TDBD

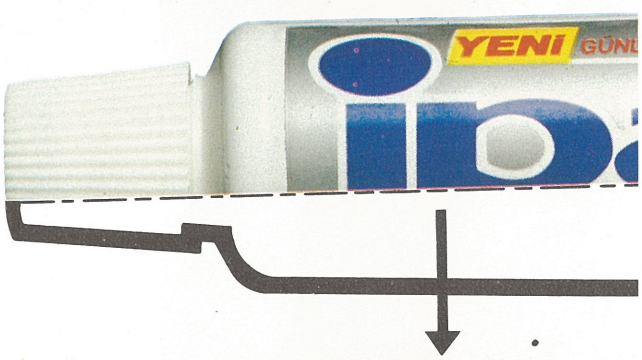
Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

Sayı : 19
Eylül 1992



Türkiye'nin İlk Fluorid'li Anti-Tartar Diş Macunu Şimdi Lamine Tüpte!

rpm/radar cdp europe



Lamine tüp katlarının açılımı.

Lamine tüp dayanıklıdır.
Yanlış kullanım sonucu parçalanmaz.
Kesici hale gelmez.
Sıvıya, ışığa, kokuya ve havaya karşı dirençlidir.
Diş macununun tüm niteliklerinin son kullanım tarihine kadar korunmasını sağlar.

- İpana Anti-Tartar fluorid'lidir.
- Fluorid'li İpana Anti-Tartar bilinçli olarak seçilen beyaz rengiyle dişeti hastalıklarının belirtisi olan kanamaların belirlenmesine yardımcı olur.
- Fluorid'li İpana Anti-Tartar şimdi lamine tüpte.

diş macununuzu biliyoruz

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI KÜTÜPHANESİ

TDBD

The Journal of Turkish Dental Association

Published by The Turkish Dental Association

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
Meşrutiyet Cad. 32/8
06420 Kızılay - ANKARA
Tel : (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

TURKISH DENTAL ASSOCIATION
Meşrutiyet Cad. 32/8
06420 Kızılay - ANKARA
Tel: (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

Türk Dişhekimleri Birliği Sürekli Ücretsiz Yayınıdır:

Sahibi:
TDB Yönetim Kurulu Adına
Dt. Yılmaz Bilgin

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Genel Sekreter
Dt. Eser Cilasun

Yayın Kurulu:
Başkan: Dt. Numan Kuzanlı,
Prof. Dr. Gülümser Koçak,
Prof. Dr. Gülümser Çölok
Prof. Dr. Hamit Bostancı,
Dr. Sema Tortop,
Dt. Serap Zeren,

Teknik Sorumlu:
Dt. Numan Kuzanlı

Reklam Sorumlusu:
Dt. Tatyos Bebek
(1) 230 90 03

Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi:
Meşrutiyet Cad. 32/8
Kızılay-ANKARA
Tel: (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

Yayına Hazırlayan ve Baskı:
Erk Yayıncılık
Tel: 231 41 97 - ANKARA
3 ayda bir yayınlanır.
Eylül 1992
Bu sayı 10.000 adet basılmıştır.

İÇİNDEKİLER

- *Hepinize Merhaba..... 2*
- *Birlikten Haberler..... 3*
- *Türk Dentsıc..... 5*
- *İç Haberler..... 7*
- *Dış Haberler..... 8*
- *Posterior Dişlerde Uygulanacak Restoratif Materyal Tercihleri..... 9*
- *Ağız Kanserleri: İnsidans ve Etiyoloji..... 13*
- *Cam İyonomer Simanlar..... 16*
- *Dişhekimliğinde Yetki..... 18*
- *Dişhekimliğinde Standardizasyon - II -..... 21*
- *Bulmaca..... 23*
- *Kongre - Sempozyum - Kurs - Toplantı..... 24*

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI KÜTÜPHANESİ

HEPİNİZE MERHABA

Önümüzdeki ay sizlerle birlikte son iki yıllık dönemi, tamamlıyoruz.

İki yılı daha, seçilmiş arkadaşlarımızın tümünün gayretleri ve özverili çalışmaları ile geride bırakıyoruz. Bu süre içerisinde yaptığımız çalışmaları, dilimizin döndüğü, kalemimizin yettiği ölçüde dergilerimizde yazarak, sizlere aktarmaya çalıştık. Eğer sizler de bunları okudu iseniz çalışmalarımız hakkında bilgilenmişsinizdir. Bu nedenle burada sizlere çalışmalarımızın özetini yinelemeyi gereksiz bulduk.

Gerek bölge toplantılarında, gerekse dergilerimizde, sizlere DERGİYE yazılarınızla katkıda bulunmanız için çağrılar yaptık. Bu çalışmalarımıza yanıt alamadığımızı üzülerek belirtmek isteriz. Buna rağmen dergimizin yayınlanabilmesi için Merkez Yönetim Kurulu ve Yayın Kurulu olarak yükümlülüğümüzü en iyi şekilde yürütmeye çalıştık. Gönül isterdi ki, 26 Odamızdan, 10500 üyemizden dergimizin her sayısı için yüzlerce yazı gelsin ve biz de, bunları basabilmek için derginin sayfa ve forma sayısını arttıralım. Dergi hepimizin olduğuna göre; böylesine sıcak bir dayanışma ile yurdumuzun her köşesinden gelen haberleri, düşünceleri, sizlere ulaştırmanın zevkine sahip olurduk. Şimdiye dek bu düzeyde bir ilgi göremedik. Dileriz yeni dönemde, yeni Yönetimler ile meslektaşlarımızın, meslek kuruluşlarına ve onun yayın organına ilgileri daha artar ve yukarıda tanımladığımız dayanışma ile içeriği daha zengin dergiler yayınlanır.

Bu sayıda satırlarımıza MERHABA diyerek başladık, sözlerimizi seçim sonrasına kadar ELVEDA diyerek noktalamak istiyoruz. Ekim sonunda Birliğimizin Genel Kurulu yapılacak. Seçim sandıklarından çıkacak sonuçlara hepimizin saygısı sonsuzdur. Bu kutsal göreve talip olup yeni seçilecek meslektaşlarımıza şimdiden başarılar diliyoruz. Hepimiz için kurumun ve hizmetin devamlılığının önemli olduğunu bir kez daha vurgulamak isteriz. Mesleğimiz ve meslek kurumumuz için özverili çalışmalarda bulunan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederek, yeni dönem için bayrağı alıp koşuyu sürdüreceklere destek vermenizi diliyoruz.

Hoşçakalın. Sevgi ve saygılarımızla.

Yönetim Kurulu

Dergimize yazı göndereceklerin dikkatine:

- *Dergimize mesleğimizle ilgili bilimsel, güncel ve sosyal yazılarınızı bekliyoruz.*
- *Yazılar, daktilo ile en fazla A4 boyutundaki kağıda 2 satır aralığı ile yazılmış olmalıdır.*
- *Yazar adından başka oda ve oda üye kayıt numarasının bulunması gereklidir.*
- *Gönderilen yazıların içeriği bozulmadan yazıların kısaltılması veya yayınlanmaması Yayın Kurulunun yetkisindedir.*
- *Yazılar T.D.B. Yayın Kurulu Başkanlığına hitaben yazılan bir üst yazı ile gönderilmelidir.*

BİRLİKTEN HABERLER

TDB Genel Sekreteri
Dt. Eser CİLASUN

Sevgili meslektaşlarım,

Seçimlerden önceki, 3. dönemin bu son sayısında, sizlere Birlikten son dönem çalışmalarına ilişkin haberleri aktarmaya çalışacağım. Bunlardan bize göre en önemli olan iki tanesini, başa alarak sizlere duyurmak isterim. Birincisi, Türkiye'de ilk kez, Türk Dişhekimleri Birliği'nin, çeşitli ön araştırmalardan sonra, "Signal diş macununu tavsiye ettiği"nin T.V. ve diğer Medya organlarında halka duyurulması, Sağlık Bakanlığınca onaylandı. İkinci haberim ise gene Türkiye'den. Birliğimizin İzmir'de yapacağı 1. Uluslararası Kongresine Dünya Sağlık Örgütünden katılacak olan I. J. Möller, Sağlık Bakanlığı tarafından misafir edilecektir. Diğer güzel haberimiz de, bugüne kadar İzmir Kongresine yaptırılan kayıt sayısının altıyüz'e ulaşmış olmasıdır. Bu kongreye yurt içinden (87), ilk kez yurt dışından (17) serbest tebliğ ve Konferans gelmiştir. Yönetim Kurulumuz bundan sonraki Kongrelerin 1995 İstanbul'da ve 1998 Ankara'da yapılmasına karar vermiştir. Türk Dişhekimleri Birliği Expodental'93 Ankara, Türk Dişhekimleri Birliği Expodental'94 de Antalya'da yapılacaktır. Hepinizin tahmin edebileceği gibi, Dişhekimliği camiası adına keyifli ve verimli bir dönem yaşamaktayız. Etkinliğimizin daha da artarak sürmesini diliyoruz. Sizlere diğer haberleri de kısaca aktarmaya çalışacağım.

Birliğimiz, Avrupa ortak pazarının alt komitesi olan, "Dişhekimliği İrtibat Komitesi"nin 21.11.1992 de, Strasburg'da yapılacak olan toplantısına Observer (gözlemci) olarak Başkan Peter Honedoes tarafından özel olarak davet



T.D.B. Yönetim Kurulu bir toplantısında

edildi. Bugüne kadar bu komiteye, topluluk üyesi olmayan ülkelerden hiçbiri davet edilmemiştir. Bu Komitede dişhekimlerinin Avrupa ülkelerinde çalışma koşulları, diploma eşitliği ve dişhekimliği eğitiminin standardizasyonu tartışılacaktır. Böyle önemli konuların tartışıldığı bir platformda söz sahibi olduğumuzu ve dış ilişkilerimizdeki çalışmalarımızda belli bir düzeye geldiğimizi görmekten çok mutluyuz.

