımızın sayısı 1900 civarındadır. 6 Haziran'da son bulacak başvurular Antalya'da yapılacak 10. TDB Uluslararası Dişhekimliği Kongresi boyunca TDB ve Colgate standında yapılacaktır. Bu arada katılım formunu 30 Mayıs'a kadar ulaştıran meslektaşlarımız arasından çekilen kura ile Abdullah Parıldar, Abide Pınar Çatalmete, Nilgün Başbuğ Ekinci, İnyet Taşçı, Murat Çilbirikçi, Nuri Deveci, Ulviye Dikmen, Seyfettin Batmaz, Selma Taneli ve Neriman Vural Doğan kongreye ücretsiz kayıt hakkı kazandılar.

1219 sayılı yasa taslağı hazırlıkları son aşamaya geldi.

Ülkemizde 1928 yılından beri meslek icrasını belirleyen 1219 sayılı yasanın yenilenmesi için hazırlan taslak çalışma deneyimli meslektaşlarımıza gönderildi. Onlardan gelecek görüş ve önerilerle yeniden değerlendirilecek taslak, odalarımızla tartııldıktan sonra kesinleştirilecek.



Asgari Ücret Tarifesi'nin bilimsel metotlarla belirlenmesi

Asgari Ücret Tarifesi'nin bilimsel metotlarla yeniden belirlenmesi ve güncelleştirilmesi çalışması da sona yaklaşıyor. Odalarımıza gönderilen anketler geri dönüyor. Doç.Dr. Çetin Akas'ın yönettiği çalışma içinde değerlendirilecek anketler, gerçek maliyetlerin ortaya çıkarılmasında önemli bir işlev görecektir.

Dergi dağıtım haberi

Dergimizin meslektaşlarımıza ulaştırılması için açılan ihale sonuçlandı. Teklifleri değerlendiren Merkez Yönetim Kurulu tarafından Aras Kurye A.Ş. ile çalışılmasına karar verildi. Aras Kurye ile dergimizin düzenli ve hızlı dağıtılacağı inancındayız.

Devlet memurları özel sağlık kurumlarından yararlanabilecek

Devlet memurlarının özel sağlık kurumlarında tedavi görebilmelerine imkan sağlayan düzenlemenin ilk adımı atıldı. Düzenleme ile ilgili yönetmeliğe bir ek madde ekleniyor ve devlet memurlarının özel sağlık kurumlarına sevk edilebileceği belirtiliyor.

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'ne eklenen ek maddeye göre:

"... tedavi ve yol giderlerinden yararlanacak olanlar resmi sağlık kurumu ve kuruluşları tarafından, tedavi amacıyla, özel sağlık kurumlarına sevk edilebilir. Hangi özel sağlık kurumlarına doğrudan sevk yapılabileceği, hangi tür tedaviler için hasta gönderileceği hususları ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar, özel sağlık kurumlarında aranacak tıbbi donanım ve teknik özellikler, Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığınca müştereken tespit edilir.

Özel sağlık kurumlarında yapılacak tedavi uygulamaları ve bunlara ilişkin fiyatlandırma işlemleri ile ilgili olarak özel sağlık kurumları ile Maliye Bakanlığı arasında anlaşma yapılabilir.

Kurumlarca, özel sağlık kurumlarına yapılacak ödemeler, resmi sağlık ku-

rumları için tespit edilen birim fiyatları geçemez."

Yönetmelikteki böylesi ciddi bir değişikliğin genel gerekçesi olarak 1982 Anayasasının sağlık hizmetleri ve sevklerinin korunmasını düzenleyen 5b. maddesi gösteriliyor.

Anayasa'nın 5b. maddesinde; Devletin herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenleyeceği ve bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık kurumları ile sosyal kurumlardan yararlanacak ve onları denetleyerek yerine getireceği belirtilmiştir.

Bu bağlamda hazırlanan yönetmeliğe eklenen ek madde gereğince; Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 'Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurumve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ' Resmi Gazete'de yayımlanarak 1 Haziran 2003 tarihi itibarıyla yürürlüğe girdi.

Bu tebliğe göre

a) Hastalar, birinci basamak tanı ve tedavi için resmi kurum tabiplikleri, sağlık ocağı, sağlık merkezi verem savaş dispanseri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, SSK sağlık istasyonu-dispanseri yanında özel polikliniklere kurumlarından alacakları hasta muayene istek belgesi (sevk evrakı) ile başvurabilirler.

b) Özel polikliniklere, aynı hastanın aynı hastalığı için 15 gün içerisinde yeniden yapılacak takip ve kontrolünden dolayı ödeme yapılmaz ve ikinci kez fatura tanzim edilemez.

c) Özel polikliniklerde yapılabilecek tetkik ve tahlillerden; sadece hemogram, tam idrar, açlık kan şekeri, üre, kreatinin, bilirubin, ALT, AST, EKG, akciğer grafisi ve gaitada amip-giardia aranması fatura edilerek bedeli kurumlardan tah-

sil edilebilir. Bunların dışında yapılan tetkik ve tahliller için ödeme yapılmaz.

d) Özel poliklinik, faturaya hastanın tahlil sonuçlarını gösteren belge ile sağlık karnesinin kimlik sayfasının fotokopisini ve sevk evrakının aslını ekleyerek ödemeyi yapacak kuruma gönderecektir.

e) Özel poliklinikte yapılan tanı ve tedavi hizmetlerinin fiyatlandırılmasında, Bütçe Uygulama Talimatı'nda birinci basamak sağlık hizmetleri için tespit edilen birim fiyatlar esas alınır.

f) Özel poliklinik, hastayı ikinci basamak resmi veya özel sağlık kurumuna sevk etmesi halinde, faturada %10 indirim yapacaktır.

g) Özel polikliniklerden resmi veya özel sağlık kurumlarına yapılacak sevklerde, hastanın talep ve ihtiyacı ile hastane ve hekim seçme özgürlüğü dikkate alınarak hastane ve hekim adı belirtilmeksizine ilgili uzmanlık dalına sevk yapılır.

h) Özel polikliniklerce yapılacak sevklerde; ikinci basamak özel sağlık kurumu, sadece hastane ruhsatında yer alan uzmanlık dallarında hasta kabul edebilir. İkinci basamak özel sağlık kurumlarından (A) grubu ameliyatların yapılabileceği hastanelerde cerrahi ve dahili branşların her birinde en az beş tam zamanlı (tam gün) çalışan doktor bulunması ve bu hastanelerde cerrahi, koroner ve yeni doğan yoğun bakım ünitelerinin bulunması gerekmektedir. Bu nedenle, hastaların mağdur olmaması için ikinci basamak özel sağlık kurumları veya bunların dernekleri ruhsatlı uzmanlık dalları ile ilgili olarak sevk yapmaya yetkili birinci basamak sağlık kuruluşlarını bilgilendirmek zorundadır.

i) Hastaların belgelenecek acil haller dışında, kurumlarından alacakları hasta muayene istek kağıdı ile doğrudan ikinci basamak kamu veya özel sağlık kurumlarına başvurması halinde, faturalama işlemlerinde Bütçe Uygulama Talimatında belirlenen birinci basamak bi-

rim fiyatları (sağlık ocağı faturalandırması) esas alınarak faturalandırılır. İlgili sağlık kurumu, doğrudan ikinci basamağa müracaat eden hastadan aradaki fiyat farkını talep edebilir. Başka bir ikinci basamak sağlık kurumuna sevk halinde bu maddenin (k) bendi hükümleri uygulanır.

i) İkinci basamak özel sağlık kurumlarında yapılan tanı ve tedavi hizmetlerinin fiyatlandırılmasında, Bütçe Uygulama Talimatı'nda belirlenen birim fiyatlar esas alınır.

j) Hastalık gruplarında tanıya dayalı fiyat (paket tedavi) tespit edilmesi halinde faturalar bu fiyatlar üzerinden düzenlenir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk edilmeksizin ikinci basamağa doğrudan başvuru halinde; tanıya dayalı fiyat (paket fiyat) üzerinden %30 indirim yapılır ve tanıya dayalı tedavi için belirlenen genel esaslar dikkate alınarak bu uygulama gerçekleştirilir.

k) İkinci basamak özel sağlık kurumlarında, hastanın başka bir sağlık kurumuna (eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite tıp fakülteleri dışında) sevk edilmesi halinde, sevki yapan sağlık kurumu düzenleyeceği toplam fatura bedeli üzerinden %30 indirim yapar.

Yeni uygulamaya ilişkin bilgi veren Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sabahattin Aydın, yayımlanan tebliğle sevk zincirini hayata geçirmeyi, hastalara, hastanesini ve doktorunu seçme özgürlüğünü getirmeyi hedeflediklerini söyledi.

Bu yöntemle hastaların sevk zincirine uymalarının sağlanacağını, böylece sağlıkta tasarruf yapılacağını belirten Aydın, birinci basamağa gitmeden özel hastanelere gidenler için "ya sevkle gel, ya da ücretinin yüzde 30'unu öde" mantığıyla sevk zincirini işletmeye çalışacaklarını anlattı. Özel hastanelere uygulanacak "Tanıya Dayalı Fiyat Uygulaması" ile de fiyatlarda şişmeyi önlemeyi ve istismarların önüne geçmeyi hedeflediklerini bildiren Aydın, özel hastaneler arasındaki rekabetin artacağını, böylelikle fiyatların düşeceğini, hizmet kalitesinin yükseleceğini ifade etti. Aydın, Türkiye'de 300'e yakın özel hastane bulunduğunu, özel hastanelerin, istemeleleri halinde devletle anlaşma yaparak bu protokole uygun hizmet vereceklerini bildirdi.

Yeni durum ve bazı sorular

■ **Murat Ersoy** TDB Genel Sekreteri

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'ne eklenen madde kişilerin resmi sağlık kurum ve kuruluşlarından tedavi amacıyla özel sağlık kurumlarına sevk edilebileceğini yazmaktadır.

Oysa Maliye ve Sağlık bakanlıklarınca yayınlanan tebliğin madde 4, a bendinde: Hastaların birinci basamak tanı ve tedavi için resmi kurum tabiplikleri, sağlık ocağı, sağlık merkezi, verem savaş dispanseri, SSK sağlık istasyonu dispanseri vb. yanında özel polikliniklere; kurumlarından alacakları sevk evrakı ile başvurabilecekleri yazılmıştır.

C bendinde ise özel polikliniklerde yapılabilecek tetkik ve tahliller belirlenmiştir ve bunların dışında yapılacaklara ödeme yapılmayacağı yazılmıştır.

Dişhekimliği hizmetleri 4-c'ye göre tanımlamalar içinde yoktur.

Özel poliklinik tanımında esas olarak ne alınmıştır?

Çeşitli branşların yanısıra diş ünitesinin de bulunduğu ayakta hizmet veren kuruluşlar ile ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen kuruluşların tanımlamaları ve yönetmelikleri ayrıdır.

Ortaya çıkan yeni durum bazı soruları akla getirmektedir.

- Poliklinikler çeşitli Danıştay kararlarında hekimlerin ortak muayenehanesi olarak kabul edilmiştir. Ortak muayenehaneye (poliklinik) gidebilen bir kişinin, tek tek muayenehanelere gidememesinin hukuki veya mantıki hiçbir açıklaması yoktur.
- TTB'nin ve TDB'nin belirlediği Asgari Ücret Tarifesi ile Bütçe Uygulama Talimatı'nda belirlenen birim fiyatlar farklıdır. TTB ve TDB'ce disiplin soruşturması gerektiren haller içinde sayılan Asgari Ücret Tarifesi altında fatura kesilmesi durumunda ne olacaktır? Asgari Ücret Tarifesi tespitini 3224 sayılı yasa TDB'ye vermiştir. Aradaki fark hastadan talep edilebilecek midir?
- Asgari Ücret Tarifesi ile bütçe uygulama talimatına göre belirlenen birim fiyatlar arasındaki fark talep edileceği hükme bağlansa bile hasta-hekim-poliklinik arasındaki pazarlıklar nasıl önlenecektir?
- Aradaki farkın hastadan talep edildiği durumda ortaya çıkacak "pazarlıkların" etik ve deontolojik olarak çözümlenmesi olası mıdır?
- Yönetmelikte "özel sağlık kurumları" denmektedir. Sağlık kurumu ve kuruluşları aynı şey midir? Tebliğde ise "özel sağlık kurum ve kuruluşları" denmektedir.
- Ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelikte poliklinik, klinik, dispanser, tıp merkezi, tanı ve tedavi merkezi vb. ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşunu ifade etmektedir. (tanımlar madde 4)
- Tebliğde özel poliklinikte yapılan tanı ve tedavi hizmetlerinin fiyatlandırılmasında Bütçe Uygulama Talimatı'nda birinci basamak sağlık hizmetleri için tespit edilen birim fiyatları esas alınır denmektedir. Bütçe Uygulama Talimatı'nda birinci basamak için tespit edilen bir fiyat yoktur.
- Tanıya dayalı fiyat (paket tedaviden) ne kast edilmektedir? Tedaviye ödenen toplam para mı yoksa bir organ hastalığına (tedavisine) yönelik belli kalemler (işlemler) mi?
- Kapsamda 'kamu personeli ve bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerini kapsar' denmektedir. Emekliler bu kapsamın içinde midir?

Bingöl Depremi'nin ardından



Malatya Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu'nun kente yaptığı ziyarette toplam 6 meslektaşımızla görüşüldü

Malatya Dişhekimleri Odası'na bağlı Bingöl ilinde; 9'u il merkezinde, biri Solhan ilçesinde olmak üzere odaya kayıtlı toplam 10 meslektaşımız bulunuyor.

1 Mayıs 2003 tarihinde meydana gelen deprem sonrasında, Malatya Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu'nun kente yaptığı ziyarette toplam 6 meslektaşımızla görüşüldü ve muayenehanelerindeki hasar durumu görüntülendi. Meslektaşlarımızın moralinin bozuk olduğu, ancak yakınlarından bir kayıp olmadığı için buruk bir sevinç yaşadıkları gözleniyordu. Tüm muayenehanelerde belli oranlarda hasar tespit edildi. Bazı muayenehanelere girmenin cesaret istediğini belirten meslektaşlarımız bunun yanı sıra muayenehane demirbaşlarında hasar görülmediğini aktardılar. Az hasarlı muayenehanelerde dahi hasta kabul edilmiyordu. İşler tamamen durmuş vaziyetteydi ve kısa sürede de toparlanacağı da benzemiyordu. Ayrıca; vatandaşların acil diş şikayetleri için oluşturulan çadır muayenehanede hekimlerimiz tarafından dönüşümlü olarak hizmet verildi.

Bu arada, TDB tarafından gönderilen hasar tespit formları Afet Fondundan meslektaşlarımıza yardım etmek amacıyla düzenlenip Türk Dişhekimleri Birliği'ne gönderildi. Bu raporlarda özellikle muayenehanelerdeki hasarın yanısıra, meslektaşlarımızın genel durumları ile ilgili bilgiler verildi.

Can kaybı ve ciddi bir hasar olmamasının sevindirici olmasına rağmen, bu deprem istisnasız tüm meslektaşlarımızı maddi ve manevi olumsuz etkilediği gözlemleniyordu.

Malatya D.O. Başkanı Münir Karaca hasar tespit çalışmaları sonrasında Afet Fonu konusuna da değindi ve "Çok güzel bir dayanışma örneği olan Afet Fonu ile yapılacak olan yardım, meslektaşlarımıza maddi ve manevi büyük bir destek, depremin yıkıcı ve moral bozucu etkisini bir nebze hafifletmesini sağlayacaktır.

Deprem sonrası bizzat odamızı ve mağdur dişhekimi meslektaşlarımızı arayarak moral veren ve her türlü desteğe hazır olduklarını belirten başta Türk Dişhekimleri Birliği Başkanı Sayın Celal Korkut Yıldırım'a ve Yönetim Kurulu üyelerine, İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Sayın H. Rifat Yüzbaşıoğlu'na, Eskişehir Dişhekimleri Odası Başkanı Sayın Tark Tuncel'e, Gaziantep Dişhekimleri Odası Başkanı Sayın Zafer Çolakoğlu'na ve Diyarbakır Dişhekimleri Odası Başkanı Sayın Kahraman Gündüz Güzel'e" teşekkür etti.



Diyarbakır Dişhekimleri Odası depremin hemen ardından Bingöl'deydi

1 Mayıs 2003 tarihinde Bingöl'de yaşanan deprem felaketinin ardından Diyarbakır Dişhekimleri Odası meslektaşlarımız ve Bingöl halkı için yapılabilecek şeyleri değerlendirmek üzere Oda Başkanı Kahraman Gündüz Güzel, Genel Sekreter Şaban Kulaksız, Sayman Cafer Yamiş, üye Ahmet Kılıç ve Delege üye M. Siddık Patnos'la beraber Bingöl'e gittiler. Binalarda tahribat olması nedeniyle Meslektaşları-

mıza ulaşamayan ekip Devlet Hastanesi'ni ziyaret etti. Belediye Başkanı'yla da görüşen ekip, karmaşa nedeniyle yapılacak bir şeyin olmadığına görülmesi üzerine araçlarındaki ilkyardım malzemelerini belediye çalışanlarına tutanakla teslim ederek gece yarısına doğru şehirden ayrıldı. Ekip, depremle ilgili izlenimlerini fotoğraflar ve video görüntüsüyle de tespit etti.

Çanakkale Dişhekimleri Odası'ndan deprem hazırlığı



Çanakkale Dişhekimleri Odası Çanakkale'nin deprem kuşağında olmasının nedeniyle 'afet anında neler yapılabileceği konusunda Oda üyesi ve Çanakkale Arama Kurtarma ve Yardım(ÇAKAY) ekiplerinin Başkanı dişhekimisi Ufuk Hüşan'ın katkılarıyla bir seri eğitim çalışması başlattı.

Çanakkale Dişhekimleri Odası'na üye dişhekimleri afet konusunda bilinçlenme ve sivil savunma ile ilgili ilk eğitimi 26 Ocak 2003 tarihinde düzenlenen sempozyum içerisinde ÇAKAY ekipleri Başkanı Ufuk Hüşan'dan aldı. İlk derste, afet anında sağlık çalışanlarının ve özellikle bu camianın içerisinde yer alan titiz gözlemci, inandırıcı-ikna edici, inatçı, alet kullanma yetisi gelişmiş, aynı anda bir çok ekstremitte birden kullanabilme yeteneğine sahip özel bir grup olan dişhekimlerinin bilinçlenmesinin, organize olmasının öneminden bahsedildi. Olası bir afet durumunda organize olabilmenin iyi bir afet planı ile gerçekleşebileceği anlatıldı.

Fakültelerde ilkyardım ve sivil savun-



ma konusunda yetersiz eğitim alındığı göz önünde bulundurularak, yaklaşık 13 ayrı konuda yapılacak olan eğitimin ikincisi ise 10 Mayıs 2003'te ÇAKAY merkezinde bu konuya ilgi gösteren bir grup gönüllü dişhekiminin toplanmasıyla gerçekleşti.

Gönüllü dişhekimleri sivil savunmanın 2. etabında ilk yardım ve triaj (yaralı ayırma) konusunda verilen bilgileri, dev bir piyasamene benzeyen hilti tabir edilen cihazı (beton delme makinesi) enkaz üzerinde uygulamalı olarak kullanmayı, uçlarını takıp çıkarmayı öğrendiler.

Bu çalışmaların dışında, Ocak ve Nisan ayında 4. ve 5. Bilimsel Sempozyumlar ile sivil savunma eğitimleri yapıldı. Ayrıca, sosyal program çerçevesinde 16-19 Mayıs tarihlerinde Kapadokya'ya bir gezi düzenlendi. Birlikte tatil yapmanın güzelliğini yaşayan dişhekimleri sterslerini atarak, güzel anılarla döndüler.



Sakarya'da sahte dişhekimleriyle mücadele sürüyor

Deprem illeri olarak bilinen Sakarya, Bolu ve Düzce'de güzelleşmeye başlayan birçok şeyle birlikte Sakarya Dişhekimleri Odası da SDE etkinlikleri ve sahte dişhekimleriyle mücadele konularındaki çabalarını yoğunlaştırdı. Oda, bu iki konunun yanı sıra meslektaşlar arasındaki dayanışma ve tanışıklığı artırmaya yönelik etkinlikler de düzenliyor.

İki yıldan beri aylık bülten yayımlayan Sakarya Dişhekimleri Odası üç aydan bu yana da web sayfasıyla meslektaşlarına ulaşabiliyor.

Ağız Diş Sağlığı Şube Müdürü Dişhekim Alper Cesur'un kararlı ve istekli tutumu ve Oda üyelerinden birkaçının özverili gayretleri sayesinde 20 adet sahte dişhekiminin malzemeleri mü-

hürlendi ve davalarda neredeyse karar aşamasına gelindi.

Aradan 1,5 yıl geçmesine rağmen ancak ettiklerini biçmeye başladıklarını ifade eden Oda yöneticileri 'Oda olarak bu taşın altına elini koyacak hekimlerimizin gönlünü almak gibi bir sıkıntı ile karşı karşıya geldik. Artık bu şekilde çalışmaya karar verdik ve sırasıyla istisnasız (onur üyelerimiz hariç) herkese bu gönül ve namus mücadelesinde hizmet etme fırsatı vereceğiz. Üç beş dişhekimini ile sahtecilerle mücadele etmek mümkün gözükmemektedir' diyorlar.

Oda olarak sahte dişhekimleriyle mücadele konusunda hekimlerin izlemesi gereken yolları gösterecek bir rehber hazırlayan Sakarya Dişhekimleri Odası web sayfasında da bu rehber yer verdi. Oda yetkilileri bilimsel etkinlikleri de yoğunlaştırdıklarını, bu bağlamda her ay bir "SDE" etkinliği yapılmasına çalıştıklarını, bilimsel etkinliklere konuşmacı olarak katılan hocaların büyük bir özveri ile kar, kış, yağmur demeden geldiklerini, dişhekimlerinin ise hem bilgilendiklerini hem de birlikte olmaktan keyif aldıklarını belirttiler.



Manisa'da Bilimsel Sempozyum

Manisa Dişhekimleri Odası 26-27 Nisan 2003 tarihlerinde Manisa Anemon Otel'de bir Bilimsel Sempozyum düzenledi.

Sempozyuma katılan konuşmacı öğretim görevlileri ve verdikleri derslerin konu özetleri bir kitapçıkta toplandı. Ayrıca sempozyum süresince 25 firma ve kuruluş da stand açtı.

TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım'ın onur konuğu olarak yer aldığı ve TDB ve meslek sorunları hakkında bilgi verdiği bu etkinliğe yaklaşık 120 dişhekimini katıldı.

Bilimsel Sempozyum ortamından ziyade küçük bir Kongre havasını taşıyan bu etkinlik herkesin memnun olarak ayrıldığı ve tekrarlanmasını istediği bir etkinlik olarak hafızalarda yerini aldı.

Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanlığına Prof.Dr. Sadullah Üçtaşlı atandı

Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanlığına atanan Prof.Dr. Sadullah Üçtaşlı, 11 Nisan 1960'ta Ankara'da doğdu. TED Ankara Koleji'nde orta ve lise öğrenimini takiben Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Birmingham Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nde "Some mechanical properties of resin-based dental materials" isimli tez çalışmasıyla doktora eğitimini 1992 yılında tamamladı. 1995 yılında Doçent, 2000 yılında Profesör unvanını aldı. 17'si uluslararası, 44'ü ulusal hakemli dergilerde yayınlanmış 60 makalesi bulunan Üçtaşlı, ulusal ve uluslararası kongrelerde 57 sözlü sunum, 56 poster sunumu gerçekleştirdi. Çeşitli ulusal mesleki dergilerde bilimsel danışma kurulu üyesi olan Prof.Dr. Üçtaşlı evli ve bir çocuk babası.



TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi
Kongre Sorumlusu Tuncer Taşkın:

'Mesleğin en önemli sorunları masaya yatırılacak'

TDBD: Antalya' da yapılacak olan meslek sorunları sempozyumu hakkında bilgi verir misiniz?

Tuncer Taşkın: Kongrelerimiz öncesinde yaptığımız meslek sorunları sempozyumlarında mesleğimizin ve birliğimizin sorunlarını tartışmaya açıyoruz. Bu sorunların çözüm önerilerini ilgili bakanlık ve kurumların temsilcileri ile değerlendiriyoruz. Bugüne kadar yapılan kurultaylar sonucunda şu anda TDB nin sorunlara bakışı ve çözüm önerilerine yönelik hem yetkin üyeleri hem de belgeleri mevcuttur. Antalya'daki meslek sorunları sempozyumunda; Dişhekimliğinde Uzmanlık en önemli gündem maddemiz olacak. Düzenleyeceğimiz "Dişhekimliğinde Uzmanlık Kurultayı" sonucunda bugün en büyük sorunumuz olarak görülen uzmanlık konusunda; konu muhatapları ile bir mutabakat sağlamayı amaçlıyoruz. Mesleğimizin 6 ana bilim dalında oluşturacağımız çalışma gruplarına bilimsel dernek ,fakülte ve TDB yi temsil eden meslektaşlarımız katılacak. Çalışma gruplarının raporları ortak toplantıda tüm katılımcılara aktararak geniş bir katılımıla sonuç almak istiyoruz.

TDBD: Gündeminizde uzmanlık dışında konu var mı?

T.T.: En önemli sorunlarımızdan biri uzmanlık gibi görülse de farklı bir açıdan bakıldığında bir diğer önemli sorunumuz, dişhekimlerinin gelişmiş ülkelerde en çok kazanan meslek grubu olmasına rağmen ülkemizde ekonomik olarak hakettiği düzeyde olamamasıdır. Bunları çözmenin yolu özel ve kamu alanındaki finansman kaynaklarının toplumun yararına kullanılmasından geçmektedir.

Mevcut iktidar yaptığı değişikliklerle yeni bir uygulama örneğine geçme sinyalleri veriyor. Kamu çalışanlarının özel poliklinik ve hastanelerden hizmet alması yönünde adımlar atılıyor. Bu hizmetlerin içinde dişhekimliği de mutlaka olmalıdır. TDB'nin başlattığı çalışmalarda da bu sorgulanıyordu. İşte bu hizmetlerin hangi durum ve şartlarda muayenehanelerden alınabileceği, önceliklerin ne olması gerektiği konusu Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı Çalışma Grubu'nda tartışılacak ve sonuç alınmaya çalışılacak.

TDBD: TDB ve odalar toplantısının belirlenmiş bir gündemi var mı?

T.T.: Biliyorsunuz yılda iki kez Başkanlar Konseyi toplanıyor. Bunlardan birini kongrelerimiz bünyesinde gerçekleştiriyoruz. Bu toplantımızda çeşitli sorunlarımızı tartışarak çözüm önerilerini değerlendireceğiz. Ayrıca dişhekimliğinde insan gücü planlaması ile ilgili gündemimiz olacak. Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması ve mevcut dişhekimliği dağılımındaki çoğ-

rafi dengesizlikler ele alınacaktır. Bizim yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması sorunu karşısında yeni politikalar geliştirme zorunluluğumuz ortadadır.

Tüm bunların dışında 1219 sayılı yasanın değişiklik önerileri ve toplumsal projelerin uygulanması konuları gündemimizin diğer maddelerini oluşturmaktadır.

TDBD: Her yıl meslek sorunlarının gündeminde olan dekanlar toplantısı bu yıl da yapılıyor mu?

T.T.: Dekanlarımızla yapılan toplantıların verimli olduğuna ve çıkan sonuçların uygulanması gerektiğine inanıyoruz. Dişhekimliği eğitiminin kalitesinin bugünkü şartlarda öğrenci sayısı ile ters orantılı olduğu bir gerçektir. Bu noktada kendilerinin de yeni fakülte açılmaması için girişimde bulunmalarını arzuluyoruz.

Yapacağımız toplumsal projelerde fakültelerimizin destekleri veya ortak toplumsal proje örnekleri, 1219 sayılı yasa değişiklikleri ve AB uyum çalışmalarının değerlendirilmesi, Türk Dişhekimleri Birliği-Dişhekimliği fakülte dekanları toplantısının başlıca gündemini oluşturmaktadır.

TDBD: Son olarak eklemek istediğiniz bir şey var mı?

T.T.: Antalya'da mesleğimizin en önemli sorunlarını ele alacağız. Yeniden biraraya gelecek olan meslek bileşenlerimizle toplantılar sonucunda somut verilerin ortaya çıkması için çaba göstereceğiz.

Her şey çok güzel olacak

Türk Dişhekimleri Birliği

10. Uluslararası Dişhekimliği

Kongresi'nde hazırlıklar tamamlandı.

Antalya Dişhekimleri Odası ve Kongre Genel

Sekreteri Ufuk İşman Kongre

hazırlıklarında gelinen son noktayı aktardı.

Bilimsel Program

Mesleğimizdeki bilimsel çalışmaların son durumunu aktaran, her biri alanında en üst seviyelerdeki 12 yabancı ve 46 yerli öğretim üyesi tarafından 5 salonda 51 konferans, 1 panel ve 4 kurs yer almakta. Ayrıca 1 salonda serbest bildirimler ve poster sunuları hazırlanmakta. Bize ulaşan 50'den fazla serbest bildiri ve 70'e yakın poster sunu başvurusu Bilimsel Komite tarafından değerlendiriliyor. Bilimsel program muayenehane pratiğine yönelik, güncel ve az işlenmiş konulardan oluşuyor.

Expodental 2003

Cam Piramit Kongre Merkezi'nde 3050m² kapalı alanda gerçekleştirilecek fuara ilgi çok yüksek. Talep patlaması dolayısıyla firmaların stand talepleri karşılanmakta zorlanılıyor. Sektör içerisinde herkesin elbirliğiyle bu organizasyonu sahiplenmesini görmek gerçekten sevindirici. Fuar alanı içerisinde 180 m²'lik bir alanda 13 Alman firmasının oluşturduğu bir bölüm de var. Expodental 2003'e katılan firma sayısı 80'i aşmış durumda.

Sosyal Program

Her konuda mükemmelin hedeflendiği, detayların kaçırılmamaya çalışıldığı sosyal programda sürprizler meslektaşlarımızı bekliyor.

Akdeniz'in muhteşem doğası ve tarihi zenginlikleri içerisinde, harikulade bir ortamda ülkemizin ve dünyanın dört bir yanından gelecek meslektaşlarımızı kaynaştıracak, öğrencilik yıllarındaki arkadaşları buluşturup arkadaşlıklarını yeniden yaşatacak tüm imkanlar hazır edildi.

Tüm öğünlerde lezzetli ve bol çeşitli yemekleri; Açılış Kokteyli'nde Grup Pandora'nın ezgilerini, Gala Gecesi'ni Aşkın Nur Yengi'nin muhteşem sesi ve performansı eşliğinde sunacağız.

DENTALYA 2003'te sürprizler sizleri bekliyor. Kongre hakkındaki her türlü bilgiyi www.dentalya.org/2003 adresindeki kongre web sitesinde bulabilir; kayıt, konaklama talebi, bildiri müracaatı gibi bütün işlemlerinizi internet üzerinden yaptırabilirsiniz.



■ **Ufuk İşman**

Türkiye'de dişhekimliğinin en büyük organizasyonlarından olan bir TDB kongresine daha adım adım yaklaşıyoruz. Organizasyonu yürüten Antalya Dişhekimleri Odası, evsahipliği yapacak olmanın heyecanı ile her konuda mükemmel yakalamaya, geçmiş kongrelerdeki sağlanmış başarı ve kalite standardını yükseltmeye çalışıyor.

Ülkemizde ve dünyada yaşanan ekonomik olumsuzluklar, burumumuzun dibindeki savaş... Bütün bu koşullara rağmen; 19-21 Haziran 2003 tarihlerinde Antalya'da, Antalya Kültür Merkezi ve Cam Piramit Kongre Merkezi Kompleksi'nde gerçekleştirilecek Türk Dişhekimleri Birliği 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongre-

si'nde her şey çok güzel olacak. Mükemmel bir bilimsel programın yanında zengin sosyal programlar, dişhekimliğindeki son teknolojik gelişmelerin sergileneceği muhteşem fuar, Antalya'nın tarihi, turistik, doğal zenginlikleri... Unutulmazlıklar sizleri bekliyor.

Meslek Sorunları Sempozyumu

17-18 Haziran 2003 tarihinde, TDB 1. Dişhekimliğinde Uzmanlık Kurultayı adıyla, TDB, Odalar, Dişhekimliği Fakülteleri'nin Dekanları, Bakanlık yetkilileri ve davetlilerin katılımıyla gerçekleştirilecek Meslek Sorunları Sempozyumu'nda Türk Dişhekimleri Birliği ve odaların çalışmaları ile mesleğimizdeki son gelişmeler değerlendirilecek. Meslek Sorunları Sempozyumu'nun ana konusu Dişhekimliğinde Uzmanlık. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile mesleğimize getirilen bu karmaşa ve dayatmaya, en geniş katılım ve çalışma platformunda çözüm önerileri getirilmeye çalışılacak.

Kayıtlar

DENTALYA 2003'e kayıt başvuruları hızla sürüyor. Bu yıl TDB kongrelerinin katılım rekoru kırılacağı umuluyor. Meslektaşlarımıza kolaylık sağlayabilmek amacıyla, 15 Nisan 2003 olan kongre erken kayıt tarihi ülkemizin ve dünyanın içinde bulunduğu koşullar nedeniyle 10 Mayıs 2003 tarihine uzatıldı. Kayıt yaptıran meslektaşlarımızın sayısı 20 Mayıs itibarıyla 2000'e ulaşmış durumda.

Posta ile sterilizasyon kontrolü (spor testi)



■ Prof.Dr. Güven Külekçi

Dişhekimliği uygulamalarında infeksiyon kontrolünün temelini sterilizasyon oluşturur. Sterilizasyonun başarısını da ancak düzenli olarak yapılan kontrollerle anlayabiliriz. Sterilizasyon kontrolü konusunda İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı tarafından yapılan ve yurt çapında hizmete sunulan Spor Testi ile ilgili olarak Prof.Dr. Güven Külekçi ile bir söyleşi yaptık.

TDBD: Sterilizasyon kontrolü ne demektir ?

Güven Külekçi: Kuru sıcak hava sterilizatörü ya da otoklav gibi sterilizasyon cihazlarında sterilizasyonun gerçekleşip gerçekleşmediğinin mekanik, kimyasal ve biyolojik kontrol ile düzenli olarak izlenmesidir. Mekanik kontrol cihazın doğru çalışıp çalışmadığını gösterir. Cihazın üzerindeki sıcaklık, basınç ve süre göstergelerinden ya da kaydedici özelliği olan cihazlarda bir çıktı alınarak izlenir. Kimyasal kontrol paketin üzerine ya da içine konulan ısıya duyarlı bantlar ya da sıvılardaki renk değişimine göre yapılır. Kimyasal kontrol, sterilizasyonun kanıtı sayılmaz. Sterilizasyonun kanıtı biyolojik kontrol yani spor testi ile elde edilir.

TDBD: Neden sterilizasyonun kontrolü gerekiyor?

G.K.: Hem CDC hem ADA, infeksiyon hastalıklarının bulaşmasına karşı hastalar ve çalışanların güvenliklerini sağlamak için sterilizasyon cihazlarının haftalık olarak biyolojik kontrollerinin yapılmasını önermektedir. Fakültemizin sterilizasyon cihazlarının biyolojik kontrollerini 10 yıldır aylık olarak yapmaktayız. Biliyorsunuz bizim memlekette haftalar çok hızlı geçiyor. Günümüzde dişhekimliği hastalarının infeksiyon kontrolü konusunda kaygılarını gidermek için dişhekimleri, sterilizasyonu başarıyla gerçekleştirdiğini kanıtlamalıdır. Bununla ilgili bir belgesi de olmalıdır. Dişhekiminin düzenli olarak sterilizasyonunu kontrol ettirdiğine ilişkin belgesinin olması, bir anlamda diğer infeksiyon kontrol işlemlerini de gereği gibi yaptığının belgesidir. Sterilizasyonun biyolojik kontrol belgesi as-

lında infeksiyon kontrolünün kalite kontrol belgesi olarak değerlendirilebilir.

Sterilizasyonun kanıtlanmasının çok önemseyemediğim bir başka yönü de spor testinin dişhekiminin kendi uygulamasına güvenmesine yarayacak olmasıdır. Böylece dişhekimliğinde gereksiz antibiyotik kullanılması azalacaktır; çünkü dişhekimliğinde antibiyotik kullanılmasının başlıca gereği fakültelerde bile yapılan sterilizasyona güvenilmemesidir.

İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız Mikrobiyolojisi Laboratuvarı'nın posta ile sterilizasyon kontrolü yapması, yurdumuzda dişhekimliği uygulamalarının bir anlamda kalite kontrolüne bir hizmettir.

TDBD: Ülkemize ilişkin sterilizasyon kontrolü konusunda çalışmalar var mı?

G.K.: Dişhekimliğinde sterilizasyon cihazlarında sterilizasyonun gerçekten başarılı olup başarısızlığında bilim dalmızda üç çalışma yapılmıştır. Bunlardan ilki 1994'de İDO ile dişhekimliği Tatyos Bebek'le birlikte, diğer ikisini de o zamanlar fakültemiz Öğrenci Araştırma Klübü öğrencilerinden olan Erman Aslantürk ve Erdem Güler ile 1995'de ve Işıl Akay, Meltem Atlıhan ve Esra Alpkılıç ile 1999'da gerçekleştirdik. Bu üç çalışmanın sonucu, dişhekimliğinde sterilizasyonun başarısızlık oranının yüksek olduğunu göstermiştir. İstanbul'da çalışan serbest dişhekimlerinin kuru sıcak hava sterilizatörlerinde başarısızlık oranı 1994 çalışmasına göre % 27 iken 1999'da %55'e dek yükselmiştir. Aynı oran 1995 yılında fakültemizde 174 teste % 4 iken habersiz yapılan 18 teste oran % 28'e yükselmiş; otoklav sterilizasyonunda ise %22 olarak saptanmıştır. 1999 yılındaki çalış-

AĞIZ MİKROBİYOLOJİSİ LABORATUVARI SPOR TESTİ İSTEK FORMU

İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı 34390, Çapa, İstanbul,
Tel: 0212. 414 25 95 / Faks: 0212 531 22 30 / e-posta: kulekciguven@yahoo.com

Dişhekiminin adı/soyadı :
Tel :
Faks :
E-mail :
Adresi :
Tarih :
Dişhekiminin imzası :

İletişim kurulacak kişinin adı/soyadı :

Sterilizasyon cihazı hakkında bilgi

Cihaz : Otoklav Kuru sıcak hava
 Kemiklav Etilen oksit
Marka :
Model :
Kaç yıldır kullanılmakta :

maya serbest dişhekimlerinde otoklavı olan salt 4 dişhekimini katılmıştı ve başarısızlık oranı yarı yarıya bulunmuştu. Bu oranları, yurt dışına ilişkin oranlarla karşılaştırdığımızda en yüksek başarısızlık oranı olarak 1992'de İspanya'da yaklaşık %27 oranını görüyoruz. Bizim 1994 çalışmamızdaki oranın aynısı; ancak İspanya'da bu oran 1993'de % 18'e ve 1994'de % 9'a düşmüştür. İngiltere'de 1998'de bildirilen bir çalışmada 191 otoklavda başarısızlık oranı % 2'dir.

TDBD: Sterilizasyon başarısızlığı nereden kaynaklanıyor?

G.K: Çalışmalar sterilizasyon başarısızlığının başlıca nedeninin insan kaynaklı olduğunu gösteriyor.

TDBD: Sterilizasyon başarısızlığı nasıl önenebilir?

G.K: Ülkemizde sterilizasyon başarısızlık oranının yüksek olması infeksiyon kontrolü konusunun, sürekli eğitim programında sürekli yer verilmesini gerektiriyor. Aslında gerçekten ülkemizde gerek dişhekimliği odaları olsun gerek birlik olsun bu konuya son derece duyarlı. Ancak bu konu, belki sürekli dişhekimliği eğitimi içinde daha farklı bir boyut ve düzende ele alınmalı. Örneğin dişhekimini yardımcı personelinin sürekli eğitimi de söz konusu olmalı. Sterilizasyon kontrolünün spor testi ile düzenli olarak yapılması sağlanmalı. Spor testi mutlaka infeksiyon kontrolünün bir parçası olmak zorundadır. Konunun aslında iki yönü var: Birincisi dişhekiminin kendisinin sorumlu olduğu muayenehanesi ya da dişhekimliği klinikleri; ikincisi steril edilerek satılan dişhekimliği malzemeleri. Geçtiğimiz yıl tanık olduğumuz bir durum bu konuda ne denli boşluk olduğunu göstermektedir. Her dişhekimisi gibi implant araç gereçlerinin ve malzemelerinin steril olarak satılan paketlerini kullanan bir dişhekimisi hastalarında o dönem birbiri ardına infeksiyon gelişmesi nedeniyle bu paketleri laboratuvarımıza getirerek incelenmesini istemiştir. Üzerinde steril olduğu

belirtilen paketlerin mikrobiyolojik inceleme sonucu, steril olmadıklarını göstermiştir. Bilindiği gibi böyle bir olay sağlık alanında hukuk kurallarının geçerli olduğu ülkelerde ciddi boyutta tazminatları gerektirir. Bizim için şimdilik hukuk yönünden bir korku olmasa da hastamıza zarar vermemek ve yaptığımız işte başarılı olmak için bir duyarlılık gerekiyor. Spor testinin kesinlikle uygulama alanlarından birisi implant malzemelerinin sterilizasyonudur. Özellikle hangi sterilizasyon cihazında yapılırsa yapılsın sterilizasyonun spor testi ile başarılı olduğu kanıtlanmadan sterilizasyon işlemi görmüş (steril!) implant malzemelerinin kullanılmaması gerekir.

TDBD: Sterilizasyonun biyolojik kontrolü nasıl yapılmaktadır?

G.K: "Spor testi" olarak da bilinen sterilizasyonun biyolojik kontrolü, ısıya dirençli zararsız bakteri sporlarının ölçülü miktarda emdirildiği kağıtları içeren "spor test zarfları" ile yapılmaktadır. Otoklav(basınçlı su buharı) ve kemiklav(basınçlı kimyasal buhar) sterilizasyonu için *Bacillus stearothermophilus*, kuru sıcak hava sterilizatörü ve etilen oksit sterilizasyonu için *Bacillus subtilis* sporları kullanılır.

TDBD: Spor Test Zarfları nasıl kullanılır?

G.K: Bir sterilizasyon cihazı için üç zarf gönderilir. İkisi sterilizasyon cihazının ortasına paketlerin arasına ya da içine konur ve her zamanki koşullarda sterilizasyon işlemi gerçekleştirilir. Birisi ise kontrol zarfı olarak sterilizasyon cihazına sokulmadan dışarda tutulur. Sterilizasyondan sonra sterilizasyon cihazına sokulan iki zarf ve sokulmayan üçüncü zarf birlikte posta ile İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Mikrobiyolojisi Laboratuvarı'na gönderilir. Spor test zarflarının laboratuvar işlemlerinden sonra sonuç sterilizasyon başarılı ya da başarısız olarak bildirilir. Sterilizasyon başarısını gösteren laboratuvar sonucu sterilizasyon cihazına sokulmayan zarfta üreme

olurken sokulan iki zarfta üreme olmamasıdır.

Sonuç başarısız çıktığında bunun olası nedenleri sıralanarak sorunun çözümü için yol gösterici olunur.

TDBD: Spor Testi ne zaman yapılmalıdır?

- G.K:** 1. Sterilizasyon cihazının uygun koşullarda kullanımı ve iş gördüğünü doğrulamak için her hafta ya da her ay
2. Yeni bir paketleme şekli ya da malzemesi kullanıldığında sterilizasyonun alet yüzeyine ulaştığından emin olmak için
3. Cihaza yeni bir yerleştirme yapıldığında sterilizasyonu kontrol etmek için
4. Yeni bir personel eğitimi sırasında ya da sonrasında cihazın uygun kullanıldığını doğrulamak için
5. Yeni bir cihaz alındığında kullanma klavuzuna uygun çalıştırılıp çalıştırılmadığını kontrol etmek için
6. Onarılan bir cihaz ise onarım sonrası uygun çalışıp çalışmadığını kontrol etmek için
7. İmplant edilecek her tür alet ya da malzemenin steril olduğundan emin olmak için

TDBD: Spor Testi için nereye başvurulur?

G.K: İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız Mikrobiyolojisi Laboratuvarı'na spor test istek formu doldurularak telefon (0212 414 25 95), faks (0212 531 22 30) ya da e-posta (kulekiguven@yahoo.com) yoluyla başvurularak istenir. Bu hizmet, salt İstanbul için değil tüm yurt geneline verilecektir. Spor Testinin fiyatı : Sterilizasyon cihazı başına fiyatı 11.000.000.- TL'dir. Tek cihaz için aylık olarak bir yıllık kontrol fiyatı 65.000.000.- TL; iki cihaz için 85.000.000.- TL'dir. Ödeme, İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Döner Sermaye Saymanlığı'nın banka hesap numarasına kredi kartı ile yapılır. Dişhekimisi kredi kartı bilgisini Ağız Mikrobiyolojisi Laboratuvarı SPOR Testi İstek Formuna yazarak faks ya da e-posta yoluyla göndermelidir.

KREDİ KARTI BİLGİLERİ

Kredi kartı türü : VİSA
 MASTER

Kart sahibinin adı soyadı :

Kredi kartı no : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Son kullanma tarihi : | | | | |

Ödenecek miktar :

Yazı ile :

Tarih :

İmza :



'Henüz umutlanmamızı sağlayacak bir gelişme yok'

Çin ve Tayvan'dan yola çıkıp son iki aydır dünyayı kasıp kavuran SARS hastalığı hakkında bilmediklerimizi Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Volkan Korten'e sorduk. Korten, Türkiye için ortaya çıkmış bir tehlike olmadığını ancak hastalığın çaresi konusunda henüz ciddi bir ilerleme olmadığını belirtiyor.

TDBD: SARS ismi neyi ifade ediyor?

Volkan Korten: SARS Şiddetli Akut Solunumyolu Sendromu olarak ifadelendirilen hastalığın kısaltması. Son yapılan çalışmalarda bunun korona virüs ailesinden bir virüsten kaynaklandığı tespit edildi. Korona virüsler; insanlarda genellikle nezle ve soğuk algınlığına yol açan virüsler arasındaydılar. Ama bu virüs şimdiye kadar insanlarda tespit edilenden çok daha farklı ve daha ağır seyreden bir virüs olarak ortaya çıktı.

TDBD: Çin'de ortaya çıkmış olmasının AIDS'in Afrika'da ortaya çıkması gibi yerel etkenlerle ilgili bir nedeni var mı?

Evet var, çünkü Çin birçok virüs hastalığı için başlangıç yeri oluyor. Özellikle zoonoz denilen hayvanlardan insanlara geçen virüs hastalıkları için bir başlangıç noktası. Bunun nedeni de özellikle Güney Çin'de insanlarla hayvanların kalabalık ortamlarda içiçe yaşamaları, bu virüslerin değişimini ve insana atlamalarını kolaylaştırıyor. Grip virüsünde bu sıklıkla oluyor ve birçok yeni grip virüsü o bölgede kaynaklanıyor. SARS'ın da benzer bir şekilde çıktığı düşünülüyor ve bu konuda çalışmalar devam ediyor. Yakın geçmişte bazı vahşi hayvanlarda SARS virusunun tespit edilmesi de bu görüşü destekliyor.

TDBD: Türkiye'de SARS vakası tespit edildi mi?

Hayır, Türkiye'de SARS vakası yok. Bunların hepsi söylenti. Hatta şüpheli vaka bile yok. Gerçek anlamda Dünya

Sağlık Teşkilatı'nın şüpheli vaka tanımına uyacak ve gözlem altına alınmış bir vaka söz konusu değil.

TDBD: Hastalığın ortaya çıkışı nasıl, ilk belirtiler neler?

Ashında SARS üç kademeli bir hastalık yapıyor. İlk önce ateş ortaya çıkıyor. Vakaların hemen hemen hepsinde ateş var. Öksürük, vakaların çok önemli bir kısmında var. Bir tür nefes darlığı veya solunum zorluğuyla ortaya çıkıyor. Bunun yanında kas ağrıları, ishal, baş ağrısı gibi diğer bulgular da görülebiliyor.

TDBD: SARS'ın öldürücülüğü ne düzeyde?

Hastalığın öldürücülüğü başlangıçta yüzde üçler, dörtler civarında olduğu düşünüldükten bu konuyla ilgili daha net bilgiler ortaya çıktı. Genel olarak %14-15 civarında bir öldürücülüğünden söz ediliyor ancak bu yaşa ve altta yatan hastalığa göre değişiyor. Çocukları mesela hiç öldürmüyor, genç erişkinlerde %5-6 civarındayken 45-60 yaş arasındaki insanlarda %15 civarında, 60 yaş üstünde ve özellikle altta yatan hastalığı olanlarda ise % 50'ye kadar varabiliyor ölüm oranı. O nedenle yaşla ve altta yatan hastalıkla yakın bir ilişki olduğunu söyleyebiliriz.

TDBD: Tek bir SARS hastalığından mı bahsediyoruz?

Onunla ilgili olarak da çok yakın bir dönemde bazı bilgiler edindik. Virüsün birbirine çok benzer iki tipi olduğu Singapur'da yapılan araştırmalarda ortaya çıktı. En azından iki değişik virüs olduğunu biliyoruz ama birbirine çok benziyorlar. Ve yine 14 değişik hastanın virüslerinin gen sekansları çıkarıldığında virüsün oldukça stabil kaldığı, ama iki farklı virüs olduğu şu anda biliniyor.

TDBD: Hastalık, sırasıyla insanda ne gibi değişikliklere yol açıyor?

Başlangıçta biraz önce bahsettiğim belirtiler başlıyor hastada. Birkaç gün sonra geçici bir iyilik safhası olabiliyor ve sekizinci, dokuzuncu günlerde hastalık tekrar alevlenme gösterebiliyor. Üçüncü haftasındaysa vakaların %15-20'si yoğun bakım, oksijen tedavisi gerektirebilecek kadar ağırlaşabiliyor. Yani üç bacaklı bir seyir izliyor hastalık.

TDBD: Hastalığı alt eden insanlar bir tedavi sonucunda mı başarıyorlar bunu?

Hayır. Genellikle bu hastalıktaki tedavi, destekleyici tedavi. Ancak hastalığın özellikle ikinci-üçüncü haftasında çıkan

değişikliklerin virüsten çok virüse karşı vücudun gösterdiği bağışıklık cevabının kişiye zarar vermesi sonucu ortaya çıktığı düşünülüyor. O nedenle bazı vakalarda steroid dediğimiz kortizonun kullanılmasının da faydalı olabileceği düşünülüyor ve birçok hastada da kullanılıyor. Hasarın bir kısmı vücudun mikroba karşı yaptığı reaksiyondan oluşabiliyor. Özellikle, daha geç dönemde olanlar.

TDBD: Peki sadece solunum yoluyla mı bulaşıyor?

Hayır. Bulaşma, genellikle damlacık yolu dediğimiz yani öksürme, hapşırma ile büyük damlacıkların etrafa saçılması yolu ile virusun ya solunum yoluyla alınması ya da çevredeki cisimlerin üstünde kalması ve oradan temas edilmesiyle geçiyor. Ancak havada uzun mesafelere gitmesinin vakaların çok az kısmında söz konusu olabileceği hala düşünülüyor. Bir de dışkıda çıkıyor. Dışkı yoluyla bulaşıp bulaşmadığı kesin değil. Ancak Hong Kong'da bir apartmanda kanalizasyon sistemindeki bazı problemler nedeniyle oradan muhtemelen havalandırma sistemine geçtiği ve çok sayıda insanın enfekte olduğu ortaya çıkmış durumda. Dışkıda uzun günler yaşayabildiği için bu durum çok riskli ama henüz net bir şekilde dışkı yoluyla bulaştığı gösterilmiş değil.

TDBD: Dış ortamlarda ne kadar süre yaşıyor?

Farklı yerlerde, farklı sürelerde yaşıyor. Genellikle bir iki gün diyebiliriz. Örneğin, plastik cisimlerin üstünde üç güne kadar yaşayabildiğini biliyoruz. Dışkıda ortam biraz daha alkali olduğu için dört gün civarında canlı kalabiliyor. Isıdan etkileniyor. Normal cisimler üstünde 12-48 saat arasında yaşayabildiği yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konmuş durumda.

TDBD: Vakaların ortaya çıktığı ülkelerle diğer ülkeler arasında yeterli bilgi akışı sağlanabiliyor mu?