F.D.I. Başkanı Dr. K. Yamazaki'yi (Japonya) maalesef Ağustos ayında kaybettik. Yeni Başkan (2 yıllık seçilmiş olan) Dr. Olise Ross göreve başladı.

Irak Dişhekimleri Birliği, Kasım ayında Bağdat'da yapacakları Uluslararası Kongrelerine Birliğimizi temsilen Başkan'ı ve bir Yönetim Kurulu üyesini davet ettiler. Bu arada Irak halkı için çeşitli kuruluşlara yaptığımız insani yardım çağrımıza gelen yanıtları da diğer sayfalarımızda görebilirsiniz.

Eğitim Komisyonumuz II. Temel İmplantoloji Semineri ve Kursunu 16 - 18 Ekim'de Erzurum'da yapmaya karar verdi. Bu seminere Sivas, Malatya, Kayseri, Diyarbakır, illerinde çalışan dişhekimlerinin de katılmasını sağlamak üzere gerekli organizasyona başlanıldı.

Toplum Ağız - Diş Sağlığı Komisyonu'muz, İstanbul, İzmir, Bursa ve Urfa illerinde, toplam 10.000 kişiyi kapsayacak, ağız içi muayenesini de içeren kontrollü bir ağız sağlığı eğitimi programı planlamıştır.

Ekim 1992 de başlatılacak olan bu pilot çalışma Mayıs 1993'e kadar sürecektir.

Sizlere bu sayıda aktarmak istediklerimi burada noktalarken seçim sonrasına kadar hepinize sağlıklı, mutlu ve başarılı günler diliyorum.

Saygı ve Sevgilerimle.

Eğitim Komisyonunun Programı

Eğitim komisyonumuz yurt düzeyinde yıllık eğitim programının bölgelerini ve konularını belirledi. Buna göre ana konular:

1-İmplantta temel bilgiler.
2- Her bilim dalı disiplininde hatalar, nedenleri ve giderilmeleri.
3- Dişhekimliğinde yenilikler ve teknolojik gelişmeler.

Bölgeler ve düşünülen tarihler ise şu şekilde belirlendi.

Erzurum Bölgesi	: Malatya, Kayseri, Diyarbakır Odaları. 16 - 18 Ekim 1992
Antalya Bölgesi	: İzmir, Aydın, Denizli, Konya, Manisa Odaları. Kasım 1992
Mersin Bölgesi	: Adana, Gaziantep, Hatay, Eskişehir Odaları. Ocak 1993
Bursa Bölgesi	: İstanbul, Kocaeli, Sakarya, Balıkesir, Edirne Odaları. Mart 1993
Samsun Bölgesi	: Trabzon, Zonguldak, Sivas, Ankara Odaları. Mayıs 1993.

Yukarıda sözü edilen bölgelerdeki eğitim konuları ve kesin tarihleri Odaların görüşü alındıktan sonra saptanacaktır.

Eğitim Komisyonu Başkanı
Prof. Dr. Müjgan Öktemer

Türk Dentsıc

FDI'ın bünyesinde 1951 yılında kurulmuş olan IADS, (Uluslararası Dişhekimliği Öğrencileri Birliği) Dünya Dişhekimleri Öğrencileri arası ilişkileri geliştirmeyi amaçlıyan, (32) üyesi olan gerçek anlamda Uluslararası bir kuruluş. 1992 yılında resmi olarak Türk Dişhekimleri Birliği bünyesinde kurulan Türk Dentsıc (Türk Dişhekimliği Öğrencileri Uluslararası Komitesi)nin amaçlarından biri de Türk Dişhekimliği eğitimi ve öğrencilerini Uluslararası platformda temsil etmek, diğer ülkeler ile ortak çalışmalarda bulunmak ve gerçekleştirilecek kısa dönemli öğrenci değişimlerine hizmet etmektir. Karşılıklı yazışmalar sonucu İngiltere'nin Leeds kentindeki, 1 - 8 Ağustos tarihleri arasında gerçekleştirilen 39. Uluslararası Dişhekimliği Öğrencileri Birliği Kongresi'ne davet edildik. Türk Dentsıc olarak üç temsilcimiz ile katıldık.

Kongrede son derece samimi ve neşeli bir atmosfer ile karşılaştık. Singapur'dan Uganda'ya, Porto Rika'dan, Japonya'ya dünyanın değişik ülkelerinden (29) ülke ve (120) temsilci ile gerçek anlamda Uluslararası bir kongre idi. İstanbul'dan dört dişhekimliği öğrencisi, Türk arkadaşımızın, Kongreye kendi olanakları ile katılımları sonucu Kongredeki en kalabalık gruplardan biri olarak toplam yedi kişi ile Türk Dişhekimliği Öğrencilerini temsil etme şansına sahip olduk.

Yaptığımız resmi tam üyelik başvurusu ile 3.8.1992 tarihinde IADS Genel Kurulunca yapılan oylama ile Türkiye, Uluslararası Dişhekimleri Öğrencileri Birliği tarafından tam üyeliğe kabul edildi. Hepimize çifte mutluluk yaratan diğer bir olay ise üyeliğimizin kabulunden iki gün sonra yapılan Yönetim Kurulu seçiminde arkadaşımız Ebru Keskineğe'nin de yine oybirliği ile IADS'nın Editörlüğüne seçilmesiydi. 92 - 93 döneminde İsrail, İtalya, Fransa ve Porto - Riko ile Yönetim Kurulunu oluşturan Türkiye, bütün IADS bültenlerinin hazırlanma, basım ve dağıtımını üstlenmiş durumda.



Çeşitli sosyal etkinliklerin yanı sıra Bilimsel Konferans ve sergilerinde yer aldığı Kongrede, bazı tanınmış İngiliz araştırmacı ve öğretim görevlileri tarafından hazırlanan Bilimsel Konferanslar son derece yararlı ve ilgi çekiciydi.

Türkiye, Uluslararası Dişhekimleri Öğrencileri Birliği tarafından tam üyeliğe kabul edildi.

Kongre boyunca katıldığımız grup toplantılarında IADS'ın yapı ve faaliyetlerini yakından incelememiz, ilerki çalışmalarımıza yön vermemiz açısından son derece yararlı oldu.

Kongre boyunca Türk Dentsıc olarak, Türkiye'nin, diğer ülkeler tarafından aldığımız olumlu eleştiriler ve edindiğimiz iyi dostluklar ile başarılı bir şekilde temsil edildiğine inanmaktayım. İleriki yıllarda, Türkiye'nin IADS bünyesinde son derece aktif ve yönlendirici bir rol oynayabilecek potansiyele sahip olduğunu görmek, Konferanstan elde ettiğimiz en mutluluk verici sonuçtu. Ayrıca Konferans sonunda hepimizin ortak hayali, ileriki yıllarda Türkiye'nin dünya Dişhekimliği Öğrenci temsilcilerini konuk edecek bir toplantıda ev sahipliğini üstlenmesidir. Biz bunun bir hayalden çok daha yakın olduğunu, ve yeterli destek ve çalışma ile bu çapta ülkemizde yapılacak bir organizasyonun altından örnek bir şekilde kalkabileceğimize inanıyoruz.

Sonuç olarak bize bu Kongreye katılmamız için yardımcı olan, Türk Dişhekimleri Birliği'ne, Sayın Başkan Dt. Yılmaz Bilgin'e, her zaman destek ve yakınlığını hissettiğimiz Sayın Genel Sekreter Dt. Eser Cilasun'a, sağladıkları maddi destek ve yardımlardan dolayı Eczacıbaş - Procter & Gamble şirketine yine aynı nedenlerden Gillette - Oral - B şirketine teşekkür ederiz.

DÜZELTME

Sayı 18, sayfa 10 daki Türk Dentsic yazısında,
Doç. Dr. Nejat Arpak yerine
Doç. Dr. Nejat Bora Sayan olacaktır
bildirir, özür dileritz.

DÜZELTME

Kayseri Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu:

YANLIŞ		DOĞRU	
Başkan	Dt. Emrullah Maraş	Başkan	Dt. Hamdi Alçı
Başkan Vekili	Dt. Hamdi Alçı	Başkan Vekili	Dt. Emrullah Maraş
Gen. Sek.	Dt. İlhan Karacalar	Gen. Sek.	Dt. Nihat Doğan
Sayman	Dt. Nihat Doğan	Sayman	Dt. İlhan Karacalar
Üye	Dt. Remzi Çetiner	Üye	Dt. Remzi Çetiner

Kocaeli Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu:

YANLIŞ		DOĞRU	
Başkan	Dt. Metin Pamukçu	Başkan	Metin Pamukçu
Başkan Vekili	Dt. Meral Akkaya Ersöz	Başkan Vekili	Dt. Meral Akkaya Ersöz
Gen. Sek.	Dt. Muhittin Gül	Gen. Sek.	Dt. Muhittin Gül
Sayman	Dt. İbrahim Bozkurt	Sayman	Dt. Zuhal Abukan
Üye	Dt. Zuhal Abukan	Üye	Dt. Edip Karaoğlan

İÇ HABERLER

İZMİR DİŞHEKİMLERİ ODASI

T.D.B. Merkez Yönetim Kurulu Başkanlığına,
ANKARA

3575 Sayılı Kanunun uygulanmasında, bölgemiz İl Sağlık Müdürlüğü ile yaptığımız çalışmalardan, uygulamadaki eksiklikleri ve isteksiz davranışları nedeniyle bugüne değin başarılı sonuçlar elde edemedik.

Olması gereken uygulamadan kaçındıklarını gördüğümüz İl Sağlık Müdürlüklerinin, çalıştıkları tespit edilen sahte dişhekimlerinin MESLEK İCRASINI DURDURMA ve bulundurdukları ALET, ARAÇ, GEREÇ ve MALZEMELERİNİ müsadere etme yetkilerinin bulunduğunu belirten kendi yazıları ekte olup, çalışmalarınızda örnek teşkil edeceğine inanıyorum.