Tabii. İnternetin bu ortamda çok fazla faydası oldu. Birçok ülke kendi deneyimlerini hızlı bir şekilde internet ortamına taşıdı. Bazı dergiler bunları ücretsiz olarak ve internet ortamında hızlı bir şekilde yayımladılar. Bu nedenle herkesin hemen vaka serilerinden haberdar olması sağlandı. İnternet bu konuda çok büyük bir görev üstlendi.

TDBD: Türkiye'de de bazı tedbirler alındı. Siz bu tedbirleri yeterli buluyor musunuz?



'Bulaşma, genellikle damlacık yol dediğimiz öksürme, hapşırma ile büyük damlacıkların etrafa saçılması sonucu ya solunum yoluyla alınması ya da çevredeki cisimlerin üstünde kalması ve oradan temas edilmesiyle oluyor. Ancak havada uzun mesafelere gitmesinin vakaların çok az kısmında söz konusu olabileceği düşünülüyor.'

Vaka çıkmadan bunu söylemek mümkün değil fakat Sağlık Bakanlığı hakikaten bazı hazırlıklar yaptı. Öncelikle gelen yolcuların karşılanması ile ilgili oldukça yeterli önlemler alındı. Bu kişilere bir form dağıtılıyor. İngilizce, Türkçe, bazen Çince. Sağlık Bakanlığı'na bağlı birkaç hastane bu vakalar için pilot hastane olarak belirlendi. Şüpheli vaka çıktığı taktirde, 112'den temin edilecek özel ambulanslarla hızla o hastanelere sevki öneriliyor. İstanbul'da pilot hastane Haseki Hastanesi. Ancak kapasite aşıldığı taktirde yine Sağlık Bakanlığı'nın bu konuyla ilgili planları var. Vaka sayısı eğer çoğalırsa onların tek bir hastanede, özel bir ekip tarafından bakılması yani bir karantina hastanesinde izlenmesi yapılabilecek en doğru iş.

TDBD: Dişhekimleri gibi hastayla oldukça yakın temas içerisinde olan meslek grupları için nasıl bir tehlike söz konusu?

Tabii burada aerosol oluşturulan işlemler önemli. Ancak bulaşma tehlikesinin olması için kişinin öncelikle hasta olması gerekiyor. Şu ana kadar yapılan çalışmalar, semptomlar yokken kişilerin bulaştırıcı olduğunu düşündürmüyor yani kişinin ateşi, öksürüğü vs. yokken SARS virüsünü taşısa bile bulaştırıcı olduğu pek düşünülüyor. Kişinin bulaştırıcı

olabilmesi için hasta olması lazım. Ama o bölgelerden gelen ve 10 gün içinde ateş, öksürük ve nefes almada güçlük çeken her kişinin mutlaka ve mutlaka gözlem altına, izolasyon altına alınması gerekiyor. İleride eğer vaka çıkar ve temas edenlerin sayıları artarsa, o zaman dişhekimlerinin de yaptıkları bazı işlemler nedeni ile (aerosol oluşma olasılığı yüksek olduğu için) özel önlemler alması gerekir.

TDBD: Kısa süre içerisinde bir çok bilgi edinilebilmesi hastalığın kısa zamanda çaresinin bulunacağını dair bir umut doğuruyor mu?

Hayır öyle bir umut doğurmuyor. Virüsün oldukça az değişime uğradığının tespit edilmesi, eğer etkili bir aşı geliştirilebilirse önemli. Ama aşı için epey daha zamana ihtiyaç var. Yine virüsün gen düzeninin çıkarılması, özellikle bunun hücrelere tutunduğu bir protein var, onu engellemeye yönelik bazı ilaçların geliştirebileceği veya varolan bazı ilaçların o amaçla kullanılabileceğini düşündürüyor. Ama dediğim gibi şu anda henüz özgül tedavisi için bir yöntem yok. Şu anda sadece destekleyici tedavi ve bazı vakalarda daha önce söz ettiğim gibi kortizon tedavisi dışında pek fazla yapacak bir şey yok.



SARS'ın hızla yayılması üzerine Dünya Sağlık Örgütü WHO, diğer ülkelerdeki sağlık kamuoyunu bilgilendirmek üzere internet sitesinden son gelişmeleri ve hastalığın yayılım seyrini günbegün dünya kamuoyuna ilettiler. Üstte 29 Mayıs tarihli yayılma haritaları görülmüştür.

Dişhekiminin tedavi sözleşmesinden doğan sorumluluğu

■ Gürkan Sert*
■ Şefik Görkey**

Giriş

İnsanın vücut bütünlüğüne yönelik her türlü müdahale yasalarla engellenmiştir. Ancak yasalarda belirlenen şartlar çerçevesinde, hekimler kişinin vücut bütünlüğüne yönelik müdahalelerde (tıbbi müdahaleler) bulunabilmektedir. Tıbbi müdahale: "Tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi tarafından (hekim) doğrudan ya da dolaylı tedavi amacıyla gerçekleştirilen her türlü faaliyet" şeklinde tanımlanabilir.

Tanımdan da anlaşıldığı gibi müdahalenin bir hekim tarafından gerçekleştirilmesi ve müdahalenin doğrudan ya da dolaylı tedaviyi amaçlaması tıbbi müdahalenin temel unsurlarıdır.

Tıbbi müdahalede bulunan hekimin yasa, tüzük, ve yönetmeliklerde bulunan kurallara ve hasta ile arasındaki sözleşmeye uygun davranması gerekir. Bunlara uygun davranmaması halinde hekimin cezai ve hukuki sorumluluğu ortaya çıkar.

Hekimin hukuki sorumluluğunun söz konusu olduğu durumlarda hekim genellikle sözleşmeden doğan sorumluluklar çerçevesinde sorumlu tutulur. Hukukta hekim ile hasta arasında bir sözleşmenin (tedavi sözleşmesi) var olduğu kabul edilir ve hekim bu sözleşme çerçevesinde sorumlu tutulur.

I. Tedavi sözleşmesi ve özellikleri

Hekim sorumluluğunun söz konusu olduğu olayların çoğunda hekim ile hasta arasında bir sözleşme ilişkisinin varlığı görülür. Acil haller dışında hekim, hasta ile arasındaki bir sözleşmeye dayanarak müdahalede bulunur. "Tedavi sözleşmesi" veya "hekimlik sözleşmesi" olarak adlandırılan bu sözleşme ile hekim tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü şartlara bağlı kalarak gerekli teşhisi koymak ve konulan teşhise en uygun tedavi yöntemini uygulamak yükümlülüğü altına girer. Buradaki amaç hastanın isteğine ve yararına uygun olarak hastanın sağlığına kavuşmasını temin için gereken faaliyetlerin yapılmasıdır. Hasta da hekime ücret ödeme borcu altına girer.

Tedavi sözleşmesindeki bu içerik Türk Borçlar Kanunu'nun (BK) 386. Maddesindeki vekalet sözleşmesi tanımlarına uymaktadır.

Tedavi sözleşmesinin konusunun kişilik haklarından olan "beden bütünlüğü" ve "sağlık" olması nedeni ile hekimin müdahalesi sırasında telafi edilemeyecek bir zarar oluşabilir. Bu nedenle hekimin göstereceği "özen" en üst düzeyde olmalıdır.

Tedavi sözleşmesinde önemli olan bir diğer konu da genelde hastanın hekime göre sözleşmenin konusu ile ilgili daha az bilgi sahibi olmasıdır. Bu da hastayı hekimin karşısında daha zayıf bir konuma getirmektedir. Bu nedenle tedavi sözleşmesinde öne çıkması gereken bir diğer unsur da "güven" unsurudur.

Ayrıca tedavi (hekimlik) sözleşmesinde hekimin tedavinin sonucunun garanti etmesi söz konusu değildir. Aşağıda da değineceğimiz gibi hastanın tedavisinin sonucu hekimin faaliyetlerinin ve yeteneğinin yanında başka bir çok dış belirleyici etkenlere bağlıdır.

Hekim belli bir zaman şartına bağlı değildir. Hekim hastaya göre bağımsız olarak borcunu yerine getirir. Başka bir deyişle hekimin iş gücünü tamamen hastanın emrine tahsisi ve hastanın tali-

matlarına uyması söz konusu değildir.

II. Tedavi sözleşmesinde hekiminin borçları

a) Hekimin iş görme borcu:

Tedavi sözleşmesi ile hekim, hastaya karşı bir işi yapma borcu altına girmiştir. Yukarıda da belirttiğimiz gibi bu borç hastanın sağlığına kavuşması için tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslar çerçevesinde özenle faaliyette bulunmaktır. İşte hekim bu faaliyetlerde bulunarak iş görme borcunu yerine getirir.

Hekimin iş görme borcundaki ana faaliyeti olan tedaviyi, tanının konması ve tanıya uygun tedavinin uygulanması olarak ikiye ayırmak mümkündür. Bu iki yükümlülük yerine getirilirken hekimin meslek kurallarından ve Borçlar Kanunu'ndan doğan bir çok yükümlülüğü ortaya çıkmaktadır:

aa) Tanı koymak

Uygun bir tedavi yönteminin seçilip uygulanabilmesi için gerekli olan tanının konması tedavinin başarılı ya da başarısız olması açısından önemlidir.

Hekimin doğru tanının konmasını sağlayacak gerekli tüm verileri (laboratuvar tahlilleri, röntgen filmi çekirmek, hastayı muayene etmek, hastanın öyküsünü almak gibi) elde edip bunların çerçevesinde uygun tanıyı koyması gerekir. Dişhekimleri Deontoloji Tüzük Taslağı'nın 10. maddesinin b bendinde "dişhekimisi hastasının tedavisine başlamadan önce mutlaka anamnez almalı ve fizik muayene yapılmalıdır." denerek dişhekiminin tanı koyarken yapması gereken bazı faaliyetler (anamnez alma; fiziki muayene yapma) özellikle belirtilmiştir.

Gerekli işlemlerin özenle yapılmasından sonra konan yanlış tanıdan dolayı hekim sorumlu olmaz. Buna karşılık hekim gerekli verileri elde etmeden veya verileri tıp biliminin gerektirdiği şekilde incelemeyen tanı koyarsa, sorumlu tutulabilir.

bb) Tedavi Yöntemini Seçme ve Uygulama

Hekim tedavi yöntemini seçerken hastaya en çok yararı olacak ve en az zararı verecek yöntemi uygulamak zorundadır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 6.ve10.maddelerinde tedavi yönteminin seçilmesi ve uygulanması ile ilgili hükümler yer alır. Madde 6 " Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder."

Seçilen tedavi yöntemi uygulanırken hastanın zarara uğramasını önleyecek tüm tedbirlerin (steril malzemenin kullanılıp kullanılmadığının kontrolü gibi) alınması gerekir. Tedavinin uygulanması sırasında gerekli tüm önlemleri alan hekim tedavinin başarısızlığından dolayı sorumlu tutulmaz.

Hekimin tedavi faaliyeti sırasında uygulanması gereken kurallardan biri de faaliyetlerini özenli yürütmesidir (B.K. 390/1, 390/2, 321). Hekim tedavi sözleşmesinde hastanın iyileşmesi için yaptığı faaliyetin özenle ifa edilmemesinden sorumludur. O halde hekim, tedavi ile amaçlanan sonuca ulaşmak için gerekli girişim ve faaliyetlerde bulunmalı, iyi sonucu engelleyecek davranışlardan kaçınmalıdır. Tedavi sözleşmesinde hekimin tedavi sürecindeki girişimleri bizzat kendisinin gerçekleştirmesi gerekir.

b) Hekimin sadakat borcu:

Hekimin tedavi sürecinde ve sonrasında kendisine duyulan güvene uygun olarak hastanın yararını tedavi sözleşmesindeki amacın çerçevesinde koruması gerekir. Hastaya düzenli olarak hastalığı ile ilgili doğru bilgilerin verilmesi, sırrının saklanması gibi yükümlülükler hekimin sadakat borcunun sonuçlarıdır. Sadakat borcu tedavinin sürecinin sona ermesinden sonra da devam etmesi gereken bir borçtur. Dişhekimleri Deontoloji Tüzüğü Taslağı'nın 8. maddesinde güven ve sadakat borcunun bir sonucu olan sır saklama borcunun hekim ile hasta arasındaki sözleşmenin sona ermesinden sonra da devam etmesi gereği özellikle belirtilmektedir.

Yine sadakat borcunun bir sonucu olarak hekimin hastanın çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutması gerekir. Hekim ile hasta arasındaki tedavi sözleşmesinin konusu hastanın beden bütünlüğü ve sağlığı gibi üstün kişilik değerleri ile ilgili olduğu için hekimin çı-

karları ile hastanın çıkarları çatıştığı zaman; sadakat borcunun gereği olarak hekim kendi çıkarlarından fedakarlıkta bulunabilmelidir. Özellikle parasal çıkarların çatıştığı hallerde hekim hastanın lehine olan koşullarda çözüm bulmalıdır.

Hekim tedavi faaliyeti sırasında öğrendiği hastaya ait sırları açıklamamakla yükümlüdür. Bunun dışında özellikle mesleklerine yönelik iş gören vekiller için (hekim, avukat gibi) sır saklama yükümlülüğü kamu hukukundan doğan bir zorunluluktur (Türk Ceza Kanunu m.198). Ayrıca Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 4. Madde'si de hekimlerin meslek ve sanatlarının icrası sırasında öğrendikleri sırları açıklamayı yasaklamıştır. dişhekimleri Deontoloji Tüzük Taslağı, hekimlerin sır saklama yükümlülüğünü Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nden farklı olarak ayrı bir başlık altında ele almış ve daha ayrıntılı düzenlemiştir (m.8).

III. Dişhekiminin hukuki açıdan farklı özellik taşıyan müdahaleleri

Hekim ve dişhekimlerinin bazı girişimlerini, vekalet sözleşmesi çerçevesinde değerlendirebilmek zordur. Özellikle estetik ameliyatlara ile dişhekiminin yalnızca protez veya kron-köprü yapımını üstlendiği tedavi sözleşmelerinin hukuki niteliği ile ilgili farklı görüşler ileri sürülür. Hukuk doktrininde genel olarak, dişhekiminin protez veya kron-köprü yapımını borçlandığı sözleşmeler istisna sözleşmesi (B.K. 355) olarak nitelendirilmektedir. İstisna akdinin temel özelliklerine bakıldığında; istisna sözleşmesinin, hekime vekalet sözleşmesinden farklı borç ve sorumluluklar yüklediği görülür.

İstisna sözleşmesinde önemli olan; çalışmanın (iş görme faaliyetinin) kendisinden çok bu çalışmada ortaya çıkan ve objektif olarak gözlemlenmesi mümkün bir sonuçtur.

Dişhekiminin yalnızca protez veya kron-köprü yapımını üstlendiği sözleşmeler istisna sözleşmesi olarak nitelendirilirse hekimin sonucu garanti etme yükümlülüğü doğar. Ancak burada garanti edilen nedir? Hekim hastanın ağız anatomisine ve tıp biliminin öngördüğü esaslara uygun bir protez veya kron-köprüyü hastaya teslim ettiğinde bu sözleşmeden doğan borcunu yerine getirmiş olacak mıdır? Yoksa gereken özellik ve ölçüleri taşımasına rağmen hastanın memnun kalmadığı ve kendisini rahat hissetmediği eserden dolayı

hasta, hekimin borcunu yerine getirmediğini iddia edebilecek midir? Hekimin hasta ile arasındaki anlaşmaya uygun nitelikte ve dişhekimliği mesleğinin gerektirdiği özen ve beceri ile hazırlanmış bir protez veya kron-köprü ile bu sözleşmedeki borcunun bu kısmını yerine getirmiş olacağı düşüncesindeyiz. Bu sözleşmenin ancak bu kısmı garanti edilebilir ve istisna sözleşmesine dahil edilebilir. Protezin hastaya tesliminden sonra hastanın daha iyi olacağı ağız ve diş sağlığı ile ilgili bir probleminin kalmayacağı garanti edilemeyeceğinden girişimlerin bu kısmının istisna sözleşmesine dahil edilmesi mümkün değildir.

Ülkemizde bu bağlamda hukuki problem olarak hukuka yansıyan bir vaka ile ilgili olarak Yargıtay 15. Hukuk Dairesi 20.12.1977 tarihli 2167 esas ve 2307 karar sayılı kararında ; diş protezi yapımı sözleşmesinin bir istisna sözleşmesi olduğunu belirtmiştir. Kararda diş protezi yapımında hekimin sorumluluğu, belirlenirken sadece protezin yapımında kullanılan malzeme ve teknik göz önünde bulundurulmuştur.

Dişhekiminin protez veya kron-köprü yapımının yanında diş ve diş etlerinin tedavisini de borçlandığı sözleşmelere istisna ve vekalet sözleşmelerine ilişkin hükümlerinin birlikte uygulanması gereğini savunan fikirler vardır. Bunun yanı sıra protez ve benzeri eserlerin yapılmasındaki teknik boyutun tedaviyi amaçlayan bir vekalet sözleşmesini açacağını ileri sürerek bunun istisna sözleşmesi olduğunu savunan fikirler de bulunur. Bir diğer fikir ise protez yapımı gibi işlemlerin, tedavideki amaç olmadığı tedavinin bir aracı olduğunu ileri sürerek bu gibi sözleşmelerin vekalet sözleşmesi olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunur.

Sonuç

Dişhekiminin, hekim sorumluluğu çerçevesinde sorumluluğu vardır. Ancak diş protezi hazırlanması ve diş teknisyenleri ile beraber çalışmalarında dişhekimine ek sorumluluklar da yükler. Bu yükümlülük dişhekimliği deontolojisine özgü bir yükümlülük olup, dişhekimliği alanındaki tartışmalar ardından yeni yasal düzenlemelerle daha da zenginleştirilmelidir.

* Arş.Gör., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji A.D.

* Prof.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji A.D.

Aklımıza takılanlar

■ Derleyen **Behzat Özbozdağ***

Dişlerde ortaya çıkan "Renklenmeler"in nedenleri nelerdir?

1- Özen gösterilmeden yapılan, özellikle ful kron ve sınıf V tipi kavite preparasyonlarında pulpa içinde kanamalar ortaya çıkmaktadır.

2- Kanal tedavisi sırasında yapılan hatalar;

a) Giriş kavitelesinin yetersiz açılması, pulpa boynuzlarında pulpa dokusunun kalması,

b) Pulpektomiden sonra kanamanın durmaması, kanın kronun dentin kanallarında birikmesi,

c) Kanal içinde dezenfektan veya benzeri amaçla, içeriğinde tetrasiklin, gümüş nitrat, konsantre iyodoforların bulunduğu solusyonların kullanımı,

d) Kanal dolgu maddelerinin kökünü kuron ağzından taşarak pulpa odasının duvarlarına bulaşması. Özellikle içinde gümüş bulduran patlar veya gümüş konların pulpa duvarlarına bulaşması geri dönüşü zor renklenmelere yol açar. Bu nedenle kanallar doldurulduktan sonra, pulpa odası ilaç ve dolgu atıklarından tamamen temizlenmeli, kanalların kron ağızları mikro sızıntıyı önlemek amacıyla uygun bir dolgu maddeyle, örneğin cam iyonomerle kapatılmalıdır.

Intrakoronel Beyazlatma yapılırken nelere dikkat edilmelidir?

1- Beyazlatıcı ajanların dokuya sızma ve iritan özellikleri olduğundan, kanal ağızları sızdırmaz biçimde kapatılmalıdır. Yetersiz gördüğünüz kanal tedavileri mutlaka yenilenmelidir.

2- Dişte kenar sızıntısı gösteren dolgular veya benzer restorasyonlar sökülmeli ve yenilenmelidir.

3- Pulpa tavanında pulpa dokusunun kalmadığından emin olunuz.

4- Renklenmenin yoğun olduğu dentin tabakalarından mümkün olduğunca fazla doku kaldırın.

5- Kök kanal dolgusu pulpa odasına

taşmamalı, kanal dolgusunun kron ağızındaki seviyesi dişeti kenarının altında olmalıdır.

6- Beyazlatıcı ajanı yerleştirdikten sonra, kaviteyi sızdırmaz bir dolgu maddeyle kapatın, Cavit veya benzeri maddeleri kesinlikle kullanmayın.

7- Çalışma sırasında beyazlatıcı ajanın çevre dokulara zarar vermemesi için rubber dam kullanımı idealdir. Ancak rubber dam kullanımı pratik yaşamda henüz yaygınlaşmadığından, çalışmaya başlamadan önce komşu dişeti dokularının üzerine vazelin sürülmesi bir ölçüde koruyuculuk sağlayacaktır.

Post-core yapımında klinik uygulamalar hangi sırayla yapılmalıdır?

1- Kanal tedavisi tamamlanır,

2- Post yuvası açılır. Post yuvasının boyunun kök yüzeyindeki kemik desteğinin yarısı kadar olması önerilmektedir. Post yuvasının çapı, kullanılacak postun içini dolduracağı genişlikte olmalıdır,

3- Seçtiğiniz postu yuvasına yerleştirin, planladığınız core yapısına göre fazla olan uzantısını kesin,

4- Postun rotasyonunu önlemek için kök yüzeyine pim yerleştirin veya rotasyonu engelleyecek preparasyonlar yapın,

5- Kök çeperini saracak bir bakır ano seçin veya hazırlayın. Anonun boyu hazırlanacak core yapısından 1mm yüksek tutulur.

6- Eğer resin yapıştırıcı kullanacaksanız, resin simanı firmanın önerdiği şekilde post yuvasına ve kök yüzeyine uygulayın. Üzerine resin yapıştırıcı sürülmüş postu yuvasına yerleştirin, fazlalık resin yapıştırıcı kök yüzeyine taşar,

7- Resin yapıştırıcı donma reaksiyonuna başlamadan, uygun gördüğünüz bir kompozitle core yapısını oluşturun.

8- Core yapımı tamamlandıktan sonra, ano çıkarılır ve core yapısına preparasyonla istenilen şekil verilir.

Overdenture Protezlerin yararları nelerdir?

Overdenture protezler, hastanın destek olarak seçilen doğal dişleri veya kökleri üzerine yapılan hareketli protezlerdir. Hastanın doğal dişleri ve köklerinin ağızda kalmasının sağladığı yararları şöyle özetleyebiliriz;

1- Yapılan proteze destek sağlamak,

2- Protezin tutuculuğuna katkıda bulunmak,

3- Alveol kemik rezorbsiyonlarını en az seviyede tutmak.

Özellikle alt çene dişlerinin çekimlerinden sonra hızlı kemik rezorbsiyonları görülmektedir. Total protezlerin yapımında rezorbe kretler hem hastayı hem de hekimi sıkıntıya sokmaktadır. Kemik rezorbsiyonları hakkında yapılan bir çalışmada ortaya çıkan sonuçlar, overdenture protezlerin yararları konusunda olumlu sonuçlar vermiştir.

Ağızlarında doğal dişleri bulunan erkek hastalar iki gruba ayrılmışlardır. Gruplardan birine üst total alt overdenture protezi uygulandı. Alt overdenture protezi için bu hastaların alt kanin dişlerinin kökleri destek olarak kullanıldı. İkinci grup hastalara klasik alt üst total protezler yapıldı.

Beş yıllık bir dönem içinde vertikal planda kemik kayıplarını değerlendirmek üzere sefalometrik radyogramlar alındı. Overdenture protezi kullananlarda mandibulanın ön bölgesinde ortalama 0,6 mm'lik bir kemik rezorbsiyonu görüldü. Oysa klasik alt üst total protez kullananlarda aynı bölgedeki kemik rezorbsiyonu ortalama 5,2 mm olarak bulunmuştur.

Maksiller bölgedeki rezorbsiyonlarda her iki grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Bu sonuçlar doğal dişlerin veya köklerin alveol kemiğini ve yakın çevresini koruduğunu göstermektedir. Hem hastanın rahatını sağlamak hem de hekimin stresini azaltmak için overdenture uygulamalarının yaygınlaşması gerekmektedir.

* Dişhekimisi

Dişlerin bilinçli replantasyonu

- Doğan Dolanmaz*
- Alper Pampu**
- Zübeyde Özgür***
- Abdülkadir Şengün****
- Adnan Öztürk*****

ÖZET

Bu çalışmanın amacı dişlerin bilinçli replantasyonunun güvenilirliğinin ve etkinliğinin araştırılmasıdır. Çalışmaya 22 hasta dahil edildi. Hastaların yaşları 19 ve 63 (ortalama 31.5) arasındaydı. Replante edilen dişler üç premolar ve 20 molardı. Uygulama yapılacak olan dişlerin periodontal durumu preoperatif klinik ve radyolojik yönden standart olarak değerlendirildi. Çekimler olabildiğince atravmatik olarak yapıldı, kök apeksleri kesildi ve retrograd amalgam dolgular yapıldı. Periapikal bir lezyon olduğu durumlarda küretaj yapıldı. Serum fizyolojik ile yaranın iyice ırrige edilmesinin ardından dişler tekrar soketine yerleştirildi. Stabilite yeterli olmadığı durumlarda replante edilen dişler bir hafta süreyle yarı rijit biçimde tespit edildi. Postoperatif birinci, üçüncü ve altıncı ay ile bir yıl sonunda yine standart periapikal radyograflar alındı ve periodontal durum değerlendirildi. İki dişte postoperatif dönemde periodontal apse meydana geldi fakat bu dişler cerrahi ve medikal tedaviye iyi cevap verdi. Kök rezorpsiyonu ve geçmeyen ağrı nedeniyle iki diş çekildi. Diğer tüm dişlerde iyileşme sorunsuzdu ve erken dönem başarı kriterlerini karşıladı. Bu erken dönem sonuçlara göre klasik endodontik tekniklerle tedavi edilemeyen dişler için bilinçli replantasyon güvenilir ve etkili bir tedavi alternatifini olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli Replantasyon, Operasyon Süresi, Periodontal Ligaman Yapışıklığı

Giriş

Klasik endodontik tedavi hem anterior hem de posterior dişlerde başarı oranı yüksek olan bir uygulamadır. Her ne kadar doğru teşhis konulmuş olup yöntem beceri ile uygulanmış olsa bile, küçük bir başarısızlık oranı vardır⁽¹⁾. Bu oran, periapikal cerrahi uygulanabilen anterior dişlerde daha da azaltılabilir. Bilinçli replantasyon, bir dişin amaçlı olarak çekilmesi ve foramen apikalenin tıkanmasından sonra en kısa sürede tekrar soket içerisine yerleştirilmesi işlemidir⁽²⁾. Bilinçli replantasyon genellikle son çare olarak uygulanan, endodontik tedavi yapılamadığı ya da başarısız olduğunda, apikal rezeksiyon uygulanması mümkün olmayan ya da muhtemelen başarısız ve etkilenmiş dişin çekilmesi ile sonuçlanacağı durumlarda uygulanan bir tekniktir^(3,4).

Bilinçli replantasyonun endikasyonları şu şekilde sınıflandırılabilir;

1. Anatomik Faktörler
 - Mandibular molar dişlerin inferior alveolar kanala yakın olması
 - Mandibular posterior bölgede bukkal kortikal kemiğin kalın olması
 - Maksiller molar bazen de premolar diş köklerinin sinüse yakın yada sinüsle ilişkili olması
2. Cerrahi girişin yeterli olmadığı durumlar
 - Sığ bukkal vestibül derinliği
 - Yetersiz ağız açıklığı
 - İnterproksimal kök perforasyonu
3. Periodontal desteğin %50 ya da daha fazla oranda kaybolmuş olması
4. Kök uzunluğunun kısa olması
5. Maksiller ve mandibular dişlerin köklerinin diverjan olması, apeksifikasyonunu tam olarak tamamlamamış diş-

ler

6. Endodontik tedavi sırasında kök kanalında alet kırılması ya da kök kanalının tıkalı olması

7. Yanlışlıkla çekilen dişler Kontrendikasyonları ise;

1. Hastanın genel durumunun uygun olmaması
2. Hasta kooperasyonunun ve yeterli ağız hijyeninin sağlanamadığı durumlar
3. Aşırı derecede eğri kökler
4. Periodontal durumun genel olarak yetersiz olduğu hastalar. Bununla birlikte, ilerlemiş periodontal harabiyeti bulunan ve başka tedavi seçeneği kalmayan dişlere de replantasyon uygulanabileceğini söyleyen otörler de mevcuttur⁽⁵⁾.

Hastalar ve Yöntem

Bu çalışmaya yaşları 19 ile 63 (ortalama 51.5) arasında değişen 13 bayan ve 9 erkek olmak üzere toplam 22 hasta dahil edildi (Tablo 1). Hastaların hepsi sistemik olarak sağlıklıydı ve operasyona engel bir durumları yoktu. Uygulama yapılan olgular, endodontik tedavi sırasında kanallara girilememesi (n=7), kanal tedavisi yapılmasına rağmen şikayetlerin geçmemesi (n=6), kanal tedavisi sırasında kök perforasyonunun meydana gelmesi (n=9), eksik kanal tedavisi yapılmasına bağlı olarak şikayetlerin geçmemesi (n=3) ve kanal tedavisi sırasında kök kanalında alet kırılması (n=1) sebepleriyle endodontistleri tarafından kliniğimize gönderilen hastalardı. Yöntemin seçilmesine yol açan diğer faktörler, maksiller sinüse yakınlık ve palatinal kökte enfeksiyon varlığı (n=15), kalın mandibular korteks olması ve alveolar kanala yakınlığı

Dişler	1. Molar	2. Molar	1. Premolar	2. Premolar
Maksilla	8	3	2	2
Mandibula	6	1	-	-

Tablo 1. Dişlerin Dağılımı

(n=7). Hastalara uygulama sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar anlatıldı ve onayları alındı.

İşlemin yapılması planlanan dişler operasyon öncesinde periodontal sağlıkları yönünden değerlendirildi. Bu değerlendirme sondlama cep derinliği, gingival indeks (Løe & Sillnes), mobilite, plak indeksi, ataçman seviyesi ve alveolar kemik seviyesinin belirlenmesini içermekteydi. Sondlama cep derinliği ve ataçman seviyesi ölçümleri Williams periodontal sondu ile dişlerin 6 noktasından (meziobukkal, midbukkal, distobukkal, meziolingual-palatal, midlingual-palatal, distolingual-palatal) yapıldı. Ölçümlerde ataçman düzeyi hastalar için özel olarak hazırlanan akrilik stentlerdeki noktalardan relatif olarak belirlenerek milimetrik olarak kaydedildi. Alveolar kemik kaybını belirlemek için paralel teknikte çekilen periapikal radyograflar kullanıldı. Ölçümde kullanılacak tekrarlanabilir paralel teknikte elde edilen standart dental radyograflar bir aparey (Kentzler-Koschner, Dental GmbH, Mühlgraben, Germany) yardımıyla elde edildi. İlgili diş için film tutucu ve ısırma blokları hazırlanarak geometrik standardizasyon sağlandı. Film tutucu ve kona bağlanan parça rijit ara bağlantı ile birleştirilerek ışınların objeye dik gelmesi sağlandı.

İşlemler lokal anestezi altında yapıldı. Periodontal ligaman, bukkal ve lingual yada palatal korteks ve interradyokular septuma gelen zararın minimal olması için çekimler olabildiğince atravmatik olarak gerçekleştirildi (Resim 1). Çekimlerin ardından dişler üzerindeki granülasyon dokuları temizlendi. Serum fizyolojik irrigasyonu altında ince bir fissür frez kullanılarak kök ucu rezeksiyonları ve bunu takiben rond frez yardımıyla retrograd dolgu için kaviteler açıldı. Gümüş amalgam kullanılarak retrograd dolgular yapıldı (Resim 2). Dişler amalgam sertleşinceye kadar serum fizyolojik ile ıslatılmış steril gazlı beze sarılı olarak bekletildi. Bu işlemler sırasında sağlıklı kök yüzeyinde mevcut periodontal yapıların hasarını engellemek için bu bölgelere temas edilmemesine dikkat edildi. Periapikal lezyon olan dişler soketin lateral yüzeylerine dokunulmadan dikkatlice kürete edildi ve sonrasında çekim soketleri serum fizyolojik ile yıkandı. Bu işlemin ardından dişler soketlerine geri yerleştirildi. İşlem tamamlandıktan sonra primer stabilizasyonunun yeterli olmadığı düşünülen 6 dişe kompozitle birlikte

güçlendirilmiş fiber kullanılarak kısmen harekete izin veren tespit yapıldı. Diğer dişlerde primer stabilite yeterli olduğu için bu uygulamaya gerek görülmedi. Oklüzyon kontrolü yapıldıktan sonra gerekli görülen dişlere travmadan korumak için hafif müllemeler yapıldı. Tüm hastalara postoperatif olarak antibiyotik, nonsteroid antiinflamatuvar ve ağız gargarasından oluşan reçeteler kullanıldı. Hastalara uygulama yapılan dişleri 1 hafta süre ile kullanmamaları daha sonraki dönemde hafif çignemeler için kullanmaları önerildi. Cerrahi sırasında herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği ve dişlerin ağız dışında kalma süreleri kaydedildi. Postoperatif dönemde hastalar başlangıç değerlendirmeleri tekrarlanmak suretiyle 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 1. yıl olmak üzere düzenli aralıklarla takip edildi (Resim 3,4,5,6).

Sonuçlar

Dişlerin soket dışında kalma süresi ortalama 9.8 dk (aralık 5-25 dk). Çekim sırasında sağ üst ikinci molar dişin meziobukkal kökü aşırı eğri olduğu için apikal 2/3'ten kırılan bir hastada işlem bu komplikasyona rağmen tamamlandı. Postoperatif takip süreci içerisinde biri şiddetli kök rezorpsiyonu diğeri klinik ve radyolojik bir bulgu olmamasına rağmen geçmeyen kronik ağrı nedeniyle iki diş çekildi. İki hastada ise uygulamadan sonraki 2. ayda periodontal apse görüldü fakat sorun cerrahi ve medikal tedaviyle çözüldüğü için dişin çekimine gerek görülmedi. Başlangıç ve postoperatif dönem verileri Wilcoxon işaretli sıralar testi ile karşılaştırıldı. Buna göre, klinik ataçman düzeyi 1. ayda istatistiksel olarak önemli derecede arttı ($p < 0.05$). 3. ayda bu yüksek seviyeyi korudu, 6. aydan itibaren de düşerek 12. ayda başlangıç seviyesine indi ($p > 0.05$). Sondlama cep derinliği 1. ayda önemli derecede artışı gösterdi ($p < 0.05$), 3. aydan itibaren normal seviyeye indi ($p > 0.05$). Mobilite tedavi öncesiyle değerlendirildiğinde çalışma periyodu boyunca istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik göstermedi ($p > 0.05$). Gingival indeks ve plak indeksleri 1. ayda yükseldikten sonra ($p < 0.05$), 3. aydan itibaren 12. aya kadar operasyon öncesine göre daha düşük düzeyde kaldı ($p > 0.05$). Postoperatif dönemde alınan standart periapikal radyograflarda lamina dura üç hastada görülürken diğer hastalarda takip edilemedi. Alveol kemikte vertikal-horizon-



Resim 1: Çekim sonrası dişin görünümü. Periapikal lezyonlar ve kök yüzeyindeki periodontal membran artıkları izlenmektedir.



Resim 2: Retrograd dolguların tamamlanması.



Resim 3: Uygulama öncesi alınan periapikal radyograf. Kök ucundaki lezyon izlenmektedir.



Resim 4: 3 aylık postoperatif radyolojik görünüm



Resim 5: 6 aylık postoperatif radyolojik görünüm



Resim 6: 1 yıllık postoperatif radyolojik görünüm

tal kayıp hiçbir hastada gözlenmedi.

Tartışma

Bilinçli replantasyon işlemin başarısı direkt olarak periodontal ligaman yapışıklığı ile ilişkilidir ve bu durum ankiloz ve dolayısı ile rezorpsiyon gelişiminde kritik bir faktördür⁽⁶⁾. Bu yüzden yöntemin mümkün olduğunca atravmatik, steril koşullar altında ve periodontal ligaman yapışıklığı korunarak uygulanması gerekir. Ayrıca dişin soket dışında kalma süresi de başarıyı doğrudan etkileyen faktörlerdendir ki bu da çekim sonrası soket yüzeyinde ve diş kök yüzeyinde kalan periodontal ligamanın canlılığının korunması ile ilişkilidir. Dolayısıyla, dişin soket dışında kalma süresi uzadıkça prognoz kötüleşir⁽⁷⁾. Bununla birlikte, Deeb ve ark endodontik tedavinin operasyon öncesi yapılıp yapılmamasına ilişkin yapmış oldukları 5 yıllık karşılaştırmalı çalışmalarında, endodontik tedavinin önceden yapıldığı olgularda sadece retrograd dolgunun yapıldığı olgulara göre başarının yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir⁽⁸⁾.

Bilinçli replantasyon özellikle geçmiş dönemlerde oldukça popüler olan bir tedavi alternatifidir. Eski uygulamalar büyük serileri içerir ve raporlarda genellikle farklı başarı kriterleri esas alınarak uzun dönem takipler sunulmuştur. Sonuçlar çoğunlukla takip süresinin uzaması ve değerlendirmeye alınan parametrelerin artışıyla kötüleşmektedir^(9,10,14). Schmidt 500 dişi içeren çalışmasında, başarı oranının 4 yıl sonra %80'e, 8 yıl sonra %57'ye ve 12 yıl sonra da daha azalarak %37'ye düştüğünü bildirmiştir⁽¹²⁾. Replantasyon işleminin en ciddi komplikasyonlarından birisi eksternal kök rezorpsiyonudur ki, bu da genellikle ankiloz gelişimiyle ilişkili olarak açıklanmıştır^(7,9). Sunulan vakaların sadece birisinde erken dönemde radyografik olarak kök rezorpsiyonu gözlemlendi. Fakat bu oluşumun ankiloz gelişiminden ziyade hatalı protetik restorasyonla ilgili olduğu düşünüldü.

Literatürde sunulan başarı kriterleri değerlendirildiğinde, dişlerin postoperatif dönemdeki klinik ve radyolojik verilerine dayandırıldığı görülmektedir. Klinik veriler diş çevresi yumuşak dokuların görünüşleri ve periodontal sağlığın değerlendirilmesi, palpasyon ve perküsyondaki duyarlılığın incelenmesidir. Radyolojik kriterler ise lamina dura devamlılığının izlenmesi ve kök rezorpsiyonunun varlığıdır. Özellikle lamina

dura ile ilgili değerlendirmelerin en azından 2-4 yıllık bir dönemi kapsaması önerilmektedir⁽¹³⁾.

Bilinçli replantasyon uygulamaları sırasında dişlerin splintlenmesi ile ilgili genel görüş buna ihtiyaç olmadığı şeklindedir^(14,15,16). Bununla birlikte, splintlemenin daima gerekli olduğunu iddia eden araştırmacılar da vardır⁽³⁾. Sunulan uygulamalarda sadece 6 dişe kısa süreli yarı hareketli bir splintleme uygulandı ki bunlar primer stabilizasyonları iyi olmayan olgulardı. Bu uygulama şeklindeki amaç, periodontal iyileşmenin orijinale yakın olarak gerçekleşmesini sağlamak ve ankiloz riskini azaltmaktır.

Günümüzde endodontik tedavi uygulamalarında gerek endikasyon gerek yöneme ve kullanılan materyallere ait gelişmeler bilinçli replantasyonun kullanım sıklığını azaltmaktadır. Yapılan çalışmanın takip döneminin kısalığı başarının kesin olarak yorumlanmasını engellemektedir. Bu makalenin temel amacı, bilinçli replantasyon işlemi sırasında periodontal iyileşmenin seyrini tanımlamaktır. Sonuçlar değerlendirildiğinde, periodontal ligamandaki iyileşmenin yaklaşık 6 ayda tamamlandığı görülmektedir. Bununla birlikte, mobilite ile ilgili veriler çok kesin bir endikasyon bulunmadıkça gerekli olmadığını desteklemektedir.

Her ne kadar bilinçli replantasyonun "son seçenek" olarak görülmemesi gerektiğini söyleyen araştırmacılar varsa da⁽¹⁷⁾, bu çalışmaya ait erken dönem sonuçlar ve literatür göz önüne alındığında, endodontik tedavinin kesin olarak başarısız olduğu ve apikal cerrahi uygulamalarının mümkün olmadığı durumlarda bilinçli replantasyon iyi bir tedavi alternatifi olarak görülmektedir.

* Yrd.Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya.

** Arş.Gör. Dişhekimisi, Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya.

*** Arş.Gör. Dişhekimisi, Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, Konya.

**** Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Konservatif Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Konya.

***** Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya.

KAYNAKLAR

1. Grossman LI, Oliet S, Del Rio CE. Endodontic practice (ed 11). Philadelphia: Lea & Febiger, s: 367, 1998.
2. Grossman LI: Endodontic Practice (ed 11). Philadelphia, PA, Lea & Febriger, s:334, 1988.
3. Dryden JA, Arens DE. Intentional Replantation: A viable alternative for selected cases. Dent Clin North Am. 38:325,1994.
4. Weine FS. The case against intentional replantation. J Am Dent Assoc. 100:664, 1980.
5. Demiralp B, Nohutcu RM, Tepe DI, Eratalay K., Intentional replantation for periodontally involved hopeless teeth. Dent Traumatol. 19:45, 2003.
6. Messkoub M. Intentional replantation: A successful alternative for hopeless teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 71:743, 1991
7. Andreasen JO, Hjørting-Hansen E: Replantation of teeth: Radiographic and clinical study of 110 human teeth reimplanted after accidental loss. Acta Odont Scand. 24:263, 1966.
8. Deeb E, Prieto PP, Mc Kenna RC. Reimplantation of luxated teeth in humans. J S Calif Dent Assoc. 33: 194, 1965.
9. Emmertsen E. Replantation of extracted molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 9:115, 1956.
10. Grossman LI. Intentional replantation of teeth. J Am Dent Assoc. 72:1111, 1966.
11. Bender B, Louis ER. Intentional replantation of endodontically treated teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 76:623, 1993.
12. Schmidt H. Quoted by Grossman LI, Schön F. Die Wiederimpflanzung von Zähnen, ed. 2, Leipzig, Germany, Verlag Barth. s:223, 1954.
13. Hammerstrom K, Pierce A, Blomlof L, Feiglin B, Lindskog S. Tooth avulsion and replantation: a review. Endod Dent Traumatol. 2:1,1986.
14. Guy SC, Goerig AC. Intentional replantation: Technique and rationale. Quitesence Int. 15: 595, 1984.
15. Kingsbury BC, Wiesenbaugh JM: Intentional replantation of mandibular premolars and molars. J Am Dent Assoc. 43:1053, 1971.
16. Koenig KH, Nguyen NT, Barkhordar RA: Intentional replantation: A report of 192 cases. Gen Dent. 36:327, 1988.
17. Wolcott J, Rossman LE: Intentional replantation of endodontically treated teeth: an update. Compend Contin Educ Dent. 24:68, 2003.

Oral İmplantoloji'de güncel kavramlar: Erken -veya immediat- yükleme

■ Murat C. Çehreli*

Brånemark'ın osseointegre implantlar için geliştirdiği iki aşamalı cerrahi protokolü⁽¹⁾ 30 yıl sonra yine kendisi terk ederek, implantların "immediat" yüklenmesi temeline dayanan bir tedavi geliştirmesi⁽²⁾ oral implantolojinin evrimleşerek günümüzde ulaştığı noktanın önemli bir göstergesidir. Esasen immediat yükleme, bir implantın kemik içine yerleştirildiği gün bir protez ile fonksiyonel kuvvetleri karşılamasıdır. Ancak, bundan on yıl kadar önce aynı kavram implantın yerleştirilmesini takip eden üç hafta içinde yüklenmesini öngördüğünden,^(3,4) günümüzde bu tip klinik uygulamalar sıklıkla "erken" implant yüklemeleri olarak tanımlanmaktadır.⁽⁵⁾ Sadece alt çenede tüm-ark tek-parça sabit⁽³⁾ ve hareketli protezlerle⁽⁴⁾ başlayan erken implant yüklemeleri, son yıllarda üst çene tüm-ark tek-parça sabit protezleri destekleyen implantların aynı gün yüklenmesi ne kadar geliştirilmiştir.⁽⁵⁾

1980'li yılların başlarında, osseointegrasyon süresini azaltmak amacıyla implant tasarımlarında yapılan değişiklikler,⁽⁶⁾ klinik başarısızlıkları önemli ölçüde azaltmış⁽⁷⁾ ve erken/immediat yükleme için gerekli temeli hazırlanmıştır. Bu değişiklikler, implant yüzeylerinin pürüzlendirilmesi⁽⁶⁾ ve biyomekaniksel performanslarının artırılması için çeşitli

şekilsel değişiklikleri (form, implant-dayanak birleşimi, implant yüzeyindeki retantif elemanlar) içermektedir.^(2,6-9) Erken ve immediat yüklemeler Brånemark® ve ITI® implantlar kullanılarak geliştirilmesine karşın, bu implant sistemlerinin tedavi planlamalarındaki farklılıklar (cerrahi protokol, protezi destekleyen implant sayısı, protez tasarımı, v.b.), immediat implant yüklemeyle ilgili evrensel nitelikte bir tedavi protokolünün henüz oluşturulamamasına yol açmıştır. Ancak, uygulamalarındaki ortak noktalar ve implantların yük taşıma kapasitelerini etkileyen faktörler (Tablo 1) değerlendirildiğinde, erken ve immediat yüklemelerin tek-aşamalı ve iki-aşamalı implantlar için birçok klinik koşulda uygulanabileceği görülmektedir.

Potansiyel implant bölgeleri arasında anterior mandibüla ağız içinde en sert ve yoğun kemiğe sahip bölgedir. Bunu posterior mandibüla, anterior maksilla ve posterior maksilla takip eder.^(10,11) Bu sıralama, immediat yüklemede hekimlerin öncelikli tercih edeceği bölgeleri de belirlemektedir. Dolayısıyla, immediat yüklemede potansiyel bölgelerin en başında anterior mandibüla yer almaktadır. Posterior maksilla hariç ağız içindeki diğer tüm bölgelerde immediat

yükleme uygulanabilir.⁽¹²⁾ Ancak, kemik yapısının iyi olması durumunda posterior maksillaya da aynı tedavi protokolü uygulanabilir.^(13,15) Genel olarak alt ve üst çenede aşağıdaki uygulamalar yapılabilir:

Alt çenede erken/ immediat implant yüklenmesi

1. Bilateral foramen mentale arasına yerleştirilen 5-6 adet implant üzerine tüm-ark tek-parça sabit protezler⁽¹⁶⁾
2. İki (veya daha fazla) implant üzerine bar- veya topuz tipi-tutuculu overdenture'lar^(17,19)
3. Bölümlü diş eksikliklerinde sabit restorasyonlar^(12,13,20)

Üst çenede erken/immediat implant yüklenmesi

1. 6-8 implant üzerine tüm-ark tek-parça sabit protezler⁽⁵⁾
 2. Bölümlü diş eksikliklerinde sabit restorasyonlar^(13,15)
- Dolayısıyla, günümüzde henüz immediat yükleme yapılması önerilmeyen tek tedavi seçeneği maksiller implant destekli overdenture'lar olarak görülmektedir. Ancak, maksiller overdenture protezleri destekleyen implantlar aşırı bükülme kuvvetlerine (bending overload) maruz kaldığından ve maksillanın

1.	İmplantların geometrisi, sayısı, uzunluğu, çapı ve açısı
2.	İmplantların ark içindeki lokalizasyonu
3.	Protez tipi ve tasarımı
4.	Protez materyali
5.	Üstyapı uyumsuzluğu
6.	Okluzal kuvvetlerin miktarı ve yönü
7.	Karşıt arkin durumu (protez, doğal dişlenme)
8.	Mandibüler deformasyon
9.	Kemik densitesi
10.	Hastanın yaşı ve cinsiyeti
11.	Besin maddelerinin sertlik miktarları

Tablo 1. Dental implantların biyomekaniksel performanslarını etkileyen faktörler.⁹

kemik yoğunluğu mandibüladan daha düşük olduğundan bu tip uygulamalar riskli görünmektedir.⁽⁹⁾

Karşılaştırmalı klinik çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, konvansiyonel ve immedat yüklemelerde kullanılan implant tasarımlarının klinik performansı belirleyici bir faktör olmadığı görülmektedir.⁽²¹⁾ Bunun temel sebebi, implantların fonksiyonel yükler altında kemikte benzer mekaniksel stres ortamları oluşturmasından kaynaklanmaktadır.⁽²²⁾ Ancak, farklı implant sistemleri arasında immedat yükleme koşullarının uygulandığı karşılaştırmalı ve/veya uzun-dönem klinik çalışmalar bulunmadığından, bu tedavi yönteminin güvenilirliği hiçbir implant tasarımı için henüz ispatlanmamıştır.⁽²³⁾ Brånemark ve ekibinin⁽²⁾ geliştirdiği Novum® implantların immedat yüklemesinde klinik sonuçları henüz ümit verici düzeye ulaşmamıştır.⁽²⁴⁾ Bu sonucun erken ve immedat yükleme protokolleri arasında bulunan ortalama 3 haftalık iyileşme periodundaki biyolojik reaksiyonlardan ve bu implantların yüzey özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Kişisel görüşme, Prof. Ignace Naert, Katolik Üniversitesi Leuven, 2002).⁽⁹⁾ Dolayısıyla, erken ve immedat yüklenmiş implantlarda implantın yüklenme zamanı ve implant yüzey özellikleri klinik sonucu etkileyen faktörler arasında yer alabilir. Biyomühendislik alanındaki gelişmelerin implant tasarımlarını etkilemesi ve immedat yüklenmiş implantların klinik sonuçlarının konvansiyonel yüklenmiş implantlara çok benzerlik göstermesi, bölümlü ve tam dişsizliği olan birçok hastanın psikososyal düzeyleri ve yaşam standartlarının artırılması üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Özellikle son yıllarda immedat yükleme konusunda klinik ve deneysel hayvan çalışmalarının yoğunlaşması, önümüzdeki yıllarda hem tek-aşamalı hem de iki-aşamalı implant sistemleri için evrensel bir immedat yükleme protokolünün oluşturulmasını sağlayacaktır.

* Dr. Dişhekimisi,
Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği
Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim
Dalı Araştırma Görevlisi

KAYNAKLAR

1. Brånemark P-I, Breine U, Adell R, Hansson BO, Lindstrom J, Ohlsson A. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. *Scand J Plastic Reconstr Surg* 1969;3:81-100.
2. Brånemark P-I, Engstrand P, Ohnell L-O, Gröndahl K, Nilsson P, Hagberg K, Darle C, Lekholm U. Brånemark Novum: A new treatment concept for rehabilitation of the edentulous mandible. Preliminary results from a prospective clinical follow-up study. *Clin Implant Dent Relat Res* 1999;1:2-16.
3. Schnitman PA, Wohrle PS, Rubenstein JE. Immediate fixed interim prostheses supported by two-stage threaded implants: methodology and results. *J Oral Implantol* 1990;16:96-105.
4. Lefkove MD, Beals RP. Immediate loading of cylinder implants with overdentures in the mandibular symphysis: the titanium plasma-sprayed screw technique. *J Oral Implantol* 1990;16:265-271.
5. van Steenberghe D, Naert I, Andersson M, Brajnovic I, Van Cleynenbreugel J, Suetens P. A custom template and definitive prosthesis allowing immediate implant loading in the maxilla: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2002;17:663-670.
6. Listgarten MA. Soft and hard tissue response to endosseous dental implants. *Anat Rec* 1996;245:410-425.
7. Quirynen M, Naert I, van Steenberghe D. Fixture design and overload influence marginal bone loss and fixture success in the Branemark system. *Clin Oral Implants Res* 1992;3:104-11.
8. Hansson S. The implant neck: smooth or provided with retention elements. A biomechanical approach. *Clin Oral Implants Res* 1999;10:394-405.
9. Sahin S, Cehreli MC, Yalcin E. The influence of functional forces on the biomechanics of implant-supported prostheses-a review. *J Dent* 2002;30:271-282.
10. Lekholm U, Zarb GA. Patient selection and preparation. In: Brånemark P-I, Zarb GA, Albrektsson T, eds. *Tissue integrated prostheses: Osseointegration in Clinical Dentistry*. Quintessence Pub., 1985:199-210.
11. Truhlar RS, Orenstein IH, Morris HF, Ochi S. Distribution of bone quality in patients receiving endosseous dental implants. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:38-45.
12. Glauser R, Ree A, Lundgren A, Gottlow J, Hammerle CH, Schärer P. Immediate occlusal loading of Branemark implants applied in various jawbone regions: a prospective, 1-year clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2001;3:204-213.
13. Degidi M, Piattelli A. Immediate functional and non-functional loading of dental

implants: a 2- to 60-month follow-up study of 646 titanium implants. *J Periodontol* 2003;74:225-41.