Saygılarımla;

Mustafa ORAL
Başkan

İZMİR DİŞHEKİMLERİ ODASI

İl Sağlık Müdürlüğüne
ANKARA

11.04.1928 Tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı icrasına Dair Kanunun 41. maddesinin değiştirilmesi ve bu kanuna 7 ek ve 3 seçici madde eklenmesi halkındaki 14.06.1989 KABUL TARİHLİ 3575 sayılı kanunun 1. maddesinin 2. fıkrasına göre Sağlık Müdürlüğünüzün sahte dişhekimliği yapanlar hakkında MESLEK İCRASINI DURDURMA VE İŞ YERİNDE BULUNDURDUKLARI DİŞHEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ ARAÇ VE GEREÇLERİ MÜSADERE ETME yetkisinin bulunup bulunmadığı konusunda bizi aydınlatmanızı arzederim.

Saygılarımla

Mustafa ORAL
Başkan

İZMİR İLİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.D.B. İZMİR DİŞHEKİMLERİ ODASI BAŞKANLIĞINA
İZMİR

İlgi: 28.7.1992 gün ve 003/92-1019 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda, 11.4.1928 Tarih ve 1219 sayılı tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı icrasına Dair Kanunun 41. maddesi ve bu maddenin değiştirilen 7. ek ve 3. geçici maddesi ile 14.6.1989 kabul tarihli 3575 sayılı Kanunun 1. maddesinin 2. fıkrasına göre, müdürlüğümüzün sahte dişhekimliği yapanlar hakkında meslek icrasını durdurma ve iş yerinde bulundurdukları dişhekimliği ile ilgili araç ve gereçleri müsadere etme yetkimiz bulunmaktadır.

Bilgilerinizi rica ederim.

Vali Adına

Dr. Kunter PERİM
Sağlık Müdürü

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

..... DİŞHEKİMLERİ ODASI BAŞKANLIĞI'NA,

Birliğimize bir yıl kadar önce başvurmuş bulunan "Signal" firmasının, "Signal diş macunu T.D.B.'nin tavsiye ettiği macundur" cümlesini reklamlarında ve macun kutularında logomuz ile birlikte kullanma talebi incelenmiş, macuna ilişkin kimyasal analizler yapılmış ve işlemin tamamlanması için Sağlık Bakanlığı'na başvurulmuş idi. Bakanlık 27 Ağustos'ta butalebi macun kutularında kullanılmamak koşulu ile, sadece T.V. ve diğer medya organlarında kullanmak üzere onayladı.

Durumu bilgilerinize rica ederim.

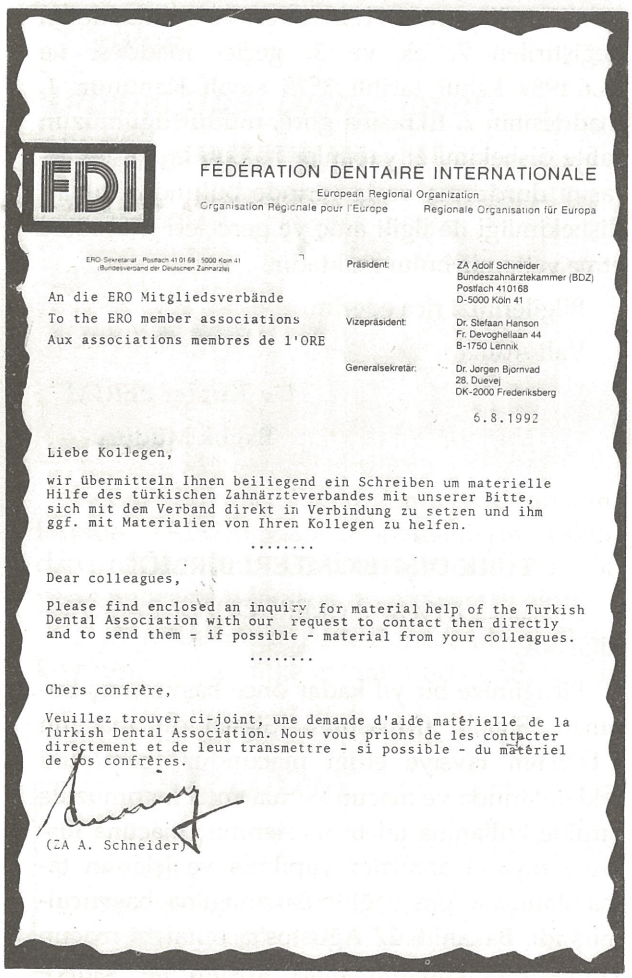
Saygılarımla;

Dt. Eser CİLASUN
TDB Genel Sekreteri

DIŞ HABERLER

Arap dünyasındaki tüm dişhekimleri birliğinin bizden istedikleri yardımı gözönüne alarak, ERO'ya FDI'ya, WHO'ya Türk Dişhekimleri Birliği tarafından yazı gönderilmiştir.

ERO'nun Türkdişhekimleri Birliğine gönderdiği yanıtın orjinali, aşağıda yer almaktadır.



FDI

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
European Regional Organization
Organisation Régionale pour l'Europe Regionale Organisation für Europa

ERO Sekretariat · Postfach 41 01 68 · 5000 Köln 41
(Bundesverband der Deutschen Zahnärzte)

Präsident: ZA Adolf Schneider, Bundeszahnärztekammer (BDZ), Postfach 410168, D-5000 Köln 41
Vizepräsident: Dr. Stefaan Hanson, Fr. Devoghellaan 44, B-1750 Lennik
Generalsekretär: Dr. Jørgen Bjornvad, 28, Duevej, DK-2000 Frederiksberg

An die ERO Mitgliedsverbände
To the ERO member associations
Aux associations membres de l'ORE

6.8.1992

Liebe Kollegen,

wir übermitteln Ihnen beiliegend ein Schreiben um materielle Hilfe des türkischen Zahnärzteverbandes mit unserer Bitte, sich mit dem Verband direkt in Verbindung zu setzen und ihm ggf. mit Materialien von Ihren Kollegen zu helfen.

.....

Dear colleagues,

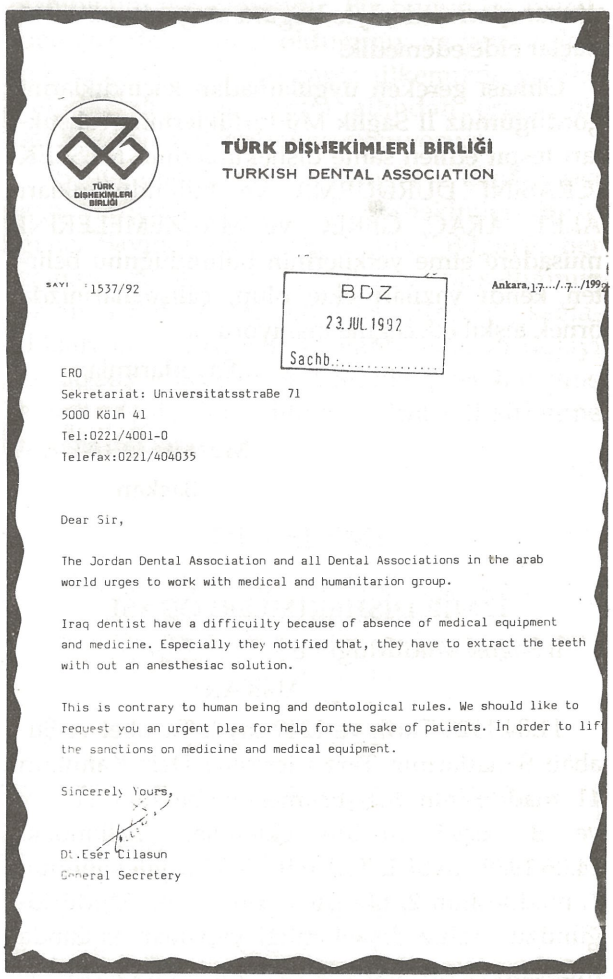
Please find enclosed an inquiry for material help of the Turkish Dental Association with our request to contact then directly and to send them - if possible - material from your colleagues.

.....

Chers confrère,

Veuillez trouver ci-joint, une demande d'aide matérielle de la Turkish Dental Association. Nous vous prions de les contacter directement et de leur transmettre - si possible - du matériel de vos confrères.

(ZA A. Schneider)



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
TURKISH DENTAL ASSOCIATION

SAYI : 1537/92

Ankara, 17.../7.../1992

BDZ
23. JUL 1992
Sachb.....

ERO
Sekretariat: Universitatsstraße 71
5000 Köln 41
Tel:0221/4001-0
Telefax:0221/404035

Dear Sir,

The Jordan Dental Association and all Dental Associations in the arab world urges to work with medical and humanitarion group.

Iraq dentist have a difficuilty because of absence of medical equipment and medicine. Especially they notified that, they have to extract the teeth with out an anesthesiac solution.

This is contrary to human being and deontological rules. We should like to request you an urgent plea for help for the sake of patients. In order to lif the sanctions on medicine and medical equipment.

Sincerely Yours,

Dt.Eser Cilasun
General Secretery

Ekler: 1

AET Dişhekimliği İrtibat Komitesitesinde; diş tedavi ücretlerinde uygulanan tarifeler 3. ülkelerin diplomalarının kabulü Avrupada dişhekimliği eğitim sorunları, verilen ünvanlar ve Avrupada dişhekimi olarak çalışma koşulları gibi konular incelenip karara bağlanmaktadır.

IRAK

İSRAİL DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ ve TDB arasında Mesleki ve Bilimsel faaliyetlerde, birlikte çalışmalar yapmak üzere bir protokol imzalanmıştır.