14. Glauser R, Ruhstaller P, Hammerle CH. Immediate occlusal loading of Branemark Tiunite implants placed predominantly in soft bone: 1-year results of a prospective clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2003;5:47-55.

15. Lorenzoni M, Pertl C, Zhang K, Wimmer G, Wegscheider WA. Immediate loading of single-tooth implants in the anterior maxilla. Preliminary results after one year. *Clin Oral Implants Res* 2003;14:180-187.

16. Randow K, Ericsson I, Nilner K, Petersson A, Glantz PO. Immediate functional loading of Branemark implants. An 18-month clinical follow-up study. *Clin Oral Implants Res* 1999;10:8-15.

17. Gatti C, Haefliger W, Chiapasco M. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading: a prospective study of ITI implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000;15:383-388.

18. Payne AG, Tawse-Smith A, Kumara R, Thomson WM. One-year prospective evaluation of the early loading of unsplinted conical Branemark fixtures with mandibular overdentures immediately following surgery. *Clin Implant Dent Relat Res* 2001;3:9-19.

19. Tawse-Smith A, Payne AG, Kumara R, Thomson WM. Early loading of unsplinted implants supporting mandibular overdentures using a one-stage operative procedure with two different implant systems: a 2-year report. *Clin Implant Dent Relat Res* 2002;4:33-42.

20. Rocci A, Martignoni M, Gottlow J. Immediate loading of Branemark system Tiunite and machined-surface implants in the posterior mandible: a randomized open-ended clinical trial. *Clin Implant Dent Relat Res* 2003;5:57-62.

21. Esposito M, Coulthard P, Worthington HV, Jokstad A, Wennerberg A. Interventions for replacing missing teeth: different types of dental implants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2002, Issue 4. Oxford: Update Software.

22. Cehreli M, Duyck J, De Cooman M, Puers R, Naert I. Implant design and interface force transfer: A photoelastic and strain-gauge analysis [abstract]. *Clin Oral Implants Res* 2002;13(4):xlix.

23. Esposito M, Worthington HV, Coulthard P. Interventions for replacing missing teeth: different times for loading dental implants. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2003, Issue 1. Oxford: Update Software.

24. De Smet E, Jacobs R, van Steenberghe D, Naert I. In vivo forces and peri-implant (re)modelling around immediately loaded implants. A prospective clinical trial. [abstract]. *Clin Oral Implants Res* 2002;13:xxii.



Soruların yanıtlarını en geç 4 Temmuz 2003 tarihine kadar SDE Yüksek Kurulu Ziya Gökalp Caddesi No:37/11 Kızılay/Ankara adresine mektupla, 0 312 430 29 59'a faksyla ya da tdb@tdb.org.tr adresine e-mail ile gönderen meslektaşlarımızdan en az 7 soruyu doğru cevaplayanlar 6 SDE kredisi almaya hak kazanacaklardır.

Web sitemizdeki SDE bölümüne girmek için kullanacağınız şifre: **kredi**

Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kredilendirilmiş soruları

1-Hareketli bölümlü protezin kroşelerinin konum ve sayılarının belirlenmesinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- En ideal kroşe planı dörtgensel plandır; dört kroşe üzerinde yerleşen protezde tutuculuğun yanı sıra, kaldırıcı etkisi de dengelenmiş olur.
- Üç destek üzerinde yerleşen üçgensel plan avantajlıdır; kroşelerden biri indirekt tutucu görevi de yapar.
- Kroşelerin konumları belirlenirken, her iki taraftakiler mümkün olan en arka dişlere, diğerleri ise estetiğin izin verdiği oranda ön bölgeye yerleştirilir.
- Her dişsiz boşluğu çevreleyen destek diş üzerinde kroşe kullanılması en ideal plandır.
- Desteklerin birbirinden mümkün olduğu kadar uzak tutulması sayesinde tutucu kroşeler ile protez en geniş alanda ve en stabil şekilde yerleşecektir.

2- Kemik iyileşmesinde aşağıdakilerden hangisi osteoindüktif etki gösterir?

- Rezorbe olabilen hidroksilapatit
- Rezorbe olmayan hidroksilapatit
- Trikalsiyum Fosfat
- Bone morphogenetic protein
- Dondurulmuş, kurutulmuş demineralize edilmiş kemik

3-Aşağıdakilerden hangisi periodontolojide kullanılan antibiyotiklerden değildir.

- Tetrasiklinler
- Metronidazol
- Siprofloksasin
- Spiramisin
- Eritromisin

4- Diş çürüklerini korumada önerilen yöntemlerden biri olan florür tabletlerinin kullanımına kaç yaşında başlanmalıdır?

- Hamilelik döneminde
- 6.ayda
- 1 yaşında
- 3 yaşında
- 8 yaşında

5- Aşağıdakilerden hangisi hareketli bölümlü protez tırnağının (rest) esas fonksiyonudur?

- Protezin destek dokularla olan ilişkisini kontrol etmek ve konumu sayesinde bölümlü protez için destek oluşturmak
- Protezin tutuculuğunu sağlamak
- Protez bileşenlerini yerinde tutmak
- Protezin tüm bileşenlerini bir arada tutmak
- Hiçbiri

6- Doğru olanı işaretleyiniz:

Klas II, divizyon 1 aktivatörü,

- Alt çeneyi geriye doğru yönlendirir.
- Kafa kaidesi eğimini değiştirerek fonksiyon yapar.
- Üst çeneye ileriye doğru etki yapar.
- M. Pterygoideus lateralis dışındaki çiğneme kaslarının boyunu uzatarak etki yapar.

7-Aşağıdaki diş fırçalama yöntemlerinden hangisi dişeti çekilmesinde tavsiye edilir?

- Bass yöntemi
- Modifiye Stillman yöntemi
- Charters yöntemi
- Roll yöntemi
- Hastaya bakılır

8- Aşağıdakilerden hangisi lokal doku travmasını takiben ağrının ortaya çıkmasında sorumlu iltihab mediatörü değildir?

- Prostaglandin
- Bradikinin
- Serotonin
- İnterlökin-1
- Histamin

9- Sabit ön eğik düzlem aşağıdakilerden hangisinde kullanılır ?

- Fonksiyonel Klas III (ön çapraz kapanış) vakalarında.
- Ön açık kapanış vakalarında.
- Klas II, divizyon 2 örtülü kapanış vakalarında.
- Maksiller darlık vakalarında.

10- Hareketli bölümlü protezlerde splintleme konusunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Splintleme, periodontal hastalık veya tedavis sonucu, periodontal ataçman kaybına sahip olan zayıf destek dişlere iletilen stresleri kontrol eder.
- İki veya daha fazla dişin splintlenmesi, periodontal ligament alanını artırarak, stresin daha geniş bir destek alanına dağılmasını sağlar.
- Aşırı zayıf desteğe sahip bir diş, periodontal açıdan daha iyi durumda olan diğer bir dişle splintlendiğinde, zayıf olan dişin desteği artar.
- Kronlarla splintleme destek dişlerin meziodistal ve anteroposterior yönde stabilize edilmesi etkisine de sahiptir.
- Kronla splintlenen destek dişlerin biri kanin dişi olduğunda veya arkın kurvatürü etrafında ön bölgeye uzandığında, destek dişler bukkolingual yönde de stabilize edilmiş olacaktır.

75. SAYI SDE CEVAP FORMU (Doğru cevabı daire içine alınız)

1.	a	b	c	d	e
2.	a	b	c	d	e
3.	a	b	c	d	e
4.	a	b	c	d	e
5.	a	b	c	d	e
6.	a	b	c	d	e
7.	a	b	c	d	e
8.	a	b	c	d	e
9.	a	b	c	d	e
10.	a	b	c	d	e

Adı Soyadı :

Adresi :

İmzası :

TDBD 74. Sayı CEVAP ANAHTARI

1. E Silindirik şeklindeki ve ince-sivri köklere sahip dişler tork tipi streslere karşı oldukça düşük dirence sahiptir. Kemik içerisinde geniş kök yüzeyine sahip olan dişler en iyi diş desteği özelliğini sergiler. Bu nedenle doğru cevap "e" seçeneğidir.

2. A Antibiyotiklerin istenmeyen etkilerinden bir tanesinde immünolojik bir reaksiyon olan alerjik reaksiyonlardır. Penisilin alerjisi olan hastaların %5-20 kadarı sefalosporinlere de alerjiktir.

3. C Doğru cevap c seçeneğidir. Çünkü; Actinomyces viscosus plakta başlangıç döneminde kolonize olan mikroorganizmalardandır.

4. E Çocuklarda alt çene dişlerinde dental tedavi öncesinde yapılacak anestezide "10 kuralı"na göre karar verilir. Yaş+diş numarasının toplamı 10 ve 10'dan büyüğe inferior alveoler blok anestezisi uygulanmalıdır.

5. D Kroşenin tutucu kolunun esnekliği arttıkça, destek dişe ilettiği stres miktarı azalır. Çünkü protez kaidesine gelen kuvvetlerin etkisiyle ortaya çıkan kaide hareketleri karşısında kroşe kolu rijit olduğunda, stresleri aynen destek dişe yansıtır, tork kuvvetlerine neden olurken, esnek kroşe kolunun kendisi lateral stabilizasyonuna daha az katkıda bulunur. Bu nedenle cevap "d" seçeneğidir.

6. B Büyüyen bireylerde dilin yutkunma sırasında dişlerin arasına girmesi ön açık kapanış oluşmasına neden olacaktır. Bu nedenle bu çocuklara doğru yutkunma öğretilmeli veya dil paranası uygulanmalıdır.

7. C İnfeksiyonun ileri evrelerine geçildikçe Anaerobik florada önemli artış gözlenir.

8. C Süt dişlerinde çürük nedeniyle expoz olan dişlerde tedavi seçenekleri amputasyon yada kanal tedavisi olmalıdır. Periapikal dokuların sağlıklı olduğu durumlarda amputasyon tedavisi tercih edilmelidir.

9. C Yeni doğan Dudak Damak Yarıklı bebeklerde hemen doğumu takiben beslenme plağı yapılmalıdır. Beslenme plağı bebeğin anne tarafından emzirilmesini sağlayacak, bebek tarafından alınan besinin yarık hattından burun boşluğuna kaçmasını engelleyecek ve büyüme süreci sırasında yarık hattının küçülmesini sağlayacaktır.

10. C Aşırı zayıf desteğe sahip bir diş, periodontal açıdan daha iyi durumda olan diğer bir dişle splintlendiğinde, zayıf olan dişin desteğinin artmasından ziyade, güçlü periodontal desteğe sahip olan dişin destek dokusu azalır. Bu nedenle cevap "c" seçeneğidir.

Kredilendirilen etkinlikler



TDB – SDE Yüksek Kurulunun 28 Mayıs 2003 tarihli toplantısında değerlendirilen etkinlikler:

Türk Endodonti Derneği

Etkinliğin Adı : 2003 Yılı Bilimsel Etkinlikleri

Etkinliğin Tarihi : 01.06.2003

Tel : 0212.621 34 49

Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği

Etkinliğin Adı : Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği

11.Uluslararası Kongresi.

Etkinliğin Tarihi : 04-08.06.2003

Tel : 0312.221 09 38

Bursa Dişhekimleri Odası

Etkinliğin Adı : Haziran 2003 Eğitim Semineri

Etkinliğin Tarihi : 06.06.2003

Tel : 0224.222 69 69

Konya Dişhekimleri Odası

Etkinliğin Adı : Eğitim Semineri

Etkinliğin Tarihi : 07.06.2003

Tel : 0332.350 67 12

Antalya Dişhekimleri Odası

Etkinliğin Adı : Türk Dişhekimleri Birliği

10.Uluslararası

Dişhekimliği Kongresi

Etkinliğin Tarihi : 17-21.06.2003

Tel : 0242.237 52 52

Zonguldak Dişhekimleri Odası

Etkinliğin Adı : SDE Haziran 2003

Etkinliğin Tarihi : 07.06.2003

Tel : 0372.251 56 24

Karpal tünel sendromu (KTS)

■ Sevgi Sevi Subaşı*

El, parmak, veya bileğe ait semptomlar Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 2.7 milyon insanda görülmektedir. En yüksek prevalans 45-54 yaş arasındaki kadınlarda görülmektedir. Karpal tünel sendromunun prevalansı kadınlar arasında %3, erkekler arasında %2'dir.

Median sinir, n koldan ele kadar uzanan ve el bileğinde bir tünelin içinden geçen periferik bir sinirdir ve başparmağın i taraf yüzeyel duyusunu, işaret parmağın, orta parmağın ve yüzük parmağının da duyusunu taşır, elimizdeki bazı hareketlerden sorumlu kasları innerve eder. Iinden geçtiği tünelin tabanını ve kenarları el bileği kemiklerince şekillendirilirken, tavanını ise karpal ligament adı verilen güçlü bir konnektif doku bandı ile kaplıdır. Bu dar tünel parmaklarımızı bükmeye yarayan dokuz adet kasin tendonlarını, arter ve lenfatik damarları barındırır. Yapılar birbirleri üzerinde kayarak el hareketini sağlarlar. Tendonlar sinoviyal membranla kaplı olup, membran bazı durumlarda kalınlaşıp (skar doku oluşumu), şişebilir. Bu şişme sırasına median sinir, güçlü ligament yapısı altında basıya uğrar. Bası sonucu sinir giderek inceler, duyu iletim özelliğini kaybeder ve sinir dokusu haraplanır. Böylece KTS oluşur. Sinir dokusunun kaybı bu sinirin innerve ettiği kas dokularında atrofiye neden olur. Dolayısıyla parmaklarda ve ellerde güçsüzlük ortaya çıkar. İlerlemiş durumlarda tedaviye rağmen sinirdeki bu ileri derecedeki harabiyet kalıcı olabilmektedir.

Semptomlar:

Uyuşukluk ve özellikle ilk üç parmakta

elektrik çarpar gibi bir elektriklenme en önemli semptomlardır. İlerlemiş vakalarda kola doğru yayılan ağrı ve uyuşuk bulunabilir. Genellikle geceleri artan ağrılar ve yanma tarzı bir acı kişiyi uykudan uyandırabilir. Hissizlik ve karıncalanma diğer duyu kusurlarını işaret eder. Bkl el bileği semptomları arttırabilir.

Karpal Tünel Sendromunun nedenleri:

Neden olarak sorumlu tutulan asıl faktör kas ve tendonların beslenmesi ve zararlı maddelerin o bölgelerden uzaklaştırılabilmesi için gerekli olan dinlenme periyotlarının yetersizliğidir. n kol kaslarının uzun süreli statik kasılması küçük kan damarlarını konstrükte eder ve kan akımı azalır. Bunun sonucunda da doku yıkımı gerçekleşir, inflamatuvar maddeler dokuya infiltre olur. Sıvı basıncındaki artma ile sinire olan kan akımı daha da azalır. Bu da sinirde tekrarlayan yaralanmaya yol açar. Kadınlara daha küçük karpal kemiklere sahip olması nedeniyle daha dar bir tünel alanı mevcuttur. Ayrıca hormon seviyelerine bağlı olarak daha fazla sıvı üretimi riski vardır. Bu nedenle kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bir insidansla KTS görülür.

KTS'na neden olan ve eşlik eden faktörler:

- Tekrarlayan zorlayıcı yaralanmalar [repetitive strain injury(RSI)] veya kümülatif travmalar [cumulative trauma disorder(CTD)];
- El ile tekrarlayıcı ve/veya güçlü kavramalar,
- El bileğinin tekrarlı olarak bükülmesi



- Vibrasyonlu veya darbeli aletlerin uzun süreli kullanımı,
- Uygun olmayan postüral ve ergonomik koşullar,
- El bileğinde şişmeye neden olabilecek kırık ya da çıkık kemikler,
- Artiritler, özellikle de romatoid tip,
- Tiroid bez salgı bozuklukları,
- Diabet,
- Obezite
- Damar anomalileri,
- Tendonitis,
- Periferik sinir tümörleri veya kistleri
- Yaşlılık
- Menapoza veya hamileliğe bağlı hormonal değişiklikler,
- Genetik yatkınlık.

Diagnoz:

Hikaye genelde önemli bir diagnostik araçtır. Bu nedenle hikayeye uyumlu semptomları olan dişhekimleri, doktora baş vurarak erken dönemde önlemlerini almalıdırlar.

- Baş parmak, işaret ve orta parmaklarda duyu kaybı, uyuşukluk
- Elleri biraz sallamakla hafifleyen gece ağrısı,
- Elin iç kısmında karıncalanma ya da elektrik çarpması şeklinde problemler (özellikle avuç içine karpal ligamanın bulunduğu yere vurulduğunda semptomların artması-Tinel bulgusu),
- El bilekleri bir dakikadan fazla bükülü kaldığında semptomların artması,
- Zamanla başparmağa ait kaslarda atrofiyi takip eden güçsüzlük (özellikle çimdikleme hareketinde),
- İlerlemiş vakalarda elden kollara yayılabilen ağrı ve uyuşukluk,
- Gece veya uzun süreli kullanım sonrası artan semptomlar.

* EMG testi ile % 90 oranında kesin tanı konulabilir. Kesin doğruluğu için hastalığın başlangıcından itibaren 1 - 6 ay bir süre geçmesi gerekebilir.

Karpal Tünel Sendromunda tedavi:

Korunma:

Her hastalıkta olduğu gibi KTS için de, özellikle de diş hekimliği gibi bu tip hastalıklara her zaman açık bir disiplin-

de korunma en önemli tedavi unsurudur.

Dinlenme aralıkları verme, egzersiz, düzgün postür, uygun teknik kullanma ve çeşitli teknikleri kullanma, el bileğini mümkün olduğunca nötral pozisyonda tutma ve kavrama hareketlerinde bu pozisyonu kullanma, tüm üst ekstremitayı bir bütün olarak düşünüp hareket ettirme, koruyucu alet kullanma, keskin alet kullanarak daha az güç sarfetme, amaca yönelik ve ergonomik olarak dizayn edilmiş çalışma ortamı, ergonomik koşulları yerine getirme koruyucu yaklaşımlardır. Özellikle scaling ve polisaj sırasında pozisyonlarınızı sık sık değiştirin. Hiçbir zaman bir tedavi aletini kavrarken gereğinden fazla yük vermeyin hafifçe tutun.

Germe ve kuvvetlendirme egzersizleri tedavinin olduğu kadar korunma stratejilerinin de en önemli parametreleridir.

Tekrarlayıcı aktivitelere sebep olan ve kan akımını bozan vibrasyonlu veya darbeli aletler iki saatten fazla kullanılmamalıdır.

Düzgün postür el ve el bileğinin sağlıklı fonksiyon görebilmesi için alt yapıyı oluşturacaktır. El-el bileğindeki kas ve tendonlar ağır yükleri kaldırmak veya uzun süre aynı işi devam ettirmek için tasarlanmamıştır. Bu tip zorlayıcı aktivitelere kaçınmak önemlidir.

Tedavi:

Sıcak ve soğuk uygulamalar:

Egzersiz öncesi 20 dakika uygulanacak sıcak, daha rahat egzersiz zemini hazırlayacak, egzersiz sonrası uygulanacak 12-15 dakikalık soğuk ise egzersizin neden olabileceği semptomları azaltacaktır.

El bileği splintleri:

Splintler el bileğinin özellikle bükme hareketlerini engelleyerek sinir üzerindeki baskıyı ve buna bağlı semptomları azaltan yardımcıdır. Birçok çeşidi vardır. Sabah kalkıldığında uyuşukluk, karıncalanma ve ağrı semptomları artıyorsa gece splinti tercih edilebilir.



Gündüz kullanım ise çalışma sırasında tünel üzerine olan stresleri azaltmak amacıyla tercih edilebilir.

* Atrofi veya kesin duyu kaybı var ise cerrahiye karar verilebilir. Cerrahide ligament kesilerek median sinir üzerindeki baskı ortadan kaldırılır ve karpal tünel serbestleşir.

Egzersizler:

Egzersiz kaslarınızı kuvvetlendirip tekrarlı hareketlerden daha az zarar görmeyi sağlarken, median sinir üzerindeki baskıyı azaltır. KTS'da genellikle germe ve kuvvetlendirme egzersizleri tercih edilir.

1) Tendon kaydırma (gliding) egzersizleri:

Elastikiyetin artması ve tendonların düzenli hareketi için basit ve yararlı bir egzersizdir.



İlk adımda düz pozisyonundan çengel pozisyonuna geçilir. İkinci adımda yarım yumruğun ardından tam yumruk yapılır.

2) Isınma egzersizleri:

Çalışmaya başlamadan önce 5-10 dakikalık ısınma egzersizleri yapılmalıdır. Bu egzersizler germe ve yumruk yapma egzersizlerinden oluşan, kombine fakat az zaman alan bu nedenle de çalışmaya başlamadan önce, ara verdiğinizde ve tedavi sonunda da rahatça uygulayabileceğiniz egzersizlerdir. Her bir egzersizi 10 tekrarlı yapınız. Rahatlama için egzersiz sonrası kollar vücudun yanında birkaç saniye sallanabilir.



A. Her iki el bileğinizi ve parmaklarınızı yukarı doğru kaldırın ve 5'e kadar sayarak tutun.



B. El bileklerinizi düzleştirin, parmaklarınızı gevşetin.



C. Her iki elinizle sıkı bir yumruk yapın.



D. Ardından yumruğunuzu koruyarak el bileklerinizi aşağıya doğru yavaşça bükün ve 5'e kadar sayın.



E. Tekrar bileğinizi uzatıp parmaklarınızı gevşetin ve 5'e kadar sayın.

3) Düzgünlük için egzersizler:



Düzgün bir yüzey üzerinde, hafif bir gerginlik hissedene kadar ellerinizi açıp, birkaç saniye bekleyin.



Parmaklarınızı ilk eklemden bükün ve yarım yumruk şekline getirin. Bu egzersizi yüzeyin üstüne bir peçete koyup onu bu hareketle toplamaya çalışır tarzda da yapabilirsiniz.



El bileğinizi diğer elinizin yardımıyla geriye doğru çekerek gerin. 10'a kadar sayın ve diğer bileğiniz için tekrarlayın.



Elinizin yardımıyla el bileğinizi bükün ve gererek bekleyin. Diğer bileğiniz için egzersizi tekrarlayın. Bu egzersiz semptomları arttırabilir. Bu durumda uygulanmayabilir.

4) Egzersiz hamuruyla (exercise putty) veya yumuşak topa yapılan egzersizler:



Kas kuvvetinizi korumak amacıyla yapılan egzersizlerdir. Hamurlarda farklı renklerle farklı sertlikleri gösterir. Bu da egzersizin direncini ayarlamamızı sağlar. Hamur almak yerine yumuşak bir topa da bu egzersizleri yapabilirsiniz.



Topu parmağınızın arasına alarak sıkın, 5'e kadar sayın ve gevşeyin.



Baş parmağınızla topu avucunuzda sıkıştırın, 5'e kadar sayın ve gevşeyin.



Hamuru parmaklarınızın etrafına dolayın, parmaklarınızı açmaya çalışın, 5'e kadar sayın ve gevşeyin.



Hamuru sıkın 5'e kadar sayın ve gevşeyin.

* El sıkışma da bir başka egzersiz önerisi olabilir. Sağlıklı ve bol egzersizli günler diliyorum...

* Araştırma Görevlisi, D.E.Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

KAYNAKLAR

- 1) Seradge H, Bear C, Bithell D. Preventing carpal tunnel syndrome and cumulative trauma disorder: effect of carpal tunnel decompression exercises: an Oklahoma experience. J Okla State Med Assoc 2000 Apr; 93(4):150-3
- 2) Miller, Karl E. "Wrist Splinting in Patients with Carpal Tunnel Syndrome." American Family Physician, Oct 1, 2000
- 3) Osterman AL, Whitman M, Porta LD. Nonoperative carpal tunnel syndrome treatment. Hand Clin 2002 May; 18(2):279-89 – Özet
- 4) Carolyn Kisner, M.S., P.T., Lynn Allen Colby, M.S., P.T. Therapeutic Exercise. "The wrist and hand" F.A. Davis Company, U.S.A.; 1990; 289-304
- 5) Nakasato YR. "Carpal tunnel syndrome in the elderly." J Okla State Med Assoc 2003 Mar;96(3):113-5
- 6) O'Connor D, Marshall S, Massy-Westropp N. Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2003; (1):CD003219
- 7) Davies MD, John A. K. "Carpal Tunnel Syndrome." <http://www.healthanswers.com>
- 8) Sequeira, Winston. "Yoga in Treatment of Carpal Tunnel Syndrome." Lancet, February 27, 1999
- 9) American Physical Therapy Association "What You Need To Know About Carpal Tunnel Syndrome" A Physical Therapist's Perspective – Brochure, 1996
- 10) Ergonomics and the Dental Care Worker. Murphy DC, ed. Washington, DC: American Public Health Association (1998)
- 11) Poster exhibit D-29, annual meeting, American Academy of Orthopaedic Surgeons, Feb. 25, 1996.
- 12) Scott K. Ross, M.D., M.B.A., M.P.H. "Carpal Tunnel Syndrome - Diagnosis and Treatment Guideline" 1990

Hibrid iyonomerler ve kompomerlerin klinik özellikleri

■ Mustafa Demirci*

İlk cam iyonomer simanları 1972 yılında bulunduğundan sonra, bu materyaller; fluorür iyonu salması ve diş dokularına kimyasal olarak bağlanması gibi iki temel özelliği nedeniyle güncellik kazanmışlardır. Ancak aşınmaya karşı dirençlerinin düşük olması, çözünürlükleri ve optik özelliklerinin kompozitler kadar iyi olmaması bu materyallerin kullanımını sınırlamıştır. Bu nedenle bu materyallerin toz ve likit kısmında çeşitli değişiklikler yapılarak cam iyonomer simanlarında gelişim sürdürülmüştür. Bu değişikliklerle bir yandan maddenin fiziksel özelliklerinin amalgama yaklaştırılması tasarlanmış, diğer yandan da estetik görünümünün kompozitlerle aynı olması istenmiştir. İlk olarak; materyalin toz kısmına metal parçacıklarının karıştırılması veya birleştirilmesi ile cam-cermet simanları elde edilmiştir. Bu materyallerin fiziksel özellikleri geleneksel cam iyonomer simanlarından daha iyi olmasına rağmen, amalgamlar kadar çigneme basınçlarına dayanıklı değildirler. Aynı zamanda gümüş cermet gibi simanların dışı gri renge boyanması ve renk uyum özelliklerinin yetersizliği, bu materyallerin kullanımını sınırlamıştır.

Son yıllarda bu değişiklikler özellikle cam iyonomer simanlarının likit kısmı üzerinde yapılmıştır. Bu değişiklikler sonucu cam iyonomer simanları ile kompozit reçineler arasında yer alan yeni bir materyal grubu elde edilmiştir (Tablo 1). Bu materyal grubu yeni bir kuşak olarak ortaya çıkmış ve hibrid iyonomer materyaller adı altında sınıflandırılmışlardır. Bu yeni materyallerde; cam iyonomer simanlarına özgü avantajlarla, kompozit reçinelerin cam iyonomer simanlarından üstün olan özelliklerini bir maddede toplamak amaçlanmıştır.

Hibrid iyonomer materyalleri elde etmek amacıyla cam iyonomer simanlarının likit kısmında yapılan değişiklikler 4 grupta toplanmıştır (Tablo 2)

1-Cam iyonomer simanlarının likit kısmını oluşturan. Polialkenoik asit yerine polimerize olabilen monomer/ prepolimerlerin kullanılması: Bu yeni materyalin sertleşme mekanizmasında asit ve su yer almamaktadır. Asitin olmaması nedeniyle, cam iyonomer doldurucu-asit reaksiyonu (asit-baz reaksiyonu ya da iyonmer reaksiyonu) meydana gelmez ve bu nedenle yapı hidrofobik bir özellik kazanır. Bu grup materyalleri meydana getirmek için kullanılan diğer bir metod da; iyonmerik camlar polialkenoik asitle reaksiyona sokulmuş ve sertleşme sonucunda meydana gelen ürün öğütülerek toz haline getirilmiştir. Daha sonra bu toz doldurucu olarak kullanılmıştır. Geristore (Den-Mat), Resinomer (Bisko) ve Iono-seal (Voco) gibi dolgu maddeleri bu gruba girmektedir.

2-Cam iyonomer simanlarının likit kısmını oluşturan polialkenoik asite polimerize olabilen monomer/ prepolimerlerin ilave edilmesi: Burada asit ve su sertleşme reaksiyonunda yer almaktadır. Likit poliasit, monomerler ve sudan meydana gelir. Monomer olarak HEMA gibi hidrofilik nitelik taşıyanları kullanılmıştır. Cam doldurucular ve poliasit arasındaki asit-baz reaksiyonu geleneksel cam iyonomer simanlarındaki kadar kuvvetli değildir. Variglass (Caulk/Dentsply), Photac-Fil (Espe-Premier) ve Fuji II LC (GC Cor.) bu grupta yer alır.

3-Cam iyonomer simanlarının likit kısmını oluşturan polialkenoik asit yerine polimerize olabilen polialkenoik asitlerin kullanılması: Poliasit zincirine serbest radikal mekanizması aracılığıyla sertleşen aktif gruplar yada polimerize olabilen yan gruplar bağlanmıştır. Bu şekilde değiştirilmiş poliasit geleneksel cam iyonomer simanlarındakinden farklı fiziksel özelliklere sahiptir ve homojen bir karışım sağlamak için likit kısmına polimerize olabilen diğer monomerler ilave edilebilmektedir. Geleneksel cam iyonomer sisteminin elamanları ise aynen bulunmaktadır. Bu grupta yer alan materyaller Vitrabond (3M) ve Vitremer (3M) dir.

4-Cam iyonomer simanlarının likit kısmını oluşturan polialkenoik asit yerine asit monomerlerin kullanılması: Asit monomerler hem asit karektere sahiptirler ve hem de polimerize olabilen aktif gruplar taşırlar. Bu yapının kimyasal formülünde suyun yer aldığı ve almadığı olmak üzere 2 gruba ayrılır. Suyun bulunmadığı gruba örnek olarak ise Dyract (Dentsply) verilebilir.

Hibrid iyonomerlerin tanıtılmasından sonra, bu materyallerin isimlendirilmesi konusunda ortak kabul görmüş bir görüş yoktur ve bu konu tartışmalıdır. Bu grupta yer alan materyallerin kimyasal yapıları oldukça farklılık göstermekte, dolayısıyla bu da maddenin özelliklerini etkilemektedir. Bu nedenle bu materyaller, literatürde değişik araştırmacılar tarafından farklı isimlendirilmektedir. Genellikle bu materyaller bir uçta geleneksel cam iyonomer simanlarının, diğer uçta ise kompozit reçinelerin yer aldığı bir scala üzerine, kimyasal yapılarının cam iyonomer simanlarına ya da kompozitlere benzerliğine göre yerleştirilmişlerdir. (Tablo 1)

Son zamanlarda bu materyaller reçine ile modifiye edilmiş cam iyonomer simanları ve poliasitle modifiye edilmiş reçine kompozitler (kompomerler) olmak üzere 2 alt grupta toplanmışlardır.

Reçine ile modifiye edilmiş cam iyonomer simanları

Reçine ile modifiye edilmiş cam iyonomer simanları

Bu materyaller kimyasal yapıları itibarıyla geleneksel cam iyonomer simanlarına daha çok benzerler. Bu maddelerde toz ve likit ayrı kısımlar halinde bulunur ve

Ketac-Fil	Fuji II LC		
Fuji II	Vitremer		
Geleneksel cam iyonomerler	Photac-Fil	Variglass	Geristore
	Resin-iyonmer		Fluor açığa veren reçine

Tablo.1-Hibrid iyonomer materyallerin kimyasal yapılarına göre sınıflandırılması.

Cam iyonomer simanlarının likit kısmındaki değişiklikler	Likit kısmın genel yapısı	Ticari örnekleri
1-Cam iyonomer simanlarının likit kısmını oluşturan. Polialkenoik asit yerine polimerize olabilen monomer/ prepolimerlerin kullanılması	<ul style="list-style-type: none"> • Cam iyonomer simanlarının likit kısmındaki polialkenoik asit ve su çıkarılmıştır. • Bunların yerine monomer/prepolimer kullanılmıştır. 	Geristore (Den-Mat) Resinomer (Bisko) Ionoseal (Voco)
2-Cam iyonomer simanlarının likit kısmını oluşturan polialkenoik asite polimerize olabilen monomer/ prepolimerlerin ilave edilmesi	<ul style="list-style-type: none"> • Cam iyonomer simanın likit kısmını oluşturan polialkenoik asit ve su yerinde kalmıştır. • Bu likit kısmına HEMA gibi hidrofilik(suyla uyuşan) monomerler ilave edilmiştir. 	Variglass (Caulk/Dentsply) Photac-Fil (Espe-Premier) Fuji II LC (GC Corp.)
3-Cam iyonomer simanlarının likit kısmını oluşturan polialkenoik asit yerine polimerize olabilen polialkenoik asitlerin kullanılması	<ul style="list-style-type: none"> • Cam iyonomer simanın likit kısmını oluşturan polialkenoik asit ve su yerinde kalmıştır. • Kullanılan polialkenoik asit, asitin ana zincirine metakrilat gruplar bağlanarak değiştirilmiştir. 	Vitrabond (3M) Vitremmer (3M)
4-Cam iyonomer simanlarının likit kısmını oluşturan polialkenoik asit yerine asit monomerlerin kullanılması	<ul style="list-style-type: none"> • Cam iyonomer simanın likit kısmını oluşturan polialkenoik asit çıkarılmış, bunun yerine asit monomerler kullanılmıştır. • Asit monomerler, hem polialkenoik asit gibi asit karaktere sahiptirler, hem de polimerize olabilen aktif metakrilat gruplar taşırlar. • Bazı örneklerinde yapıda su bulunur, bazılarında ise bulunmaz. 	Dyract (Dentsply) Dyract AP (Dentsply) Compoglass F (Vivadent) F-2000 (3M) Hytac Aplutip (Espe-Premier)

Tablo 2. Hibrid iyonomerleri elde etmek amacıyla cam iyonomer simanlarının likit kısmında yapılan değişiklikler

iki bileşenli materyaller olarak tarif edilir. Toz ve likit kısım bir araya getirildiği zaman, geleneksel cam iyonomer simanlarındaki gibi bir asit-baz reaksiyonu (iyonomer reaksiyon) meydana gelir. Fakat materyalin asil sertleşmesi; toz ve likit karıştırıldıktan sonra bu karışıma ışık uygulanması sonucu, kompozit reçinelerdeki gibi metakrilat polimerizasyonu ile meydana gelir. Materyal sertleştikten sonrada madde içindeki asit-baz reaksiyonu (iyonomer reaksiyonu) devam eder ve madde sertleşme sürdürür. Bu reaksiyon bittiğinde materyalin fiziksel özellikleri en yüksek düzeye çıkar. Genellikle bu materyaller sertleşme mekanizmalarına göre yapılan bir sınıflandırılmada çift

sertleşmeli (Dual-cure) materyaller olarak isimlendirilir. Yani materyal iki sertleşme mekanizması ile sertleşmektedir. Bu sertleşme reaksiyonları asit-baz reaksiyonu (iyonomer reaksiyon) ve ışıkla başlayan metakrilat polimerizasyon reaksiyonudur.

Diğer taraftan bazı reçine modifiye cam iyonomer simanları (Vitremmer ve Fuji II LC) ise ışık uygulanmadığında da üçüncü bir sertleşme mekanizması ile sertleşebilmektedirler (dark-cure). Bu maddelerde tıpkı kimyasal kompozitlere benzer şekilde, toz ve likit kısmın karıştırılması sonucu sertleşme reaksiyonu başlamaktadır. Bu materyaller yukarıda belirtilen çift sertleşmeli (dual-cure) mekanizmaya ilave olarak, üçüncü bir sertleşme reaksiyo-

nu (dark-cure) ile de sertleşebildikleri için üç sertleşmeli (tri-cure) materyaller olarak isimlendirilirler.

Reçine modifiye cam iyonomer simanlarının dış dokularına tutunması geleneksel cam iyonomer simanları benzer şekilde olur. Reçine modifiye cam iyonomer simanı ile dentin yüzeyi arasında bir iyonik değişim olayı meydana gelir. Dolayısıyla materyalin ara yüzeyde meydana gelen bu iyon değişim tabakası ile dış yüzeylerine tutunduğu belirtilmektedir. Diğer taraftan reçine modifiye cam iyonomer simanlarının dış dokularına tutunmasında, dış yüzeylerinin hazırlanması çok önemli bir rol oynamaktadır. Bu amaçla bir çok türünde kullanılan yüzey işlem materyalleri (primer ve/veya conditioner), reçine modifiye cam iyonomer simanlarının reçine içerikleri dolayısıyla dentine olan zayıf tutunmalarını arttırmakta, dentin içine doğru materyal uzantılar yapmaktadır. Bunun sonucunda, ışık uygulaması sonucu materyal sertleştiğinde tıpkı kompozit reçinelerdeki gibi bir mikromekanik bağlanma meydana gelmekte ve bu olay reçine modifiye cam iyonomer simanlarının tutunmasında çok önemli bir rol oynamaktadır.

Reçine modifiye cam iyonomer kaide simanlarının ticari örnekleride vardır. (Vitrebond, 3M; XR-Ionomer, Kerr; Zionomer, Den-Mat; Fuji Lining, GC Cor.; Photac-Bond, ESPE). Reçine modifiye cam iyonomer kaide simanları toza daha fazla likit katılarak karıştırıldıkları için viskoziteleri azalır (akışkanlıkları artar). Böylece materyalin dentin yüzeyini daha iyi ıslatması ve daha büyük bir yüzeyle reaksiyona girmesi sağlanır. Bu nedenle, dentine yüzey işlemi uygulanmadan kullanılırlar.

Klinikte bu materyaller kullanılırken, ideal toz/ likit oranı olarak; mümkün olduğu kadar çok tozun likite karıştırılması, fakat materyal yoğunluğunun enjekte edilebilecek kıvamda olması gerekmektedir. Bu, özellikle süt dişlerindeki Class II kaviterlerde, materyalin baskıya ve aşınmaya karşı direncini arttırmak açısından çok önemlidir.

Reçine modifiye cam iyonomer simanlarının yüzey sertliğinde, sertleşmelerinden hemen sonra çok az değişiklik olduğu bildirilmekte ve bu nedenle bitirme ve cila işlemlerinin, ışık uygulanmasından sonra hemen yapılması önerilmektedir. Bu materyallerle yapılan restorasyonlardaki kenar fazlalıklarının alınması, restorasyonların şekillendirilmesi ve cila işlemlerinde ince grenli elmas cila frezlerinin ve flexible (Sof-Lex) disklerin kullanılması önerilmektedir.

Reçine modifiye cam iyonomer simanla-

rının en önemli dezavantajlarından biri; renklerinin zamanla karamasıdır. Bu nedenle diş dokularına enyaki renk seçildikten sonra bunun bir açık tonunun uygulanması önerilmektedir.

Reçine modifiye cam iyonmer simanları klinikte:

- I., III. ve V. sınıf kavitelelerin restorasyonlarında,
- Abrazyon/erozyon lezyonlarında
- Süt dişlerindeki I. ve II. sınıf kavitelelerde,
- Kuron onarımlarında,
- Kuron restorasyonu için çekirdek (core-build up) yapımında,
- Kuron için restore edilen dişlerdeki mikro çukurcukların doldurulmasında,
- Fissür örtücü olarak,
- Kaide materyali olarak kullanılmaktadır.

Poliasit modifiye reçine kompozitle (kompomerler)

Bu materyaller özellikleri itibarıyla kompozit reçinelere daha çok benzemektedirler. Bu maddeler; cam iyonmer simanlarının likit kısmını oluşturan polialkenoik asit yerine asit monomerlerin kullanılması ile elde edilmişlerdir (Tablo 2) Ancak bu asit monomerler asit gruplar taşıdığından, polialkenoik asite benzer şekilde davranabildiği gibi, metakrilat gruplar içermesi dolayısıyla da kompozit reçineleri taklit etmektedirler. Bu materyaller tek bileşenli (tek pat) sistemlerdir. Yan tek bir pat içinde hem toz hem de likit kısım bir arada bulunur. Bu maddeler aynı zamanda kompomerler olarak da isimlendirilmektedir. Bu isimlendirme kompozit kelimesinin ilk beş harfi (compo) ve iyonmer kelimesinin de son üç harfi (mer) birleştirilerek yapılmıştır.

Bu materyaller kaviteye uygulandıktan sonra tıpkı kompozit reçinelere benzer şekilde ışık uygulaması sonucu sertleşirler. Daha sonra ağız likitleri ve tükürükteki suyla temas ettiği zaman, tıpkı cam iyonmer simanlarındaki gibi asit-baz reaksiyonu (iyonmer reaksiyon) başlar ve materyalin sertleşmesi devam eder. Bu asit-baz reaksiyonun başlaması sonucu materyal florür iyonu salmaya başlar. Kompomerlerde , reçine modifiye cam iyonmer simanlarına benzer şekilde iki sertleşmel (dual-cure) sistemlerdir. Yalnız, materyal ancak ışık uygulaması sonucu sertleşmekte, daha sonra su ile temas ettiğinde iyonmer (asit-baz) reaksiyonu başlamaktadır.

Kompomer materyaller kompozitlere daha çok benzemektedir. Bu nedenle bu maddelerin mine ve dentine tutunmasını sağlamak için dentin bonding ajanlarla birlikte kullanılmaktadır. Bazı üreticiler

bu amaçla özel dentin bonding sistemleri kullanırken, bazılarında kompozitlerle kullanılan dentin bondingleri tercih etmektedirler (Tablo 3). Diğer taraftan üretici firmalar , bu materyaller uygulanırken mine ve dentine asit (etching) yapılmasını önermemektedir. Genellikle bu materyallerle birlikte kullanılan basitleştirilmiş (uygulaması sadeleştirilmiş) dentin bonding sistemler içindeki zayıf

asitlerin asitleme benzer bir işlev göreceği bildirilmektedir. Ancak yapılan araştırmalar; mine ve dentine asit uygulaması (etching) yapıldığı zaman bu materyallerin bağlanmalarının arttığını göstermektedir. Kompomerlerin diş dokularına tutunmasının, kullanılan dentin bonding sistemler aracılığıyla, kimi örneklerinde iyonik bağlanmayla, kimi örneklerde ise mikromekanik olarak gerçekleş-

Kompomer	Asit uygulanması	Asidik primer/adhesive
F2000 - FAS glass, colloidal silica, CDMA oligomer (dimethacrylate functional oligomer derived from citric acid), GDMA, hydrophilic polymer, camphoroquinone/amine	Önerilmiyor	F2000 Compomer Primer/Adhesive (two parts)* Part A= HEMA, methacrylated polycarboxylic acids, photoinitiator, ethanol, water
Compoglass F- UDMA, TED-DMA, CADCADMA, ytterbium trifluoride, Ba-Al-fluorosilicate glass, spheroid mixed oxide, inorganic fillers	İsteğe bağlı	Syntac Single-component- HEMA, maleic acid, methacrylate, modified polyacrylic acid, initiators/stabilizers, water
Dyract - Fluoro-silicate glass, acidic polymerizable monomers, light-curing polymers	İsteğe bağlı	P&B 2.1- dimethacrylate resins, PENTA, cetylamine hydrofluoride, initiators/stabilizers, acetone
Dyract AP - TCB resin, polymerizable resins, strontium-fluoro-silicate glass, strontium fluoride, initiators/stabilizers	İsteğe bağlı	P&B 2.1- dimethacrylate resins, PENTA, cetylamine hydrofluoride, initiators/stabilizers, acetone
Hytac - Ca-Al-Zn-fluoroglass, yttrium trifluoride, silica, UDMA, methacrylated phosphoric acid, methacrylated oligomaleic acid, pigments, stabilizers, initiators	Önerilmiyor	OSB - TED-DMA, HEMA, methacrylated phosphoric acid, pigments, stabilizers, initiators, acetone
F2000 - FAS glass, colloidal silica, CDMA oligomer (dimethacrylate functional oligomer derived from citric acid), GDMA, hydrophilic polymer, camphoroquinone/amine	Öneriliyor	Primer/adhesive requiring phosphoric acid etching (PRPA) Single Bond - HEMA, BisGMA, dimethacrylates, methacrylate, functional copolymer (polyacrylic and polyitaconic acids= polyalkenoic acid copolymer), photoinitiator, ethanol, water
Freedom - modified dimethacrylates, silica, strontium glass, sodium fluoride, initiators	Öneriliyor	STAE - HEMA, TED-DMA, initiators, dimethacrylates, water, acetone

Tablo 3. Kompomerlerin ve primer/adhesiv sistemlerinin sınıflandırılması, yapılarının değerlendirilmesi ve üreticinin asitleme için önerileri.

- *F2000 Compomer Primer/Adhesive in 3M Clicker dispensing system
- Bis GMA= biphenol glycidyl methacrylate
- CADCADMA= cycloaliphatic dicarboxylic acid dimethacrylate
- GDMA= hydroxypropylene dimethacrylate (glyceryl dimethacrylate)
- HEMA= 2-hydroxyethylmethacrylate
- PENTA= diphentaerythritol penta acrylate monophosphate
- TEG-DMA= tetraethylene glycol dimethacrylate
- UDMA=urethane dimethacrylate

tiği bildirilmektedir.

Kompomerlerin kompozitlere göre en önemli avantajlarından birisi, uygulamalarının daha basit ve kolay olmasıdır. Diğer taraftan florür iyonu salmalarında bir diğer avantajlarıdır. Bu nedenle özellikle süt dişi restorasyonlarında ve direk çigneme basınçları gelmeyen bölgelerdeki sürekli diş restorasyonlarında, kompozitlere alternatif materyaller olarak kullanımları gittikçe yaygınlaşmaktadır. Bu materyallerin kompozitlere benzer bir estetiğe sahip olmaları, kaviteye uygulanmalarının fazla aşama gerektirmemesi, ışıkla sertleştirilmesi ve karıştırılmaya ihtiyaç göstermemeleri diğer olumlu özellikleri olarak sayılabilir.

Kompomerler kaviteye uygulandığı zaman uygulanan tabakanın 2mm yi geçmemesi önerilmektedir. Böylece bu materyallerin, 2mm tabakalar halinde ışıkla serleştirilmesi önerilmektedir. Eğer kalınlık artarsa daha derin bölgelere su ulaşmadığından asit-baz reaksiyonu başlayamaz. Ayrıca derin bölgelere ışık ulaşmadığından, bu bölgelerde yeterli polimerizasyon olmamakta, restorasyonun opasitesinin artmasına neden olmaktadır.

Kompomerlerin bitirme ve cila işlemlerinin ultrafine elmas frezlerle, sert metal bitiriciler yada Sof-Lex disklerle yapılabileceği bildirilmektedir. Her üç bitirme yöntemiyle de benzer sonuçlar alındığı bildirilmektedir.

Kompomerlerin klinikte kullanım alanları da şu şekilde belirtilmektedir:

- V.sınıf kaviteelerde,
- Kole bölgesindeki erozyon vakalarında,
- Kama şeklindeki defektlerde,
- Süt dişlerinin restorasyonlarında,
- III.sınıf kaviteelerde,
- Azı dişlerinin geçici dolgularında,
- II.sınıf kaviteelerde ara yüzdeki dentin üzerinin kompomerle örtülüp üzerine kompozit yapılması ve bu gibi restorasyonlarda viskozitesi düşük (akıcılığı fazla) olan kompomerlerin kullanılması önerilmektedir. Bu tür kompomerlerin kenar uyumunun daha iyi olacağı belirtilmektedir.
- Kavite genişliğinin tüberküller arası mesafenin 2/3'ünden den az olduğu küçük azı dişlerinin restorasyonlarında,
- Fissür örtücü olarak,
- Ortodontik apareylerin yapıştırılmasında (simantasyonunda),
- Altın, kompozit, seramik, restorasyonların yapıştırılmasında.

* Dr., İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi
Konservatif Diş Tedavisi Bilim Dalı

Kaynaklar

1. Grossman LI, Oliet S, Del Rio CE. Endodontic practice (ed 11). Philadelphia: Lea & Febiger, s: 367, 1998.
2. Grossman LI: Endodontic Practice (ed 11). Philadelphia, PA, Lea & Febriger, s:334, 1988.
3. Dryden JA, Arens DE. Intentional Replantation: A viable alternative for selected cases. Dent Clin North Am. 38:325,1994.
4. Weine FS. The case against intentional replantation. J Am Dent Assoc. 100:664, 1980.
5. Demiralp B, Nohutcu RM, Tepe DI, Eratalay K., IntentiKAYNAKLAR
- 1-Barkmeier WW, Hammesfahr PD, Latta MA. Bond strength of composite to enamel and dentin using Prime & Bond 2.1. Oper Dent 1999;24:51-56.
- 2-Berg JH. The continuum of restorative materials in pediatric dentistry-a review for the clinician. Pediatr Dent 1998;20:93-100.
- 3-Burgess J, Norling B, Summit J. Resin ionomer restorative materials: The new generation. J Esthet Dent 1994;6:207-215.
- 4-Croll TP, Killian CM. Glass-ionomer resin-restoration of primary molars with adjacent Class II carious lesions. Quintessence Int 1993;24:723-727.
- 5-Croll TP, Killian CM. Letter to the Editor. Quintessence Int 1993;24:765.
- 6-Croll TP, Killian CM. Restoration of Class II carious lesions in primary molars using light-hardening glass-ionomer-resin cement. Quintessence Int 1993;24:561-565.
- 7-Davis BA, Friedl K-H, Powers JM. Color stability of hybrid ionomers after accelerated aging. J Prosthodont 1995;4:111-115.
- 8-El-Kalla IH, Garcia-Godoy F. Compomers adaptation to Class I and V cavities in permanent teeth ASDC J Dent Child 2000;67:29-36.
- 9-Erickson RL, Glasspoole EA. Bonding to tooth structure: A comparison of glass ionomer and resin systems. In:Hunt PR, Ed. Glass Ionomers:The next generation.Proceeding of the 2 nd International Symposium on Glass Ionomers,Pennsylvania: International Symposia in Dentistry,PC,101-122, 1994.
- 10-Garcia-Godoy F. Resin-based composites and compomers in primary molars. Dent Clin North Am 2000;44:541-570.
- 11-Gladys S, Van Meerbeek B, Braem M, Lambrechts P, Vanherle G. Comparative physico-mechanical characterization of new hybrid restorative materials with conventional glass-ionomer and resin composite restorative materials. J Dent Res 1997;76:883-894.
- 12-Glass ionomer -Resin, state of art: CRA Newsletter 1993;17:1-2.
- 13-Hammesfahr PD. Development in resinomer systems.In:Hunt PR, Ed. Glass Ionomers:The next generation.Proceeding of the 2 nd International Symposium on Glass Ionomers,Pennsylvania: International Symposia in Dentistry,PC, 1994:47-56.
- 14-Hickel R. Moderne Füllungswerkstoffe. Dtsch Zahnärztl Z 1997;52:572-585.
- 15-Hickel R, Dasch W, Janda M, Tyas M, Anusavice K. New direct restorative materials. Int Dent J 1998;48:3-16.
- 16-Inokoshi S, Burrow MF, Kataumi M, Yamada T, Takatsu T. Opacity and color changes of tooth-colored restorative materials. Oper Dent 1996;21:73-80.
- 17-Kakaboura A, Eliades G, Palaghias G. An FTIR study on the setting mechanism of resin-modified glass ionomer. Dent Mater 1996;12:173-178.
- 18-Kao EC, Rezvan E, Johnston WM. Microhardness as an indicator for finishing time in ionomer restorations. J Dent Res 1994;73(Special Issue):220 (Abstr No:947).
- 19-Lin A, McIntyre NS, Davidson RD. Studies on the adhesion of glass ionomer cements to dentin. J Dent Res 71(11):1836-1841, 1992.