POSTERİOR DİŞLERDE UYGULANACAK RESTORATİF MATERYAL TERCİHLERİ

Dr. Şükran Bolay*,
Doç. Dr. Sevil Gürgan,**
Dt. Buket Gürsel***

GİRİŞ

Günümüz dişhekimliğinde estetik kavramı hızla değişim göstermektedir[1]. Amalgam ve altın alaşımı gibi geleneksel restoratif materyaller de diş rengindeki maddeler karşısında, posterior dişlerde gün geçtikçe önem kaybetmiş görünmektedir. Dental amalgamların toksik ve allerjen potensiyelinin çeşitli basın ve yayın organlarında yeniden gündeme gelmesi[2, 3, 4, 10] ve hastaların estetik arayışının artışı, amalgam restorasyonlarının sökülerek, posterior kompozit materyalleri ile değiştirilme isteğine yol açmaktadır. Bu da, yüzelli yılı aşkın bir süredir restoratif dişhekimliğinde kullanılan amalgamın yerini sarsarak tartışmalara sebep olmaktadır[18, 20]. Üretici firmaların etkin ve aktif politikaları sonucunda da posterior kompozitler, dişhekimliği marketlerinde süratle gösterilmektedir[19].

Çalışmamız, Ankara ilinde serbet çalışan, değişik çalışma sürelerine sahip dişhekimlerinin, posterior dişlerde kullanılacak restoratif materyal seçiminde basın ve yayın yolu ile oluşturulan 'amalgam - fobi' dalgasından etkilenip etkilenmediklerini araştırmak ve tercihlerinde hangi kriterleri gözönüne aldıklarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ankara'da serbest çalışan 240 dişhekimi çalışma kapsamına alınarak çalışma sürelerine göre gruplandırılmıştır (tab. 1). Bir araştırıcı tarafından muayenehanelerine gidilerek posterior dişlerdeki II. sınıf kavitelerinde ne gibi kriterleri gözönünde bulundukları ve üst çenede premolar dişlerin restorasyonunda tercihlerinin değişip değişmediği sorularak kaydedilmiştir. Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirilmiştir[21].

BULGULAR

Araştırma sonunda elde edilen bulgular tab. 2, 3, 4 ve 5 de gösterilmiştir. Gruplar arası farklılıklar ki-kare analizi ile araştırılmıştır, ancak bazı tablolardaki ki-kare testinin varsayımları sağlanamadığı için sadece % değerleri üzerinden yoruma gidilmiştir. Amalgam, posterior dişlerde II. sınıf restorasyonlarda en fazla kullanılan restoratif materyal olmuştur. Dişhekimlerinin % 87.5'i amalgamı tercih etmişlerdir. İkinci sırayı % 12 ile kompozitler alırken, sadece 1 dişhekimi kompozit inley kullandığını belirtmiştir. Posterior dişlerde restoratif materyal olarak altın alaşımı ve cam iyonomer siman kullanan dişhekimine rastlanmamıştır. Uygulanan ki-kare analizi sonuçlarına göre dişhekimlerinin çalışma süreleri ile restoratif materyal tercihleri arasında ilişki görülmemiştir ($x^2 = 4.743$ $p > 0.05$) (tab. 2).

Dişhekimlerinin posterior dişlerde restoratif materyal seçiminde en çok (% 73.3) dayanıklılık faktörünü, daha sonra sırayla estetik faktörünü (% 14.17) ve hastaların tercihlerini (% 5.83) gözönünde bulundurdukları belirtilmiştir. Restoratif materyalin uygulama tekniği (% 1.67) ve ekonomik nedenler (% 5.0) tercihlerde önemli bulunmamışlardır (tab. 3).

Posterior dişlerde amalgamı tercih eden dişhekimleri de, tercihlerinde en büyük etkenin, amalgamın dayanıklılık özelliğinden ileri geldiğini belirtmişlerdir (% 80). Bundan başka uygulama tekniğinin kolaylığı (% 7.62) ve ekonomik oluşu da (% 5.71) etkili olmuştur (tab. 4). Ancak, estetiğin ön planda olduğu üst premolar dişler-

* *H.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.*

** *H.Ü.Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Bilim Dalı Öğretim Üyesi.*

*** *H.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Bilim Dalı Doktora Öğrencisi.*

de, dişhekimlerinin % 57.9'u kompoziti, % 41.6'sının amalgamı tercih ettikleri görülmüştür. Sadece bir dişhekimi üst premolar dişlerde de sadece kompozit inley uyguladığını belirtmiştir. Ki-kare analizi sonuçlarına göre, üst premolar dişlerde amalgam ve kompozit materyali kullanımı açısından dişhekiminin çalışma süresinin önemli bir faktör olmadığı görülmüştür ($x^2 = 0.325$, $p > 0.05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Son yıllarda estetik restorasyonlara karşı artan ilgi, amalgamın en fazla kullanılan restoratif materyal olma özelliğini kaybettirme yoluna girmiştir [13, 15, 22].

1960'lı yılların sonunda, üstün mekanik özellikleri gözönüne alınarak posterior dişlerde de kullanımı önerilen kompozitlerin, yapılan bir çok klinik çalışmalar sonucunda yüksek derecede aşınmaya uğradıkları gösterilerek posterior dişlerde kullanılmaması gerektiği bildirilmiştir[5-8]. Ancak son on yılda materyalin yapısındaki büyük gelişmeler, bu maddelerin posterior dişlerde de kullanımına yol açmıştır. Bu materyallerin yapılarındaki doldurucuların büyüklükleri çok önemli miktarda küçültülmüş ve doldurucuların mekanik özellikleri çiğneme basınçlarına karşı koyabilecek ve aşınmaya direnç gösterebilecek şekilde geliştirmek üzere piyasaya sürülmüştür[11, 12, 13, 19]. Bazı klinik çalışmaların ve özellikle üretici firmaların etkili politikaları sonucunda da klinik kullanımına girmişlerdir. Buna ilave olarak ortaya çıkan yeni bir 'amalgam-fobi' dalgası da kompozitleri daha popüler hale getirmiştir[10, 18, 20]. Öyle ki A.B.D. de 1981 de yıllık satışı 0 iken, 1984 Haziranında 6.4 milyon dolarlık posterior kompozit satışı olmuştur[16].

A.B.D. de serbest çalışan dişhekimlerinin ortalama % 40'ının, restore ettikleri posterior dişlerin % 25'inde kompozit kullandıkları rapor edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da, Amerikan dişhekimlerinin ancak % 40'ının posterior kompozitleri doğru teknikle kullanabildiği vurgulanmıştır[16].

Buna karşı, uygulama tekniğinin kolaylığı, ekonomik oluşu ve klinik performansı, amalgamın etkili kullanımını sürdürmesini sağlamaktadır[15, 16, 17].

Belçika'da 1983 yılında yapılan bir çalışma, tipik bir ikinci sınıf kavite restorasyonundan en çok tercih edilen restoratif materyali amalgam olurken, 1988 de aynı çalışma tekrarlandığında amalgam yine ilk tercih materyali olmuştur[14]. Bizim çalışmamızda da Ankara'da çalışan 240 dişhekiminin % 87.5'u amalgamı tercih etmişlerdir.

Altın alaşımı, anatomik form stabilitesi ve biyolojik uygunluğu nedeniyle kayıp diş dokuları için en uygun dental materyal olmasına karşı, günümüz pratiğinde ekonomik olmamaları ve yapım tekniğinin detayları nedeniyle çok çekici gözükmemektedir[15].

Cam iyonomer simanlar, dental materyaller arasında kendilerini benzersiz kılan adezi özelliklere ve karyostatik etkilere sahiptirler[9]. Ancak, bu çalışmada, ülkemizde henüz tam olarak önemi ve özelliklerinin bilinmediği ortaya çıkmıştır. Estetik özelliğine bakılmaksızın bilinçli kullanan dişhekimine rastlanmamıştır.

Sonuç olarak, çalışmamızda premolar ve molar dişlerde kullanılan restoratif materyallerin seçiminde şaşırtıcı tercihler görülmemiştir. Gümüş amalgam, posterior dişlerde kullanılma özelilğini korurken, estetiğin ön planda olduğu durumlarda kompozitlerin önem kazandığı dikkati çekmiştir. Bu da bize, posterior kompozitlerin, amalgamın tamamen yerini almadığı, ancak faydalı bir alternatifi olduğunu kabul etmemiz gerektiğini yansıtmaktadır.

ÖZET

Estetik restorasyonlara karşı artan istek, amalgamın en fazla kullanılan restoratif materyal olma özelliğini kaybetmesine neden olmaktadır. Buna ilaveten son zamanlarda amalgamın toksik potansiyelinin yeniden gündeme gelmesi de, hastalar tarafından amalgam restorasyonların, estetik restorasyonlarla değiştirime arzusuna yol açmaktadır.

Bu nedenle çalışma, Ankara'da serbest çalışan 240 dişhekiminin dişlerde kullanılacak restoratif materyal seçimlerini değerlendirmek üzere planlanmıştır. Sonuçlar posterior dişlerde amalgamın hala en fazla kullanılan restoratif materyal olduğunu göstermiştir. Ancak estetiğin ön planda olduğu durumlarda kompozitlerin önem kazandığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dişhekimi, Restoratif materyaller, Amalgam, Kompozit.

TRENDS IN THE SELECTION OF RESTORATIVE MATERIAL USED IN POSTERIOR TEETH

SUMMARY

The increasing interest in aesthetic restorations tends to overshadow the fact that amalgam restorations are still most widely used. In addition, alleged mercury toxicity of amalgam swept through the media creating in security among the patients which intensified their demands to substitute amalgam with aesthetic restorations.

The purpose of this study was to compare the choice of 240 dentists practicing in Ankara, for the selection of restorative materials for restoration of calss II lesions in premolar and molar teeth.

Despite the increasing demand for aesthetics in the posterior region, the results showed that amalgam maintained its leading position. Only in situations where aesthetics played a primary role did composite resins gained over silver-based fillings.

Key words: Dentists, Restorative maretials, Amalgam, Composites.