- 20-McLean JW, Nicholson JW, Wilson AD Proposed nomenclature for glass-ionomer dental cements and related materials. Quintessence Int 1994;25:587-589.
- 21-Mitra S. Curing reactions of glass ionomer materials. In:Hunt PR, Ed. Glass Ionomers:The next generation.Proceeding of the 2 nd International Symposium on Glass Ionomers,Pennsylvania: International Symposia in Dentistry,PC, 1994:13-22.
- 22-Moodley D, Grobler SR, Rossouw RJ, Oberholzer TG, Patel N. In vitro evaluation of two adhesive systems used with compomer filling materials. Int Dent J 2000;50:400-406.
- 23-Mount GJ: Clinical placement of modern glass-ionomer cements. Quintessence Int. 1993;24:99-107.
- 24-Nicholson JW, Anstice HM, McLean JW. A preliminary report on the effect of storage in water on the properties of commercial light-cured glass ionomer cements.Br Dent J 1992;173:98-101.
- 25-Sidhu SK, Watson TF: Resin-modified glass ionomer materials.A status report for the American Journal of Dentistry. Am J Dent. 1995;8:59-67.
- 26-St Germain Jr HA, Meiers JC. Surface roughness of light-activated glass-ionomer cement restorative materials after finishing. Oper Dent 1996;21:103-109.
- 27-Tate WH, Powers JM. Surface roughness of composites and hybrid ionomers. Oper Dent 1996;21:53-58.
- 28-Tate WH, You C, Powers JM. Bond strength of compomers to human enamel. Oper Dent 2000;25:283-291.
- 29-Vitrebond light-cure glass ionomer liner/base: Product report, 3M Dental Products,St. Paul, 1992.
- 30-3M Vitremer tri-cure glass ionomer system: Technical Product Profile. 3M Dental Products,St. Paul, 1993.
- 31-Wan AC, Yap AU, Hastings GW. Acid-base complex reactions in resin-modified and conventional glass ionomer cements.J Biomed Mater Res 1999;48:700-704.
- nal replantation for periodontally involved hopeless teeth. Dent Traumatol. 19:45, 2003.
6. Messkoub M. Intentional replantation: A successful alternative for hopeless teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 71:743, 1991
7. Andreasen JO, Hjørting-Hansen E: Replantation of teeth: Radiographic and clinical study of 110 human teeth reimplanted after accidental loss. Acta Odont Scand. 24:263, 1966.
8. Deeb E, Prieto PP, Mc Kenna RC. Reimplantation of luxated teeth in humans. J S Calif Dent Assoc. 33: 194, 1965.
9. Emmertsen E. Replantation of extracted molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 9:115, 1956.
10. Grossman LI. Intentional replantation of teeeth. J Am Dent Assoc. 72:1111, 1966.
11. Bender B, Louis ER. Intentional replantation of endodontically treated teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 76:623, 1993.
12. Schmidt H. Quoted by Grossman LI, Schön F. Die Wiederimpfung von Zähnen, ed. 2, Leipzig, Germany, Verlag Barth. s:223, 1954.
13. Hammerstrom K, Pierce A, Blomlof L, Feiglin B, Lindskog S. Tooth avulsion and replantation: a review. Endod Dent Traumatol. 2:1,1986.
14. Guy SC, Goerig AC. Intentional replantation: Technique and rationale. Quintessence Int. 15: 595, 1984.
15. Kingsbury BC, Wiesenbaugh JM: Intentional replantation of mandibular premolars and molars. J Am Dent Assoc. 43:1053, 1971.
16. Koenig KH, Nguyen NT, Barkhordar RA: Intentional replantation: A report of 192 cases. Gen Dent. 36:327, 1988.
17. Wolcott J, Rossman LE: Intentional replantation of endodontically treated teeth: an update. Compend Contin Educ Dent. 24:68, 2003.

Muayenehanelerin temel sorunu: Sterilizasyon

■ İbrahim Belenlioğlu*

Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan kuruluşlarda sterilizasyon ve uygulama sistemleri çok önemli bir yer tutar. Sterilizasyon işlemine tabi tutulacak malzemeler ve fonksiyonları sterilizasyon çevriminde kullanılacak cihazları belirler.

YIKAMA

Çevrimin ilk işleminde el aletlerinin yıkanması söz konusudur. El ile yıkamanın yanı sıra otomatik yıkama makinaları ile de bu işlem yapılmaktadır.

El ile yıkamada basınçlı buhar püskürten enstrümanlar da kullanılabilir. Kapalı bir kaptaki ısıtılan su ile elde edilen buhar, bir buhar spreyi vasıtasıyla el aletlerinin ve enstrümanların üzerindeki kalıntıların temizlenmesini sağlar.

Yıkama ve dezenfeksiyon işleminin standart bir şekilde gerçekleştirilmesi için; Isı, Basınç, Su, Zaman, Dezenfektan kimyasallarının bir kombinasyonunda kullanılması gerekmektedir.

Ultrasonik yıkama makinaları

İçerisi sıvı dolu özel bir kap içerisinde yüksek frekanslı enerji ile oluşan hava kabarcıklarının yüzeylere çarpıp patlaması vasıtasıyla kap içerisindeki el aletlerinin yüzeyindeki partikül, kan ve dokuların yüzeyden uzaklaştırılması sağlanır.



Tam otomatik yıkama ve dezenfeksiyon makinaları



El aletlerinin yıkanması ve dezenfeksiyonu konusunda son zamanlarda otomatik makinalar da kullanılmaya başlanmıştır.

Bu otomatik makinalar içinde ısı, basınçlı su, deterjanlar ve dezenfektanlar kullanılmaktadır.

STERİLİZATÖRLER

Kuru, sıcak hava sterilizatörleri,

Sterilizasyon için gerekli olan ısıyı bünyesindeki elektrik rezistansı ile üreten, ısı kayıplarına karşı izole edilmiş, bir sterilizasyon işlem cihazıdır. Kuru sıcak hava sterilizatöründen sonuç elde etmek için, cihazın çalışma dereceleri ve süreleri şöyle tanımlanmıştır.

170 °C' de 1 saat,

160 °C' de 2 saat,

150 °C' de 3,5 saat,

Bu değerlerin sağlanmasıyla elde edilen ortamdaki uzun süre ve yüksek ısı dereceleri bazı alet ve enstrümanlar için ne yazık ki birçok olumsuzluklar yaratmaktadır.

Uzun süre ve yüksek ısı, çelik üretimi

olan el aletlerinin malzeme özelliklerinin yitirilmesine, kesen yüzeylerin deformasyonuna neden olmaktadır.

Sterilizasyon işlemlerine gereksinimi olan, Türbin, Mikromotor, Detertraj vb. gibi, enstrümanlar malzeme yapıları gereği yüksek ısıdan olumsuz etkilenirler. Ayrıca steril edilmesi gereken birçok plastik ve türevleri malzemeler, ısıya dayanıksız olup bu yüksek ısı derecelerinde hasarsız sterilize edilebilmeleri mümkün değildir.

Bu ve benzeri nedenlerle kuru, sıcak hava ortamlarında sterilizasyonun kısıtlanması söz konusu olup bu cihazların gerçek sterilizasyon çevrimindeki yetersizlikleri tartışılmaz.

Buhar Sterilizatörleri (Otoklavlar)

a) Standart Otoklavlar



Buhar sterilizatörleri; Isıya, basınca ve neme dayanıklı kapların içinde ısı, su, basınç ve zaman faktörlerinin etkinleştirilmesi ile sterilizasyon koşullarını sağlayan cihazlardır.

Sterilizasyon ortamında nem bulunduğundan sıcaklık transferi daha etkin ve hızlı olur. Kızgın buhar ve basınç steri-

lizasyon için olumlu koşullardır. Klasik buhar sterilizatörlerinde ulaşılan değerler, ısı 134°C, basınç 2 atü, ortalama sterilizasyon zamanı ise 15 dakikadır.

Tabii ki bu süreler yine etkinlik süresidir. Gerekli sterilizasyon süresi kullanılan buharlı sterilizasyon yöntemine bağlı olarak uzamaktadır.

Kapalı bir kaptaki suyun ısıtılmasıyla elde edilen basınç ve doymuş su buharı, kuru hava sterilizatörüne göre daha etkin bir sterilizasyon işlemi sağlamaktadır.

b) Buhar darbeli otoklavlar

Sterilizasyon verimliliğini arttıran yöntemlerden biri de, darbeli buhar kombinasyonudur. Belli peryotlarda sağla-



1995 den bu yana Sterilizasyonda Avrupa Standardı için prEN 13060 tanımlanmış olup üretimler bu tanıma göre değerlendirilmektedir.

OTOKLAVDA VAKUM TEKNOJİLERİ

Termodinamik prensiple elde edilen vakum ;

Isınan basınçlı kaptaki fizik kuralları kapsamında negatif basınç oluşmasıdır. Bu prensipte vakum değerleri değişken olup, pompalı sisteme göre oldukça küçük değerlerdir.

Vakum pompası ile elde edilen vakum ;

Vakum, bir pompa vasıtasıyla gerçekleştirilir. Otoklavda etkin sterilizasyon değerlerine ulaşmak için yüksek değerlerde vakum (-800 ile, -950 milibar) elde etmek gerektirir ki, ancak ileri teknolojiye sahip pompalarda bu sağlanır ve pahalı bir teknolojidir.

Vakumlu diye tanımlanan otoklavlarda vakumun gücü ve değerleri sterilizasyonun etkinliğini belirleyeceğinden seçimi bilinçli yapılmalıdır. Örneğin drayer'li kompresörlerde drayer, havadaki nemin ne kadarını tutuyor diye sorgulanırken, vakumlu otoklavlarda da vakum değerleri ve gücü sorgulanmalıdır.

nan tetiklemelerle ve basınç pompası vasıtasıyla sterilizasyon kabı içerisindeki buhara basınç atışı yaptırılır. Sterilizasyonun çeşitliliğini (genel, hassas ve hızlı program)ve etkinliğini arttıran bu yöntemle kurutma fonksiyonu da yerine getirilir.

c) Vakumlu otoklavlar

Otoklavdaki vakum, özellikle sterilizasyonu zor gerçekleştiren içi boş hacimli malzemeler için önemlidir.

Vakumlu Otoklavların programlarında genellikle, ön vakum ve son vakum işlemleri vardır.

Ön-vakum sistemi, sterilize edilecek malzemelerin otoklavda sterilizasyon öncesi havasının boşalması işlemi sağlar.

Bu işlem sayesinde paketlenmiş ve içi hava dolu malzemelerin vakum vasıtasıyla havası boşaltılmakta böylece buharın havayla teması sürecinde oluşacak yoğunlaşma durumu ortadan kaldırılmaktadır.

Otoklavın içindeki havanın boşaltılması, hava içindeki mikroorganizmaların otoklav ortamından uzaklaştırılması açısından da oldukça önemlidir.

Sterilizasyonun sonunda gerçekleştirilen Son-vakum işleminin görevi ise malzemeleri kurutmaktır

Vakumlu otoklavlarda, arzu edilen yüksek nitelikteki gerçek sterilizasyonun sağlanması belli vakum değerlerine bağlıdır ve bu değerler seterilizasyonun kalitesini etkiler.

d) Buhar jeneratörlü otoklavlar

Flash otoklavlar, türbülanslı buhar gönderimi sayesinde kısa sürede sterilizasyon yapma olanağı sağlar.

Türbülans, buharın içi boş alanı bulunan malzemeler üzerine olan etkisini arttırmakta ve sterilizasyon süresinin kısalmasına

sebeptir. Bu sterilizasyon yönteminde buhar jeneratörü çalışma prensipleri uygulanmakta olup, sterilizasyon ortamında su molekülleri daha azdır. Bu nedenle klasik ve vakumlu buhar sterilizatörlerine göre malzemeler

OTOKLAV İÇİN SU GEREKSİNİMİ

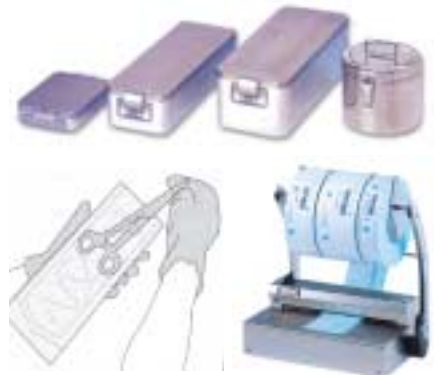


Sterilizasyonun temel ünitesi olan otoklavlar için belli özelliklere sahip olan demineralize su'lar kullanılmalıdır.

Otoklav üreticisi, ürettiği cihaz teknolojisi doğrultusunda bu suların değerlerini belirler ve kullanımı için önerir.

Sterilizasyonun kalibrasyonu ve belgelenmesi, sterilizasyon kalitesinin bütünlüğü anlamında da ele alınması gereken önemli ayrıntılardır.

özellikle hassas enstrümanlar koruzondan daha az etkilenecek, daha fazla sterilizasyon işlemine dayanabilmektedirler. Kısacası oldukça hızlı ve etkin bir sterilizasyon teknolojisine sahiptir.



STERİLİZASYONUN KORUNMASI

Sterilizasyon ideal çevriminin gerçekleştirilmesinin bir parçası da sterilizasyon işlemi gerçekleştirilmiş el aletleri ve enstrümanların kullanım anına kadar steril kalmasını sağlayan yöntemlerdir. Paslanmaz çelik özel konstrüksiyonlu kapların kullanılmasının yanı sıra steril paketlerin de bu konuda tercih edildikleri söz konusudur.

Steril paketlerin kapatılmasında avrupa standartlarına göre bazı teknikler uygulanmaktadır. Bu steril özel paketlere yikanmış ve dezenfekte edilmiş malzemeler konulduktan sonra steril pakete asgari 9 mm. genişliğinde; zaman, ısı ve basınç faktörlerinin de ayarlanmasıyla kapatma işlemi gerçekleştirilir ve otoklava yerleştirilir.

* Mak. Müh.



Arşiviniz, artık internet

Bu sayıda sizlere dişhekimliği ile ilgili bilgi ve haberlere daha rahat ulaşabilmenizde kullanacağınız bazı site isimlerini veriyoruz. Bu, sadece internette birkaç odanın anahtarı, içeride ne kadar derine gideceğiniz ise size kalmış. İyi keyifler...



www.dentalonline.com

Sadece dişhekimliği için hazırlanmış ve dişhekimliğiyle ilgili birçok konuda bilgi edinmeniz için düzenlenmiş bir site dental online. Biraz sonra vereceğim bilgiler dışında sitede interneti yeni kullanmaya başlayanlar için internette en iyi faydalanmanın yollarını anlatan oldukça içerikli hazırlanmış bir bölüm

var. Sitedeki linkleri kullandığınızda internette dişhekimliği ile ilgili kaynaklara ulaşabilmeniz yollarını bulabilirsiniz hatta bunun için kullanabileceğiniz yerli ve yabancı site isimlerine sahip olabilirsiniz. Bununla birlikte internet üzerinden satış yapan yabancı firmaların ürünlerini inceleyebilir, dişhekimliği ile ilgili haberlere, kurumlara, firmalara, yerli ve yabancı okullara, dergilerle sitelere ulaşabilirsiniz. Ayrıca en önemlisi klinik bilim dalları ile ilgili yayınlara, sitelere ve detaylı bilgilere sahip olabilirsiniz.



www.ido.org.tr

İstanbul Dişhekimleri Odası tarafından hazırlanan bu site İstanbullu dişhekimlerine hizmet vermek için hazırlanmış gibi görünse de içerdiği linkler ve bilgi arşivi tüm Türkiye'deki dişhekimlerine hizmet edebilecek düzeyde bir site olmuş. Sayfayı açtığımızda karşılaştığımız yönetmelikler, gerekli bilgiler, asgari ücret tarifesi, ilanlar, bilimsel yazılar, duyurular, haberler gibi bölümleri kullanarak çok geniş bilgilere ulaşabilirsiniz. İstanbul Dişhekimleri Odası tarafından çıkarılan derginin geçmiş sayılarını da bu siteden inceleyebilirsiniz. Klinik Dergisi bölümünde ise öğretim üyesi meslektaşlarımız tarafından hazırlanan ve içerik olarak hepimizin ilgisini çekecek bilimsel çalışmalara göz atabilirsiniz.

www.internetrehberi.com

Hem Türkçe hem İngilizce hazırlanan



bu site birçok konuda ulaşabileceğiniz web site adreslerini veriyor. İçerisinde spordan politikaya, eğlenceden sağlığa karıştırmamız için birçok site bulunuyor. Sol üstteki sağlık kısmına girdiğinizde sağlık konusundaki faydalı bilgiler ve ilgili web sitelerine ulaşabilirsiniz.



www.dentalcare.com

İngilizce yayın yapan ve uluslararası alanda bilgi araştırması yapmak isteyen meslektaşlarımız için oldukça iyi hazırlanmış bir site. Bu siteye girdiğinizde istediğiniz konuda arama yapabilir, yeni olan ürünleri görebilir, dişhekimi, diş teknisyeni, dişhekimi yardımcısı ve hasta eğitimi ile ilgili konularda bilgilenilebilir, yapılan araştırmalara ve online dergilere ulaşabilir, seçtiğiniz konuyla ilgili slaytları inceleyebilir, merak ettiğiniz ürünlerle ilgili bilgileri toparlayıp yetersiz bulursanız detaylı araştırma yapabilir ve uluslararası dental sektörde istediğiniz her konudaki bilgiye buradaki linkleri kullanarak ulaşabilirsiniz. Bağlantılı olan linkleri kullanarak da diğer uluslararası web sitelerini ziyaret etmeniz mümkün...



**Benlioğlu Dental
Yönetim Kurulu Başkanı
Müşfik Benlioğlu:**

'Alanımızda dünyanın sayılı üreticilerinden biriyiz'

ABD'de her 6, Japonya'da her 5 dişhekiminden birinin Türkiye'de üretilen ışıklı dolgu cihazlarını kullandığını biliyor muydunuz? Dünya çapında % 15'lik bir pazar payına sahip olduklarını belirten Benlioğlu Dental Yönetim Kurulu Başkanı Müşfik Benlioğlu, 'Türkiye modern dünyadaki yerini daha etkin bir şekilde aldıkça bizler de daha kolay işlerimizi geliştirebiliriz' diyor.

TDBD: Benlioğlu Dental A.Ş. yi bize kısaca tanıtır mısınız?

Müşfik Benlioğlu: Hacettepe Ü. Dişhekimliği Fakültesi'nden eşimle beraber 1982 yılında mezun olduğumuzda kendi kliniğimizin ihtiyaçlarını temin etmek için firmamızı kurduk ve ithalata başladık. Fakat başlar başlamaz, işimiz kendimize göre hızla büyüdü ve dişhekimliğini fiilen bırakarak tamamen ticaret yolunu seçtik ve mesleğimize bu yönde faydalı olmaya çalışarak 20. hizmet yılımızı geride bıraktık.

Bu 20 yıl içerisinde STABİLOK dentin pinleri ve toz-likit SUPER-C kompozit ile başladığımız yolumuza zaman içinde cihazlar dahil oldu ve bugün itibarıyla sadece Dental Ekipman ithalatı, satışı ve üretimi ile uğraşmaktayız.

TDBD: Bildiğimiz kadarıyla ihracat yapan firmalar arasında en eskilerinden biri de sizin firmanız. İhracata geçişiniz nasıl başladı?

M.B.: 1988 yılında ışıklı kompozitlerin Türkiye'deki kullanımlarının artması üzerine, Işıklı Dolgu Cihazı üretimi için çalışmalarımıza başladık ve bir yıl sonra ilk modellerimizi üretmeye ve yurtiçinde satmaya başladık. 1990 yılında ilk yurtdışı sergimize New York da katılarak ihracat gayretimize başladık. O sergide, satış yapmak bir yana sadece, ne kadar zor bir yola heveslendiğimizi anladık. O günden sonra 40'ın üzerinde sergiye katıldık.

Dünyanın dört bir tarafına (Amerika, Japonya, Brezilya, Avrupa, Uzakdoğu) bayrağımızı taşıdık ve yurt dışında dental sergilere katılan ilk Türk firması olmanın gururunu yaşadık. Her milletin bayrağının çekili olduğu sergilerde kavga gürültü Türk bayrağı çektirdik. Bir kere Chicago'da bayrağımız sonradan gelince diğerlerinin 3 misli büyük bir bayrak herkesin dikkatini çekti. Ama şimdilerde böyle bir sorunumuz kalmadı. Türkiye modern dünyadaki yerini daha etkin bir şekilde aldıkça bizler de daha kolay işlerimizi geliştirmeye başladık.

İlk sergimizde tam bir moral çöküntü yaşadık ama yılmadan çalışarak bugün dünyanın sayılı Işıklı Dolgu Cihazı üreticilerinden biri olduk. Bu süreç 14 yıllık zorlu bir süreç. Tüm yerli üreticilere aynı yolu takip etmelerini öneriyoruz ve bugün bir kaç firmanın daha ihracata odaklanarak üretim yaptığını sevinerek görüyoruz. Belki de 2005 IDS sergisinde ilk defa bir Türk pavyonu kurarak milli sanayimizi daha kuvvetli bir şekilde topluca DİŞSIAD olarak temsil edeceğiz.

Firmamız, bugün için Türkiye'den Japonya'ya elektrikli bir cihaz ihraç eden, Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi'ne kayıtlı ve 60'tan fazla ülkeye toplam 100.000 birim cihazı ihraç edebilen ülkemizdeki, dahası İtalya'dan Güney Kore'ye olan coğrafyadaki tek dental ekipman üreticisi ve ihracatçısı firmadır. Firmamızın tüm faaliyetleri içinde en çok gurur duyduğumuz iş

yapabildiğimiz bu ihracattır.

TDBD: İhracatlarımızı daha çok hangi ülkelere yapıyorsunuz?

M.B.: Ağırlıklı olarak; ABD, Japonya ve Avrupa ülkeleri yüksek miktarlı alımlar yapıyorlar ama globalizasyonun bizim gibi firmalara sağladığı serbest ticaret ortamı sayesinde, Kostarika Sağlık Bakanlığı ihalesinden, Suudi Arabistan Sağlık Bakanlığı ihalesine veya Madagaskar gibi otantik pazarlara bile ulaşabiliyoruz. Tüm dünyada % 13 – 16 gibi bir pazar payımız olduğunu hesaplıyoruz. Bu payımızı geliştirebilmek için sürekli AR-GE çalışmalarımıza ve gelişmiş üretim teknolojilerine kaynak ayırmaktayız.

TDBD: İhracat yapabilmek için cihazlarımızın hangi kriterleri taşıması gerekmektedir?

M.B.: Her şeyden önce cihazların en son teknoloji ile donatılmış olması ve tüm dünyadaki güvenlik normlarını karşılaması gerekmektedir. Bunun için tüm cihazlarımız elektrik güvenliği yönünden test edilmiş ve onaylanmıştır. Halojen lambalı cihazlarda dünyadaki en ileri cihazları ürettiğimizi söyleyebilirim. Birçok Amerikan test kuruluşu (CRA, REALITY ve DENTAL ADVISOR gibi), cihazlarımızı test edip rakiplerimizden çok daha yüksek notlar verdi. Zaten bu tarafsız raporlar sayesinde ABD’de her 6, Japonya’da her 5 dişhekiminden biri bizim HILUX cihazlarımızı kullanmaktadır. Halojen cihazlarımıza ilaveten gelecek yılların teknolojisi olan LED ışık kaynaklarını kullanarak yeni LEDMAX modellerimizi ürettik ve ihracata başladık.

TDBD: İhracatın yanı sıra ithalat konusunda firmanız ne gibi faaliyetler gösteriyor?

M.B.: Türkiye dental ekipman sektöründe önde gelen firmalardan birisiyiz. İthal ekipmanlarımız tüm dişhekimliği fakültelerinde, SSK, Sağlık Bakanlığı gibi resmi kurumlarda ve binlerce özel klinikte kullanılmaktadır. Bundan ayrı olarak Dentaurum firmasıyla ortodontik pazarda çok ciddi bir pay sahibiyiz.

Sektördeki bir çok ilk firmamız tarafından yapılmıştır. Bunlar arasında, döviz fiyatlı satış katalogunu ve ilk 800 lü ücretsiz müşteri hattını sayabiliriz. Bunları daha 1993 yılında yapmıştık, daha sonra başka firmalarda aynı yöntemleri uygulamaya başladılar.

Bugün itibarıyla, ışıklı dolgu, tüm başlıklar, tüm ufak ekipmanlar, ithal ünit ve röntgen cihazlarında önemli bir pazar payımız olduğunu düşünüyoruz. Özellikle SIRONA ürünlerinin yakın bir gelecekte bir çok kalemde dişhekimlerimizin kesin

tercihi olacağını bekliyorum.

TDBD: Türkiye ve dünya pazarlarında geleceğe dönük hedefleriniz nelerdir?

M.B.: Türkiye dental sektöründe hedefimiz: Dişhekimlerimizin klinik ekipman ihtiyaçlarında birlikte çalışmak isteyecekleri ilk akla gelen firma olmak, satış öncesi ve satış sonrası en iyi teknik servisi verebilmek, fiyat/kalite oranı en yüksek ürünleri sunmak ve her yönüyle profesyonel ve kaliteli bir hizmet vererek koşulsuz olarak dişhekimlerinin memnuniyetini sağlamaktır. Bunun için kendi malımız olan Ankara’daki 2500 m²’lik merkez binamıza taşındık ve buradan daha iyi ve organize bir hizmet vermeye başladık. Teşhir salonumuzda bir ilk olarak her şeyiyle çalışan kliniklerde hekimler tüm cihazları hastaları üzerinde veya sadece çalıştırarak deneme olanağını bulacaklar. İstanbul’daki şubemizi de benzer şekilde en modern teşhir ve deneme olanaklarına gelecek sezon içinde büyük bir yatırımla kavuşturmayı planlıyoruz. Dünya pazarlarındaki hedefimiz: Işıklı Dolgu Cihazları pazarında fiyat/kalite oranı en yüksek cihazları üretmek ve dünyadaki pazar payımızı % 25’lere çıkartabilmek, yani dünyadaki her 4 dişhekiminden birinin Türkiye’nin ürettiği Işıklı Dolgu Cihazlarını kullanması sağlamaktır.

TDBD: Ekipmanlarla ilgili en sık karşılaştığımız sorunlar neler oluyor?

M.B.: Benim gözlemime göre en çok ihmal edilen ekipmanlar, otoklav eksikliği, yeterli sayıda aerotör başlığı ve angldrüva olmaması, kompresör ve aspiratör gibi göz önünde olmayan cihazların gerçekten unutulması, modern teşhis cihazlarına kuşkuyla yaklaşılması ekipman satışlarının artması önünde sürekli bir engel olmaktadır. Bu direnci ancak TDB’nin hekimleri teşvik etmesiyle aşabileceğiz. Yoksa büyük bir çoğunluk olmazsa olmaz temel bir ekipman listesi ile meslek hayatını sürdürüyor. Meslekten iyi ve sürekli bir kazanç temin etmenin ve içinde yaşadığı toplum kesitinde saygınlığını artırmanın yolunun bir kısmı da teknik donanımın yapılmasıyla mümkündür.

Bazen’ de maddi karşılığı çok küçük, ama tedavi kalitesini çok yüksek oranda etkileyen detaylarda genel bir dirençle karşılaşıyoruz. Mesela kendi konumuz diye sıkça karşılaştığımız bir sorun ışıklı dolgu cihazlarının ampullerinin yanmadan değiştirilmemesidir. Halojen lambaların ü-



‘60’tan fazla ülkeye toplam

100.000 birim cihazı ihraç

edebilen ülkemizdeki, dahası

İtalya’dan Güney Kore’ye olan

coğrafyadaki tek dental ekipman

üreticisi ve ihracatçısı firmayız.

Firmamızın tüm faaliyetleri içinde

en çok gurur duyduğumuz iş,

yapabildiğimiz bu ihracattır.’

rettiği ışık yoğunluğu sürekli olarak azalır ama ampul yanmaya devam eder. Bu olay tedricen olduğundan hekimler bunu çıplak gözle fark edemiyor ve bu cihazla yaptıkları dolgular bazen düşüyor, bazen hassasiyet yapıyor, hatta kimyasal nekroza giden sonuçlar olabiliyor. Restoratif maddenin tabanda tam olarak polimerize olmaması, mekanik tutuculuğun olmaması ve asitlerin serbest bir şekilde kalmasına neden oluyor. Bütün bunlar kolaylıkla değişecek bir ampul yüzünden oluyor. Ancak, çoğu kez göz ardı edilebiliyor.

TDBD: Dişhekimlerinin de ekonomik krizden etkilendiklerini göz ardı etmiyor musunuz?

M.B.: Bu güne kadar muayenehanesine yatırım yapan her hekimin en geç beş yıl içinde bu yatırımın kat ve kat üzerinde gelirini artırdığına kesinlikle şahit olduk. Çünkü hem hekimin mesleki tatmini artıyor, hekimin bedensel kronik ağrı ve işkeletsel bozuklukları en aza iniyor, tedavi süresi kısılırken kalitesi yükseliyor ve doğal olarak hastalar kendilerinin doğru adreste olduğunu düşünüyorlar.



Dişhekimliğinde koruyucu hekimlik ve Türk halkının ağız ve diş sağlığını iyileştirme projesi

■ Davut Kayhan*

Bir dişhekiminin çocuklarının dişlerinin çürük, çapraşık, bazı dişlerinin eksik ve diş etlerinin de enfektif olabileceğinin düşünebiliyor musunuz? Olamaz! Çünkü dişhekimleri çocuklarına proflatik kuralları öğretmek ve uygulayarak bunu engelleyeceklerdir. Tüm dişhekimleri çocuklarını dişlerinin çürümmesine, çekilmesine müsaade etmeyecekleri gibi onların dolgu yaptırılmalarına bile gönülleri razı olmayacaktır. Çünkü onlar bilirler ki hiçbir dolgulu diş, hiçbir kanal tedavili diş, hiçbir protez insanın sağlıklı kendi dişinin yerini tutamaz.

Buradan şu sonuca varmak istiyorum. "Aslında ağız ve diş sağlığı koruyucu hekimlikle büyük oranda garanti altına alınabilir." Bir dişhekimini çocuğunun bir şeker hastası olmamasını belki garantileyemez, belki Allah korusun CA olmasını garantileyemez. Ama ağız ve diş sağlığını büyük ölçüde garanti altına alabilir.

Evet! Koruyucu hekimliğin başarılı olabilmesi için, dişhekimlerinin bu açıdan toplumdaki tüm çocukları kendi çocukları gibi düşünmeleri gerekiyor. Peki bu mümkün mü? Bence mümkün. Hem de çok kolay. Ve maliyeti de yok.

Dişhekimleri fakültede gerçekten çok güzel yetişiyorlar ve gerçekten koruyucu hekimlik nosyonu ile yetişiyorlar. Sadece bu nosyonu uygulayabilecekleri bir sistemin içinde çalışmıyorlar. Şu andaki sistem çürüten diş çekmeye, çekilen diş yapmaya yönelik.

Dişhekimleri koruyucu hekimlik adına dolgu yapıyor, kanal tedavisi yapıyor diyebilirsiniz. Ben buna katılmıyorum. İdeal bir koruyucu hekimlikte dolguya da gerek kalmaz. Hele hele kanal tedavisine hiç gerek kalmaz. Evet! Artık anlayışlar değişmeli, diş çekimi çok büyük bir bağımlılık sayılmalı. Bir kişiye senin parmağın ağrıyor, senin parmağın keselim desek kabul eder mi? Etmez! Diş de o hale gelmeli, insanlar diş çekimine parmağı gangren olup mecburen ampute edilen bir kişinin üzüldüğü kadar üzülür hale gelmeli. Artık insanlarımız diş çekimini, dolguları, protez uygulamalarını kendilerinin bir kardeşimiş gibi algılamamalı.

Teşbihte hata olmaz. Ben diş çürüklerini, diş çekimini, diş enfeksiyonlarını, periodontal kayıpları trafik kazalarına benzetiyorum. Türkiye'de kaportacı çok, motor tamircisi çok, lastik tamircisi çok. Yani diş çeken, protez yapan hekim çok. Ama trafik kuralla-

rını anlatan kimse yok. Yani çürük proflaksisi yapan, diş flor uygulayan, hastaya oral hijyen eğitimi veren hekim çok az.

Ülkemizde maalesef koruyucu hekimlik yapılmıyor. Toplumumuz da çok bilinçsiz. Halkımızın çoğu dişlerini fırçalamıyor, fırçalayanların da çoğu hatalı fırçalıyor. İnsanlarımız, diş fırçalamanın diş macununu ağızda köpürtmek demek değil, bakteri plağını tüm diş ve diş eti yüzeyinden uzaklaştırmak olduğunu bilmiyor.

Burada halkımızı suçlamanın hiçbir anlamı yok. Bir yanlış yüz kişiden on kişi yapıyorsa suçu o on kişide bulabilirsiniz, ama bir yanlış yüz kişiden 99'u yapıyorsa suçlu o 99 kişi değildir. Suçlu o işi bilen ve doğrusunu anlatmayan, anlatamayan kişilerdir. Yani suçlular tüm dişhekimleri ve Türkiye'nin sağlık politikasının yönlendiren bürokratlarıdır.

Türkiye'deki koruyucu hekimlik çalışmalarını yılda bir kez yapılan ve daha çok ticari amaç güden diş koruma günlerinden ve okullarda yapılan diş taramalarından öte gitmiyor. Yapılan ağız ve diş sağlığı taramalarında var olan kötü durumu tesbit etmekten öte bir işe yaramıyor. Önemli olan var olan kötü durumu tesbit etmek değil, o kötü durumun oluşmasını önlemektir.

İnsanımızı eğitmek, onun sağlığı korumak devletimizin en önemli görevlerinden biri ise artık devletin bu konu üzerine samimiyetle eğilmesi gerekiyor. Çünkü bu konudaki bireysel çabalar kesinlikle sonuç vermeyecektir. Bu sorun bir politikası haline gelmeden çözülemez.

Ve sorunun çözümü için dişhekimliği fakültelerindeki akademisyenlerin, odaların, derneklerin bu konuyu tartışması gerekiyor.

Bu konuda benim önerilerim;

1- Resmi sağlık kurumlarında çalışan tüm dişhekimleri koruyucu hekimlikle görevlendirilsin: Hastanelerdeki diş hekimleri maalesef çok verimsiz çalışıyorlar. Dişhekimliği mesleğinde tedaviler hem teknik hem de zaman açısından resmi sağlık kurumlarında yapılamıyor. Düşünün; bir kanal tedavisi için yarımşar saatten üç seans uygulandığında bir buçuk saat yapıyor. Bir dişhekimin hastanede bir hastaya bir buçuk saat ayırma imkanı yok. Bizim hastalarımız dişleri ağrımandan dişhekimine gitmediğine göre geriye tek alternatif kalıyor; o da çekim.

İşte yukarıda saydığı olumsuzluklardan dolayı resmi kurumlardaki dişhekimleri öncelikli olarak koruyucu hekimliğe yönlendirilmelidir.

2- Altı ayda bir diş kontrolü yapılınsın: Gün-

müzde neredeyse herkesin sağlık sigortası, dolayısıyla ile de sağlık karnesi var. Bu sağlık karnelerine 12 yaşına kadar olmak üzere diş kontrol bölümü konulmalı (karışık dişlenme döneminin bitimine kadar). (Bu işlem için ayrı bir diş sağlığı karnesi de yapılabilir.) Ve çocukların ilk dişlenme döneminden itibaren 6 ayda bir dişhekimine gidip kontrolden geçmesi zorunlu olmalı. Bu kontrolü yaptırmayanların diğer hastane işlemleri de yapılmamalı. Yani insanlar aşı günlerinde nasıl gidip çocuklarının aşılarını aksatmadan yaptırıyorlar ise 6 ayda bir hastaneye gidip diş ve ağız sağlığı kontrolünden geçmelidir.

Bu kontrolde dişhekimisi;

- Hem çocuklara hem de ailelerine oral hijyen eğitimi vermeli
- Çürük proflaksisi yapmalı
- Diş eti sağlığını değerlendirmeli
- Ortodontik proflaksisi yapmalı (sürme rehberliği, yer tutucu)
- Gerektiğinde ortodonti uzmanına sevk etmeli
- Diş sağlığı için ideal beslenme şekline anlatmalı
- Ağızda belirti veren sistemik hastalıkları yakalayıp uzman hekime sevk etmeli

Bu uygulama sonucunda;

- Kişiler ağız ve diş sağlığının önemini kavramış olacak ve varolan umursamazlıkları ortadan kalkacak.
- Herkes ideal diş fırçalama şeklini öğrenecek ve uygulayacak
- Dişlere profesyonel proflaksi yapılacak (flor, fissur sealent) Böylece dişlerin çürüğe karşı direnci artırılmış olacak.
- Varsa çürükler erken devrede tespit edilip dolgu ile restore edilecek.
- Mümkün olduğunca diş kayıpları önlenmiş olacak.
- Ortodontik anomoliler zamanında tespit edilip tedavi için yönlendirilmiş olacak.
- Kişiler dişhekimleriyle ilk olarak basit ve ağrısız işlemlerle tanıştığı için dişhekimisi korkusu yenilmiş olacak.

3- İçme sularına flor katılınsın: Türkiye'nin sularındaki flor oranına göre bir flor haritası çıkarılmalı ve gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, diş yapısının çürüğe karşı direnç kazanması için gerekli bölgelerde sulara flor katılmalı.

Tüm bu uygulamalar sonucunda; ağızda diş çürüğü olmayan, dişleri çapraşık olmayan, diş etlerinde enfeksiyon olmayan, dolgu ve protez yaptırmadan ömür boyu dişlerinin tamamı sağlıklı bir şekilde kullanan bireyler oluşturabiliriz.

*Dişhekimisi

NANO-BOND™

Nano partikülle güçlendirilmiş self-etch primer ve adeziv sistem

Nano-Bond sistem özel formülasyonlu self-etch primer ve adeziv sistemden oluşur. HEMA içeren primer, PH'ı 1 olarak asit etkiyle başlar ve hızlı bir şekilde nötralize olur. Nano-Bond self-etch primer sulfonik asit içerir. Bu sayede, diş tam olarak asitlenir fakat dentin tübülleri kapalı kalır. Bu da post operatif hassasiyetin azaltılmasında çok önemli bir faktördür. Konvansiyonel yolla asitleme de ise dentin tübülleri açıktır. %37'lik fosforik asit özellikle mine kesilmemişse mine kenarlarında kullanılabilir. Nano-Bond, nano partikülle güçlendirilmiştir. Buda resinin asitlenmiş yüzeye infiltras-



yonunu güçlendirir ve sağlam bir arayüz oluşturur. Bu partiküllerin molekül birleşim yapısı mağara şeklindedir. Bu yapı, elastiklik modülüsünü ve sağlamlığı artırır. Resin özel bir komponent içerir. POSS denilen bu komponent fonksiyonel bir dolgudur. Nano-Bond kiti içerisinde dual cure activator de vardır. Dual cure activator, resinle karıştırılır ve tüm kimyasal ve dual cure resin sistemlerinde yüksek bağ kuvveti sağlar.

*DENTALYA EXPODENTAL 2003'te
"Dentanet" standında*



The WAND (Compudent – Compumed)

Dişhekimliği ve tıpta kullanılan
Bilgisayar Kontrollü Lokal Anestezi Cihazı.

En zor enjeksiyonlarda bile kullanım kolaylığı, ağrısız anestezi ve hasta rahatlığı sağlar. Klasik blok anestetiklerine ilave olarak yeni teknikler sunar. Otomatik aspirasyon yaparak risksiz ve tehlikesiz anestezi yapılır. İğne sapması olmadığı için %100 başarı olup, anestezinin tutmama riski yoktur. Daha az solüsyon ile daha uzun anestezi sağlar. Doku direnci arttuğunda hastanın ağrı duymaması için otomatik olarak durur. Yazılım güncellemesi yapılabilir. Hekimin iğne yaralanmasını önleyen sisteme sahiptir. Her tür enjeksiyonda maksimum konfor ve rahatlık sağlar. Hastanın stresini, ağrı ve heyecanı

azaltır. Kontrollü ve daha iyi dokunma hissi verir. Doktorun stresini azaltır. Bütün enjeksiyon çeşitlerinden pratik ve kullanılışlıdır. Otomatik aspirasyon yapar. Tüm yeni anestezi kartuşları kullanılabilir. (2 cc'lik karpiller dahil) Verilen Anestezi miktarını ses ve ışıkla uyarır. Ergonomik tasarım ile çocuk dişhekimliğinde endikedir. Arka dişlere PDL anestezi yapılabilen tek üründür. Mikroişlemci kontrollü doku yoğunluğuna uygun anestezi imkanı sağlar. ADA onayı vardır.

*DENTALYA EXPODENTAL 2003'te
"Ahter" standında*



Optilight LD

Işıklı Dolgu Cihazı

Optilight foto polimerler LD, ışık spektrumu halojen ampullü ışıklı dolgu cihazlarına nazaran daha seçici olup, 93-260V – 50/60Hz aralığındaki polimerizasyon esnasında yaydığı 470 nm yoğunluğundaki soğuk ışık rezini ile daha etkili, güvenli ve vantilatör sistemine gerek duymadığından sessizdir. 90 saniye kullanım zamanı içinde, her 10 saniyede bir sinyal veren OPTILIGHT LD, her ünit tabletime, kreşuarına, duvara ve dolaplara kolayca monte edilir.

*DENTALYA EXPODENTAL 2003'te
"Esti" standında*



MELAclean

Otomatik yıkama ve dezenfeksiyon cihazı

Sterilizasyon çevriminde el aletlerinin yıkanması ve dezenfeksiyonu konusunda bugüne değin insan faktörü ön plandaydı. Yardımcı personelin farklı uygulamaları değişken sonuçlar oluşturmakta ve sterilizasyonda nitelikli bir çevrimin başlangıcında kuşkulara neden olmaktadır. Almanya'nın MELAG firmasının tıp sektörüne sunmuş olduğu bu yeni ürün güvenli bir sterilizasyondan beklenenlere katkıda bulunmaktadır.

MELAclean

Tedavide kullanılan el aletlerini tedaviden sonra yıkanması ve dezenfeksiyonunu sağlayan otomatik bir cihazdır. Tıbbi aletlerin yıkanması ve dezenfeksiyonuna yönelik koşulları yerine getirebilecek teknolojiye ve programa sahiptir. Elektro mekanik işlemci ve donanımlarıyla sağlanan yıkama ve dezenfeksiyon işlemleri ile güvenli ve standart sonuçlar oluşturur.

*DENTALYA EXPODENTAL 2003'te
"DMS" standında*



GUTTA CUT

Hassas gutta kesici

VDW'dan endodontik tedavilerinizde basit ve çok kullanışlı bir yenilik daha. Birçok dişhekimini başarılı bir endodontik kavite preparasyonu sonrasında guttaperka kesimi sırasında nahoş tecrübeler yaşamıştır.

Gutta cut nerdeyse dolmakalem büyüklüğünde oral kavitede çok rahat hareket imkanı veren, otoklava girebilen ve kavite girişine göre seçebileceğiniz dört

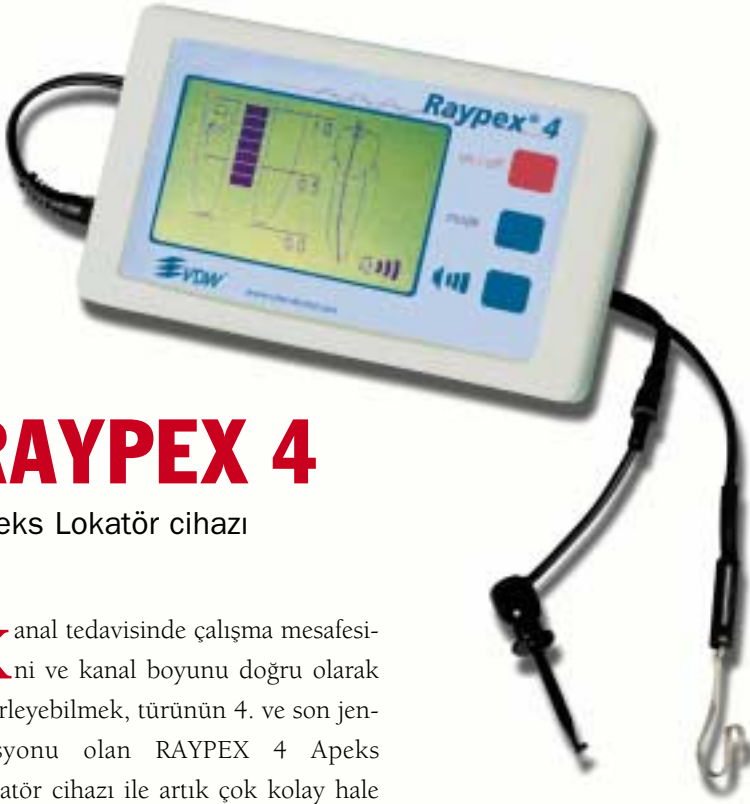
değişik tipteki ucu sayesinde çok hassas kesimler yapabileceğiniz bir cihaz.

Ön ısıtma gerektirmez dolayısıyla kaviteye soğuk halde soktuğunuz cihaz ile saniyelerle guttaperka kesimini yapıp yine soğuk şekilde kaviteden çıkartabilirsiniz.

Masaüstü şarj ünitesi sayesinde sürekli kullanımınıza hazır haldedir.

Ateşten korkmayan ve ağzı yanmayan hastalar için Gutta Cut kullanmanızı öneririz.

*DENTALYA EXPODENTAL 2003'te
"Unimed" standında*



RAYPEX 4

Apeks Lokatör cihazı

Kanal tedavisinde çalışma mesafesini ve kanal boyunu doğru olarak belirleyebilmek, türünün 4. ve son jenerasyonu olan RAYPEX 4 Apeks Lokatör cihazı ile artık çok kolay hale getirildi. Klasik X-ray ve RAYPEX 4 ile yapılan ölçümler karşılaştırıldığında RAYPEX 4, iki boyutlu görüntü verebilen ve genelde hekimleri yanıltan yöntemlere göre kesin sonuç veren ve hekim ve hastayı radyasyonun olumsuz etkilerinden koruyan bir çalışma kolaylığı sunuyor.

Cihaz NiTi enstrümanlarla ve kanalın her türlü (kuru, kanlı, cerahatlı vs.) durumunda dahi kesin ölçümler yapabilmektedir.

Cihazı diğer sistemlerden ayıran en büyük özellik ise geniş ve yüksek kon-

trastlı masa üstü ekranı sayesinde dilermeniz görüntü dilermeniz ses ve hatta dilermeniz her iki uyarı modu eşliğinde çalışma yapılabilmesi ve apeks'e 1mm mesafeden itibaren 1/10 mm hassasiyetle izlenebilmesidir. Neredeyse cep telefonu büyüklüğünde olması, şarj edilebilmesi, CD ile desteklenen kullanım kolaylıkları sayesinde endodontik tedavilerinizde kesin başarı sağlamanız artık çok kolay.

*DENTALYA EXPODENTAL 2003'te
"Unimed" standında*

Multi-Layer

İkinci jenerasyon Fiber-Splint



İkinci jenerasyon Fiber-Splint dişhekimlerine kolay kullanım sağlamaktadır. Fiber-Splint ML altı kat üst üste dikilmiş Fiber-Splint bantlarından oluşmaktadır. Bu üst üste konmuş hazır katlar aplikasyon esnasında tedavi süresini kısaltmaktadır. Bandın esnekliği ise kalıcıdır.

*DENTALYA EXPODENTAL 2003'te
"Öncü Dental" standında*



Twin Power Turbine 4H

Çift çark teknolojisine sahip süper yüksek tork türbinin

Turbo besleyici sayesinde daha güçlü bir itiş gücü oluşturur. Çift çark teknolojisi ve akışkan dinamik yapıya sahiptir.

Aero Skirt (Hava Eteği)

Türbin kafasındaki basınç fazlası kirli havanın içeri sızmasını engeller. Hava eteği, alt taraftan dışarı çıkarak bir tür hava duvarı oluşturur ve içeri yükselen kirli havayı engeller. Hijyeniktir (Anti Suck-Back)

Break Ring (Fren Halkası)

Geri hava çekişini ve bunun zarar vermesini engelleyen hızlı fren sistemi vardır. Kompakt kafa tasarımı ve yüksek Torkla sessiz çalışır. Metalik dönüş sesi duyulmaz.

Yüksek hıza dayanıklı Seramik Rulmanlar sayesinde Uzun ömürlüdür. Otoklav ile sterilizasyona uygun tasarlanmış ışığı yönlendiren cam silindirik yapısı vardır. Push Button açacaklıdır.

Cihazın 10,5 ve 13 mm'lik farklı Türbin Kafa çapı olan iki modeli vardır ikisi de ışıklıdır.

4 yollu ışıklı couplinger ile uyumludur

"Metco Dental"

Tel: 0 216 345 74 24

Kurs Kongre, Sempozyum

79. Avrupa Ortodonti Derneği Kongresi

10-14 Haziran 2003
Prag Kongre Merkezi
Çek Cumhuriyeti
+42 2 242 10650
+42 2 260 130
eoslondon@compuserve.com

Türk Dişhekimleri Birliği 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

17-21 Haziran 2003
Antalya
Tel: 0242 237 52 52
Fax: 0242 237 55 88
www.dentalya.org/2003

Avrupa Dental Ergonomi Derneği (ESDE) 17. Yıllık Toplantısı

4-5 Temmuz 2003
Koblenz, Almanya
+32 11 27 44 90
secretary.esde@skynet.be
www.esde.org

5. Uluslararası Ağız Diş Sağlığında Dişhekimliği Yasaları ve Hasta Hakları

31 Temmuz – 3 Ağustos 2003
Creighton Üniversitesi
Omaha (Nebraska) A.B.D.
WWW.IDEALS.AC

22. ICOI Dünya İmplantoloji Kongresi

14-17 Ağustos 2003
Conrad Hilton Oteli-İstanbul
Tel: 0212 532 32 18
Faks: 0212 5323254
www.toid.org
e-mail: toid@toid.org



FDI Sydney 2003 Dünya Dişhekimliği Birliği Kongresi

18-21 Eylül 2003
Sydney - Avustralya
Tel: + 33 4 50 40 50 50
Fax: + 33 4 50 40 55 55
e-mail: congress@fdiworlddental.org

Oral Cerrahi Derneği VI Bilimsel Kongresi

21 – 26 Eylül 2003
Renaissance Antalya Resort
Oral Cerrahi Derneği
İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Çapa 34390 İstanbul
Tel : 0 212 631 22 50
Fax : 0 212 631 22 49

Uluslararası Ortodontide Yüksek Lisans Programı

Ekim 2003
Tel-Aviv Üniversitesi,
Ramat Aviv-İsrail
Son başvuru tarihi: 30 Nisan 2003
Tel: 00972-3-640 74 56
Fax: 00972 3 640 9250
e-mail: rachelt@post.tan.ac.il

Prag Dişhekimliği Günleri
Çek Dişhekimleri Birliği
Yıllık Uluslararası Kongresi
22-25 Ekim 2003
Prag - Çek Cumhuriyeti
Tel: +420 224 918 613
Fax: +420 224 917 372

STOMATOLOGY 2003

14 - 16 Ekim 2003
Almata, Kazakistan
+44 20 7596 5184
+44 20 7596 5111
rmamedsalakhova@ite-exhibitions.com

SWEDENTAL 2003

23 - 25 Ekim 2003
Stockholm Uluslararası Fuar ve
Kongre Merkezi
+46 8 749 4320
+46 8 749 4432
susanne.norden@stofair.se
www.swedental.org

Portekiz Dişhekimleri Birliği 2003 Kongresi

13 - 15 Kasım 2003
Avrupa Kongre Merkezi,
Santa Maria da Feira, Portekiz
+351 22 619 76 90
+351 22 619 76 99
ordem@ordemedicosdentistas.pt
www.ordemedicosdentistas.pt

Türk Dişhekimleri Birliği 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

Haziran 2004
İstanbul
Tel: 0212 225 03 65
Fax: 0212 296 21 04
www.ido.org.tr



1976 Mezunları

1976 yılı İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi mezunları 3 Mayıs Cumartesi günü İ.Ü. Baltalimanı Sosyal Tesisleri'nde biraraya geldiler. Biraz kilo alınmış, hafif göbek bağlanmış, yüzlerdeki çizgiler biraz daha derinleş-

miş, saçlar dökülmeye başlamış olsa da yemek neşeli bir atmosferde geçti. Yemeğe katılanlar öğrencilik günlerine ait tatlı anılarını anlattılar, şakalar yaptılar, gelecek yıl yine biraraya gelme sözü ve rerek ayrıldılar.

İDEX '03

İSTANBUL ULUSLARARASI AĞIZ VE
DİŞ SAĞLIĞI CİHAZ VE EKİPMANLARI FUARI

16-19 Ekim 2003