KAYNAKLAR

1. *American Dental Association, Council on Dental Materials. Instruments and equipment status report on posterior composites. J.A.D.A. 107: 74, 1983.*
2. *Bales, D.J. : Silver amalgam under attack. Oper. Dent. 16: 1, 1991.*
3. *Bales, D.J. : Unwarranted removal of dental amalgams. Oper. Dent. 16: 201, 1991.*
4. *Bergman, M. : Side effects of amalgam and its alternatives: local, systemic and environmental. Int. Dent. J. 40: 4-10, 1990.*
5. *Brunson, W.D., Bayne, S.C., Sturdevant, J.R., Roberson, T.M., Wilder, A.D., Taylor, D.F. : Three year clinical evaluation of a self-cured posterior composite. Dent. Mate. 5: 127-132, 1989.*
6. *Derkson, G.D., Richardson, A.S. : Clinical evaluation : three year results. J. Dent. Res. 65: 814, Abs. 792, 1986.*
7. *Dietschi, D., Ciucchi, B., Holz, J. : A clinical trial of four light curing posterior composite resins : 9-month report. Quin. Int. 20: 641-652, 1989.*
8. *Goldenberg, A.J., Rydinge, E., Lambert, K., Sanchez, L., Santucci, E. : Clinical evaluation methods for posterior composite restorations. J. Dent. Res. 60: 582, 1981.*
9. *Hamilton, A.I., Phillips, R.W., Howard, W.W. : Special report. Report of the committee on scientific investigation of the American Academy of Restorative Dentistry. J. Prosth. Dent. 43 : 663-686, 1980.*
10. *Katz, H.S. : Unwarranted and unprofe - sional: the superfluous removal of clinically acceptable amalgams. Oper. Dent. 16: 11-115, 1991.*
11. *Leinfelder, K.F.: Composite in posterior teeth. Dent. Clin. North Ame. 25: 357, 1981.*
12. *Leinfelder, K.F.: Evaluation of criteria used for assessing the clinical performance of composite resins in posterior teeth. Quint. Int. 18 : 531-533, 1986.*
13. *Leinfelder, K.F. : Criteria for clinical evaluation of composite resin restorations. Quality evaluation of dental restorations. Quintessence Publishing Co. Inc. Chicago, İllinois, 1989, p: 139-149.*
14. *Meerbeek, B.V., Vanherle, G., Lesaffre, E., Braem, M., Lambrechts, P.: Trends in the selection of dental filling materials. J. Dent. 19: 207-213, 1991.*
15. *Mjör, I.A., Jokstad, A., Quist, V.: Longevity of posterior restorations. Int. Dent. J. 40: 11-17, 1990.*
16. *Moffa, J.P. : Comparative performance of amalgam and composite resin restorations and criteria for their use. Quality evaluation of dental restorations. Quintessence Publishing Co. Inc. Chicago, Illinois, 1989, p: 125-138.*
17. *Nelson, G.V., Osborn, J.W., Gale, E.N., Phillips, R.W. : Amalgam versus composite resin for class II restorations in primary molars. J. Dent. Res. 58: 286, (Abst. 943), 1979.*
18. *Osborne, J.W. : In defense of amalgam. Oper. Dent. 16: 157-159, 1991.*
19. *Phillips, R.W. : Past, present and future composite resin systems. Dent. Clin. Nort Ame. 25: 209-218, 1981.*
20. *Snapp, K.R., Boyer, D.B., Peterson, L.C. : The contribution of dental amalgam to mercury in blood. J. Dent. Res. 68: 780 - 785, 1989.*
21. *Sümbüloğlu, K.: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik. Metiş Yayınları, Ankara, 1981.*
22. *Wilson, N.F., Setcos, J.C. : The teaching of posterior composites : a world wide survey. J. Dent. 17 : 29 - 33, 1989.*

Tablo 1 : Araştırma kapsamına alınan dişhekimlerinin çalışma sürelerine göre dağılımı.

Çalışma süreleri (yıl)	Sayı	%
0 - 5	56	23.3
6 - 10	56	23.3
11 - 20	90	37.5
> 20	38	15.9
Toplam	240	100.0

Tablo 2 : Posterior dişlerde tercih edilen restoratif materyallere göre dişhekimlerinin dağılımı.

Çalışma Süreleri	Amalgam		Kompozit		Kompozit İnley		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
0-5	52	92.8	4	7.14	—	—	56
6-10	50	89.2	5	8.92	1	1.78	56
11-20	78	86.6	12	13.3	—	—	90
> 20	30	78.9	8	21.1	—	—	38
Toplam	210	87.5	29	12.08	1	0.42	240

($X^2 = 4.743$ $p > 0.05$)

Tablo 3 : Dişhekimlerinin posterior dişlerde restoratif materyal seçiminde tercih ettikleri kriterlere göre dağılımı.

Çalışma Süreleri (yıl)	Uygulama tekniği		Ekonomik		Dayanıklılık		Estetik		Hasta tercihi		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
0 - 5	4	7.1	6	10.7	34	60.7	6	10.7	6	10.7	56
6 - 10	—	—	2	3.57	44	78.5	6	10.7	4	7.14	56
11 - 20	—	—	2	2.22	68	75.5	16	17.7	4	4.44	90
> 20	—	—	2	5.26	30	78.9	6	15.8	—	—	38
Toplam	4	1.67	12	5.0	176	73.33	34	14.17	14	5.83	240

Tablo 4 : Amalgamı tercih eden dişhekimlerinin seçtikleri kriterlere göre dağılımı.

Çalışma Süreleri (yıl)	Uygulama tekniği		Ekonomik		Dayanıklılık		Estetik		Hasta tercihi		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
0 - 5	6	11.5	6	11.5	30	57.7	2	3.84	8	15.4	52
6 - 10	—	—	2	4.0	44	88.0	2	4.0	2	4.0	50
11 - 20	10	12.8	4	5.12	64	82.5	—	—	—	—	78
> 20	—	—	—	—	30	100.0	—	—	—	—	30
Toplam	16	7.62	12	5.71	168	80.0	4	1.91	10	4.76	210

Tablo 5 : Üst premolar dişlerde seçilen restoratif materyallere göre dişhekimlerinin dağılımı.

Çalışma Süreleri	Amalgam		Kompozit		Kompozit İnley		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
0-5	24	42.8	32	57.1	—	—	56
6-10	22	39.3	33	58.9	1	1.78	56
11-20	36	40.0	54	60.0	—	—	90
> 20	18	47.4	20	52.6	—	—	38
Toplam	100	41.66	139	57.92	1	0.42	240

($X^2 = 0.325$ $p > 0.05$)



Belmont®

- Full otomatik koltuk
- Ekseni etrafında 90 derece dönebilir
- Çift hava, su sprey şırıngası
- Çift aeratör
- Mikromotor, angldruva, piasemen
- Cerrahi aspiratör
- Pomp saliv
- Otomatik bardak doldurucu
- Çift kademeli reflektör: Soğuk ışık, kuartz halojen aydınlatma (Hekimin yorgunluğunu azaltır)
- İstendiği an kolayca değişebilir fermuarlı döşeme
- Ünitin ayak kontrolü hekimin kuru veya su kesim seçimini sağlar.
- Ergonomik ve estetik bir tasarım...

Türkiye'deki yegane ithalatçısı: **ASRİ DİŞ DEPOSU A.Ş**

Meşrutiyet Cad. 47 Kat:1 80050 Beyoğlu-İstanbul P.K. 140 Beyoğlu-İstanbul
Tel: 249 13 36-244 51 99 **Telex:** 30 678 ASRD **Telgraf:** ASRİDİS İSTANBUL

...AVRUPA VE AMERİKA'NIN GÜÇLÜ İSMİ

3M

1 EYLÜL-31 EKİM 1992 TARİHLERİ ARASINDAKİ

KAMPANYASINDA

SİZLERİ DE ÜSTÜN KALİTEYİ KULLANMAYA

DAVET EDİYOR.

ÜSTELİK İNANILMAZ FİYATLARLA...

1. PAKET

Visilux
Silux Plus Set
P-50 Set

6.000.000 TL +KDV Peşin
ya da
1.000.000 TL Peşin+KDV
1.500.000 TL x 4 Ay vade
ya da
1.000.000 TL Peşin+KDV
1.100.000 TL x 6 Ay vade

2. PAKET

Silux Plus Set
P-50 Set
Vitrebond Set
Soflex Set

2.100.000 TL +KDV Peşin
ya da
500.000 TL Peşin+KDV
500.000 TL x 4 Ay vade

3. PAKET

Ion Nıchro Kuron Set (96'lık)
Vitrebond Set

2.000.000 TL +KDV Peşin
ya da
450.000 TL Peşin+KDV
500.000 TL x 4 Ay vade

Sorularınız ve daha fazla bilgi için 3M San. ve Tic. AŞ.'den Dt. Harika Gökçesu'yu arayabilirsiniz.

3M SANAYİİ VE TİCARET A.Ş.

Büyükdere Cad. Noramin İş Merkezi 414-416 Maslak 80670 İstanbul Tel: 276 40 80 (6 Hat)

TÜRKİYE YETKİLİ SATICISI: GÜNEY DİŞ DEPOSU

Merkez: Beyaz Saray 9/B Beyazıt 34490 **İstanbul** Tel: 518 26 03 (4 hat) Telex: 30405 gudi tr. Fax: 518 26 02

Satış Mağazaları:

- Halaskargazi Cad. Feza. Apt. 332/1 Şişli 80220 **İstanbul** Tel: 247 90 00-241 76 95-241 62 78-247 36 93 Fax: 241 05 83
- Büyük Çiftlik Sok. Martı Apt. No: 2 Nişantaşı 80200 **İstanbul** Tel: 247 56 87
- Altıyol, Kuşdili Cad. 1/4 Kadıköy 81310 **İstanbul** Tel: 345 46 96-97 Fax: 346 83 70
- Karanfil Sok. 47/6 Kızılay 06640 **Ankara** Tel: (4) 418 95 05-417 17 10 Telex: 46693 anka tr. Fax: 417 17 10
- 847. Sokak No: 10/1C Konak 35030 **İzmir** Tel: (51) 14 85 38-25 11 83 Fax: 13 70 87
- Akbıyık Caddesi No: 6 16010 **Bursa** Tel: (24) 21 81 32 Fax: 22 87 92
- 19 Mayıs Mah. Doktor Kamil Cad. No: 44 D: 10 55030 **Samsun** Tel: (36) 10 40 29 Fax: 10 40 71
- Eski Postahane Cad. 97. Sokak 1/2 01010 **Adana** Tel: (71) 11 31 83 Fax: 12 07 62
- Köprübaşı, Yalbı Sokak, 13/16 **Eskişehir** Tel: (22) 14 99 43 Fax: 13 95 90 PTT

3M

HELAGO

PROTEZ DİŞ BAKIM ÜRÜNLERİ

Modern protez diş sağlığı için aktif oksijenli effervesan çabuk temizleme tabletleri.

DENTİPUR-HELAGO®-DENT

Protezin yerleşmesini temin eden, basıncı azaltan yapıştırıcı

HELAGO FIXATIVE POWDER

Protezin sebep olduğu tahrişatı ve yanmaları tedavi eden...

HELAGO-OIL

Hızlı ve komple protez temizleyicisi

DENTİPUR-GEL



Türkiye Dağıtım	: HABAK Tıbbi ve Kimyevi Mad. Tic. Misaki Milli Cad. No: 111 Aydın Han 4/8 Kadıköy - İstanbul Fax: 349 74 71 Tel: 414 20 53 - 414 20 54
İzmir ve Ege	: MENTO-FARMA Tel: 32 45 10
Adana	: ÇETİN KİMYA Tel: 11 35 42 - 12 46 61
Ankara	: BERK DENTAL Tel: 435 92 92 - 435 92 93

BİRİNCİ SINIF DİŞ KOLTUĞU

En son teknolojik gelişmelerle,
en iyi kalite ve güvenirliliğe sahip
muayenehane gurupları

EOLO



ANADOLU DİŞ DEPOSU

ALİ RÜSTEMOĞLU VE ORTAĞI KOLLEKTİF ŞİRKETİ
Galatasaray, Hamalbaşi Caddesi n. 10
BEYOĞLU - ISTANBUL
Tel. 1490670-1447849 - Fax 1444256

anthos
Imola (Bologna) ITALY

İTHAL (Siemens Lisansıyla Bulgar)

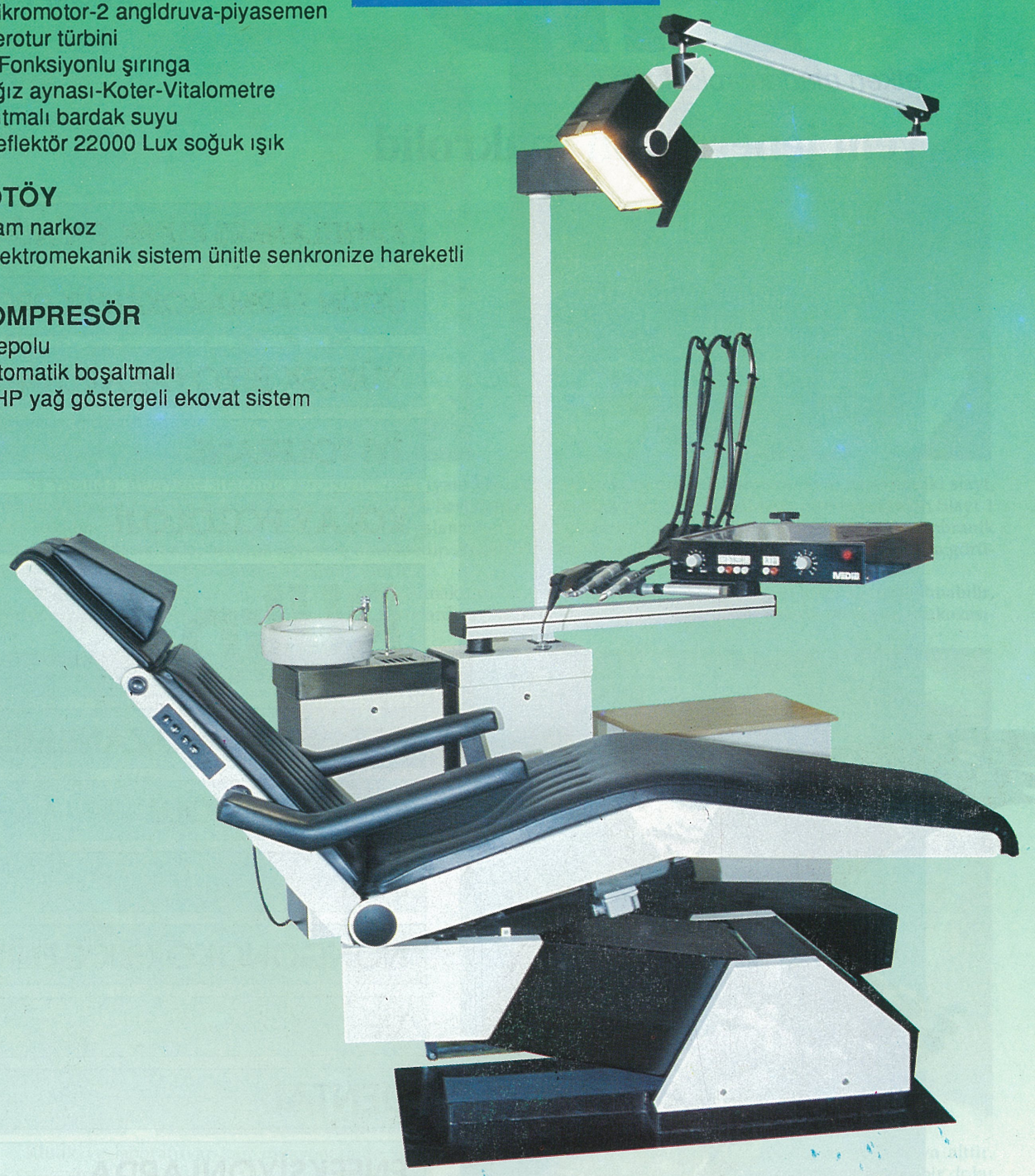
MUAYENEHANE CİHAZLARI KOMPLE

6100 U.S DOLAR

ÜNİT
- Mikromotor-2 angldruva-piyasemen
- Aerotur türbini
- 6 Fonksiyonlu şırınga
- Ağız aynası-Koter-Vitalometre
- Isıtmalı bardak suyu
- Reflektör 22000 Lux soğuk ışık

FOTÖY
- Tam narkoz
- Elektromekanik sistem ünitle senkronize hareketli

KOMPRESÖR
- Depolu
- Otomatik boşaltmalı
- 1HP yağ göstergeli ekovat sistem



MONTAJ ve SERVİS GARANTİLİ

AYRICA ÇOK UCUZ FİYATLARLA

RÖNTGEN - AMALGAMATÖR - ULTRASONİK DETARTARAJ CİHAZLARI

Mümessili ve İthalatçısı: **Dt. Atilla Oğul** Tel: (1) 240 22 39 Fax: (1) 241 39 16

İzmir Şubesi: **Stomatic Dental** 847 Sok. Tel: 25 07 83

Not: Bölge Temsilcilikleri verilecektir.

RULiD®

etken madde: roksitromisin

(Yemeklerden önce)
Sabah 1 Tablet
Akşam 1 Tablet
150 mg

yeni jenerasyon makrolid



KANITLANMIŞ KLİNİK ETKİNLİK

ÜSTÜN FARMAKOKİNETİK PROFİL

YÜKSEK BİYOYARARLANIM

İYİ TOLERANS

KOLAY POZOLOJİ

RULiD®

TOPLUMDAN KAZANILMIŞ

SOLUNUM YOLU

DERİ

NONGONOKOKSİK GENİTAL

VE

DENTAL

ENFEKSİYONLARDA

Ürün Bilgisi

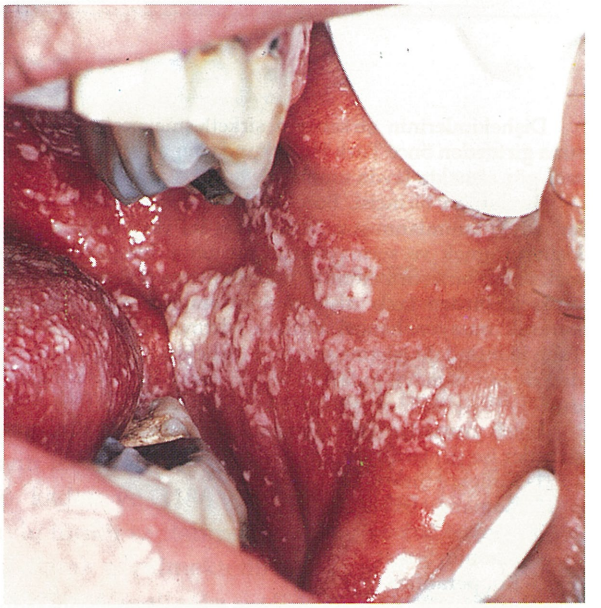
Bileşimi: Rulid, bir film tabletinde etkili madde olarak 150 mg. roksitromisin içerir. **Endikasyonları:** Rulid, roksitromisin'e duyarlı olan bakterilerin neden olduğu aşağıdaki enfeksiyonların tedavisinde kullanılır. KBB enfeksiyonları, Nongonokoksik genital enfeksiyonlar, Solunum yolları enfeksiyonları, Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, Dental enfeksiyonlar. **Kontrendikasyonları:** Rulid, makrolidlere aşırı duyarlı olan hastalarda kullanılmamalıdır. Çavdar muhmuzu'ndan türetilen vazokonstriktör alkoidlerle özellikle ergotamin ve dihidroergotamin ile beraber kullanımı kontrendikedir. **İlaç Etkileşimleri:** Bromokriptin ve siklosporin ile birlikte uygulandığında adı geçen ilaçların plazma seviyelerinde artış görülebilir. **Dozaj ve Uygulama:** Rulid, erişkin hastalarda günde iki kez 150 mg (sabah 1 tablet, akşam 1 tablet) dozunda uygulanır. Rulid yemeklerden önce alınmalıdır. Ağır karaciğer yetmezliği olan hastalarda Rulid, günde tek doz 150 mg (1 film tablet) uygulanmalıdır. Hayvan deneylerinde roxithromycin'in herhangi bir teratojen etkisine rastlanmamıştır. **Yan Etkiler:** Rulid genel olarak mükemmel tolere edilir. Nadiren; gastrointestinal sisteme, deriye, merkezi sinir sistemine ait yan etkilere rastlanabilir. **Ticari Şekli:** Rulid 150 mg 10 film tablet Blister ambalaj reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için !firmamıza başvurunuz. Türk Hoechst San. ve Tic. A.Ş. Davutpaşa Cad. No: 145 34020 Topkapı-İstanbul. **Fiyatı:** 69.000 TL (KDV dahil) Şubat 1992.

ROUSSEL **Hoechst** HOECHST

AĞIZDA AIDS

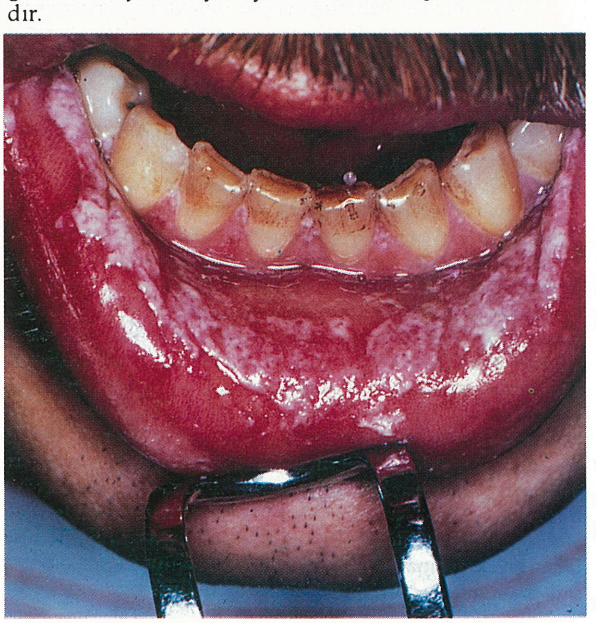
Derleyen: **Dt. Numan KUZANLI**

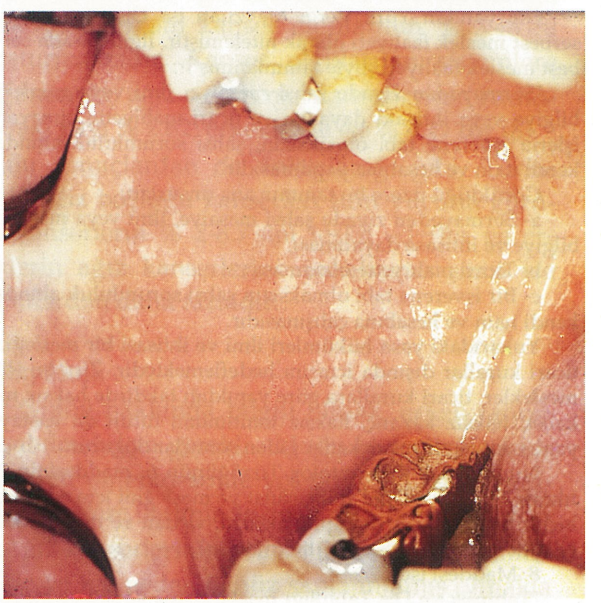




31 yaşında, muayene sırasında seropozitif olan (yani kanında HİV'ye karşı antikor bulunan) aynı hastanın iki slayt, oldukça yaygın bir HİV bulaşması ve HİV bulaşmış hastalarda gözlenebilen bir ağız kandidiazı göstermektedir. Slayt 1 ve 2 eskiden pamukçuk denen psödomembranik (yalancı zarlı) türü göstermektedir. HİV bulaşmamış psödomembranik kandidayazlı hastalarda, hastalık ilerlemiş niteliktedir. Ancak, HİV bulaşmış hastalarda bu tür kandidiyaz aylarca görülebilir ki bu yüzden (akut) deyimi anlamını yitirir.

Yalancı zar kandidiyazı, ağız mukozasında kaymakımsı bir tortu bırakmasıyla belli olur. Bu tortu kazınıp alınabilir, geride kanayan bir yüzey kalır. HİV bulaşıklı hastalarda belirtilerin en çok görüldüğü yerler damak ve yanak mukozasıdır.





Klinik ve laboratuvar kan muayenesinde seropozitif bulunan diğer bir hastanan alınan slayt, daha seyrek psödomembranik kandidiyaz göstermekte ancak tipik klinik belirtileri bulunmaktadır.

Çeşitli yazarlara göre psödomembramik türdeki kandidiyaz AIDS hastalarında en çok karşılaşılan türdür.

Genellikle psödomembramik türe, güncel olarak uygulanan mantar ilaçları iyi gelmektedir: Nistatin (en etkilisi vajen biçiminde olanı), amfoferisin B, Klotrimazol, mikonazol. Ağızdan verilen ketokoazol da etkili bir mantar ilacıdır, ancak bazı hoş olmayan yan etkileri çıkabilir.

Bu slayt, 53 yaşında AIDS'li bu erkek hastaya aittir. Her iki yanak mukozasında kazınamayan beyaz bir doku bozukluğu vardır. Bozuk dokulardan sıyrılan parçacıklarda (Candida Albicans) mantarının spor lifleri görüldü. Bu tür kandidiyaza hiperplatik adı verilir. Bozuk dokular genellikle yanak mukozasının gerisinde bulunur, ancak damak mukozasında da görülebilir.

HİV bulaşmış hastalarda ağız mukozasının arka bölümündeki bozuk dokunun yeri, tütün içenlerde sıkça görülen hiperplastik kandidiyazın tam tersidir. Bu hastalarda hiperplastik kandidiyaz hep dudak uçları mukozasındadır ki, bu bölge HİV bulaşmış hastalarda hemen hemen hiç etkilenmez.

DİŞHEKİMLERİ ŞİRKETLEŞEBİLİR Mİ?

Ahmet MAVİ
Yeminli Mali Müşavir

Dişhekimlerinin şirketleşip şirketleşmeyecekleri konusuna girmeden önce Türk Hukukunda yer alan Şirketlere kısaca göz atmakta fayda ummaktayız.

Bunlardan birincisi, Borçlar Kanunundaki "Adi Şirketler" şöyle tanımlanmıştır: "Adi Şirket iki veya daha ziyade kişilerin emek ve sermayelerini müşterek bir gayeye erişmek üzere birleştirmeleridir. Bu tanımlamayı konumuza indirirsek, birden fazla dişhekiminin aralarında bir ortaklık kurarak muayenehaneyi birlikte işletmeleri Adi Şirkettir. Tabii ki buradaki işletme sözcüğü dişhekimliği faaliyetlerinden doğan nemayı, giderleri ve yapılacak işi paylaşmalarıdır.

İkinci grup olan Türk Ticaret Kanununa göre kurulacak şirketler ise şunlardır:

1- Kollektif Şirket,
2- Komandit Şirket,
3- Limited Şirket,
4- Anonim Şirket,
5- Kooperatifler,

Bu şirketlerin kuruluş amaçları ticari işletmeler çalıştırmaktadır. Ticari işletme ise Türk Ticaret Kanununda;

"Ticarethane, fabrika veyahut ticari şekilde işletilen müeseseseler" olarak tanımlanmıştır. Yasa koyucu bununla da yetinmemiş nelerin ticari işletme olabileceğini Ticaret Kanununun 12. maddesinde tek tek saymıştır. Sayılanlar arasında konumuza en yakın olan 6. bentteki hususi hastane işletilmesi işidir. Yani hususi hastane işletmeciliği ticari bir faaliyettir.

Öte yandan Türk Vergi Mevzuatı ise Dişhekimliği'ni, serbest meslek faaliyeti olarak nitelemiştir. İlgili yasada serbest meslek faaliyeti şöyle tanımlanmıştır:

"Sermayeden ziyade şahsi mesaiye, ilmi veya mesleki bilgiye veya ihtisasa dayanan ve ticari mahiyette olmayan işlerin işverene tabi olmaksızın, şahsi sorumluluk altında kendi nam ve hesabına yapılmasıdır".

Görüldüğü üzere bu tanımın ana unsurları;

a- Sermayeden ziyade şahsi mesaiye, ilmi veya mesleki bilgiye ve ihtisasa dayanması,
b- Ticari mahiyette olmaması,
c- Bir işverene tabi olmaksızın şahsi sorumluluk altında kendi nam ve hesabına çalışmasıdır.

Yukarıdaki yasa hükümleri ilmi ve ihtisasi bir mesleğin ticari kurallar dışında icrasını hedeflemektedir. Zira bu tür meslekler, ticari kurallara göre yapıldığı takdirde haksız rekabet, haksız kazanç, haksız tanıtımdan tutun da hastayı yanlış yönlendirmeye kadar giden sonuçlar doğurur.

Nitekim Tıbbi Deontoloji Tüzüğünün 6. maddesinin 1. fıkrası "Tabip ve Diş Tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken hiçbir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdan ve mesleki kanaatine göre hareket eder" hükmünü,

8. Maddesi ise;

"Tabiplik ve Diş Tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine ticari bir veçhe verilemeyeceğini ve Diş Tabibinin yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olduğu, her ne surette olursa olsun yazılarında kendi reklâmını yapamayacağı hükmünü getirmiştir

12. Madde ise Tabip ve Diş Tabiplerinin;

- Hastalara her ne suretle olursa olsun haksız bir menfaat teminini hedefleyen fiil ve harekette bulunmalarını,
- Birbirlerine muayene ve tedavi için hasta göndermeleri mukabilinde ücret alıp vermelerini,
- Kendilerine hasta temini maksadıyla eczacı, yardımcı tıbbi personel ve diğer herhangi bir şahsa tavassut ücreti ödemelerini,

Yasaklayan hükümler vazetmiştir.

Ayrıca 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına dair Kanunun 12. maddesinde;

Sanatını icra etmek üzere bir mahalde kayıtlı olan herhangi bir tabibin bizzat dükkan ve mağaza açmak suretiyle her türlü ticaret yapması ve bir tabibin ikametgahı müstesna olmak üzere müteaddit yerlerde muayenehane açarak icrayı sanat etmesi yasaklanmış olup, aynı kanunun 43. maddesinde Diş Tabiplerinin de müteaddit yerlerde muayenehane açarak icrayı sanat etmesi yasaklanmıştır.

Bütün bu yasa hükümleri karşısında birden fazla dişhekiminin biraraya gelmek suretiyle poliklinik açıp açmayacakları konusunda Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı aşağıdaki müktezayı vermiştir:

Muayenehane açma ve mesleğini serbestçe uygulayabilme yetkisine sahip çeşitli branşta birkaç hekimin biraraya gelerek mahiyeti itibariyle muayenehane özelliği taşıyan çalışmaya imkan veren bir kuruluşu açması, Danıştay 3. dairesinin 23.12.1954 gün ve 4789 numaralı adı geçen müktezada;

"Bu kuruluşlarda aşağıdaki hususların yerine getirilmesi 1219 sayılı kanun ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin gereğidir" denilmekte ve şu şartlar sıralanmaktadır:

1- İşyerinde her hekimin ayrı bir muayene odası bulunacak, bu oda kapısına usulüne uygun bir tabelaya hekimin ismi ve branşı yazılacak, muayenehanede hekimin mezuniyet ve ihtisas diplomaları asılı bulundurulacaktır.

2- Bu işyerinde her hekimin muayene etmiş olduğu hastaya kendi ismi, branşı ve diploma numaralarını taşıyan reçetesini yazacak veya işyerinin ismini taşıyan reçete kullanılıyorsa, bu reçeteye, yazan hekimin kaşesi basılacaktır.

3- İşyeri binası dış duvarına her hekimin isim ve branşlarını bildirir uygun ebat ve vasıfta tabelalar asılacaktır.

6- Yukarıda belirtilen tabelalar dışında reklâm mahiyetinde herhangi bir tabela ve pano bulundurulmayacaktır.

Bakanlıkça bu şartlara uyulmak suretiyle ortaklık kurulmasına izin verilebileceği ve özel teşhis ve tedavi müessesesi kurulabileceği yolunda görüş belirtilmiştir. Yukarıda sayılan şartlar sadece "Adi Ortaklık" şeklinde bir ortaklığın kurulabileceği izlenimini vermekte ise de, hekimler ve dişhekimleri dışındaki serbest meslek erbaplarının, serbest meslek faaliyetleri ile ilgili kurmuş oldukları ve faaliyette olan sermaye şirketleri mevcuttur. Burada dişhekimlerinin biraraya gelerek şirketleşip şirketleşemiyeceklerinden çok, şirketleşildiği halde yukarıdaki tüzük ve yasa hükümlerine; Danıştay kararına ve Bakanlık yazısına uyum sağlamanın imkan dahilinde olup olmadığının tartışılması gerekir.

Şirketleşildiği takdirde vergileme;

a- Adi ortaklarda ve kollektif şirketlerde her ortak hissesine isabet eden gelirin % 25'inden başlayarak artan kazanç oranından Gelir Vergisi ödeyecektir.

b- Sermaye şirketlerinde ise, şirket kazancı % 46 Kurumlar Vergisine tabi tutulacaktır. Bu oran sabittir. Ayrıca ortaklar şirketten aldıkları kazanç payından ötürü vergilendirilmezler.

Yönetim Kurulu Üyemiz Dt. **Nazif YURDAKUL** Aort damarından bir ameliyat geçirmiştir.
Kendisine acil şifalar dileriz.

Türk Dişhekimleri Birliği

AĞIZ KANSERLERİ: İnsidans ve Etiyoloji

Prof. Dr. Asriye MOCAN

Kanser, vücuttaki hücrelerin yeterli derecede farklılaşmaya uğramaksızın kontrolsuz ve hızlı bir şekilde bölünmesiyle ortaya çıkar. Mezenkimal dokulardan çıkan kanserler sarkoma, epitelyal hücre orjinli olanlar ise karsinoma olarak isimlendirilir (1).

Kanser, vücuttaki hücrelerin farklılaşmaya uğramaksızın hızlı bir şekilde bölünmesiyle ortaya çıkar.

Ağız kanserleri deyimi ile genellikle, dil, bukkal mukoza, sert damak, ağız tabanı, alt ve üst gingiva ve dudakta görülen malign tümörler anlaşılır (2, Bak. 3). Farengeal yapıda olan yumuşak damak ve tonsillere ait lezyonlar bu tanım içine girmezler ise de, bazı araştırıcılar ağız kanserlerinden orofarenks kanserlerinin, hatta tüm baş boyun kanserlerinin bir elemanı olarak söz ederler (4, 5, 6).

Amerika'da ağız kanserlerinin her iki sekste 40 yaşın üstünde ve erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (4). Türkiye'de de durum buna benzemektedir. Manisalı'nın (7) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Enstitüsü'nün 1934 - 1966 yılları arasındaki kayıtlarını inceleyerek yaptığı çalışmada, tüm vücut tümörlerinin % 5.1'inin ağız boşluğunu ilgilendirdiği, bundan malign tümörlere düşen payın ise % 2 olduğu bulunmuştur. Aynı seride, 386 kadın ve 1186 erkekte toplam 1572 kötü huylu tümör saptanmıştır ve Kadın / Erkek oranı 1/3 olarak görülmektedir.

1975'te Köselioğlu ve Erkan (Bak. 3), on yıllık bir zaman diliminde Ankara Onkoloji Hastanesi'ne başvuran tüm hastaların % 8.7'sinde kanserin ağızda görüldüğünü ve Erkek/Kadın oranının 4.7 olduğunu belirtmişlerdir.

Kanser Kayıt Merkezi'nin 1990 yılına ait sonuçlarına göre ise ağız boşluğu ve farenks malign tümörleri, toplam kanser olgularının % 3.48'ini oluşturmaktadır. Kanser olgularının sistemlere dağılımında, ağız ve farenks kanserlerinin kadınlardaki payı % 2.62; erkeklerde ise % 4.17'dir (8).

Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi, Türkiye'de ağız boşluğu kanserleri tüm vücutta görülen kanserlerin % 2-8.7'sini teşkil ederler ve erkeklerin ağız kanserlerine yakalanma şansı ise kadınlardan daha fazladır.

Etyoloji:

Etyoloji hakkında bilgili olmak, erken tanıya ulaşabilmek için gerekli olduğu kadar, ağız kanserlerinin önlenmesinde yol gösterici bazı önerilerin bireylere iletiminde de yardımcı olacaktır.

Ağız kanserlerinin nedeni tam olarak bilinmemekle ve tek neden henüz saptanmamış olmakla beraber, gözlemler bazı kültürel ve çevresel faktörlerin etki ettiğini ortaya çıkarmaktadır. Etyolojide rol alan etkenler, eksojen ve endojen olmak üzere, iki ana başlık altında toplanmıştır (9).

Eksojen olanlar

Tütün

Alkol

Kötü ağız hijyeni

Lokal infeksiyonlar (Herpes virus, candida, albicans)

Protez irritasyonu

Galvanik irritasyon

Toksinlere maruz kalma

(Kurşun, cıva, benzol)

Endojen olanlar

Herediter faktörler

Karaciğer hastalıkları

Malnütrisyon (Vitamin, protein eksikliği)

Demir eksikliği

Diabetus mellitus

Hormonal faktörler

Sistemik infeksiyonlar (Sfiliz)

Ağız kanserleri ile birlikteliği kesin olarak tanımlanan etkenlerin her biri ağız mukozası üzerine doğrudan etkiye veya henüz bilinmeyen karsinojenler veya viruslara karşı ağız mukozasını daha duyarlı hale getirme özelliğine sahip olabilir. İçsel ve dışsal faktörler, malignite geliştirme kapasitelerini arttırmak için birbirini etkiliyen bir yolla beraber çalışırlar. Ancak bu mekanizma hala çok az anlaşılmıştır (10).

Tütün:

Birçok çalışma, her çeşit tütün kullanımı (örneğin içerek, çiğneyerek) ile ağız mukozası kanserleri arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ağız kanserleri insidansı, sigara içenlerde içmeyenlerden altı defa daha fazladır. Ağız kanserlerinin prognozu hakkında yapılan çalışmalara göre, kanser gelişmiş ve bu arada sigara içmeye devam edenlerde, sekonder kanser gelişme olasılığı % 33 olarak bulunmuştur. Ayrıca 5 yıllık yaşam periodu, tedavi sonrası sigara içmeyenlerde, içenlerden daha iyidir (4). Hindistan'ın bazı yörelerinde ağız kanserleri tüm kanserler içinde % 50 oranında görülmektedir. Bu artıştan, Güneydoğu Asya'da çok fazla olan "Betelnut" çiğneme alışkanlığı sorumlu tutulur. Son yıllarda batıda ve gençler arasında görülen dumansız tütün olarak tanımlanan "çay poşeti" şeklindeki tütün kullanımı da yeni bir tehlike oluşturmaktadır (11).

Alkol:

Alkol kullanımının ağız mukozası kanserlerine yol açtığı uzun süredir kabul edilmektedir. Ayrıca alkol ve sigara arasında, ağız kanserlerini artırıcı bir etkileşim vardır (12). Alkol ve sigarayı beraber kullanan kişilerde, kansere yakalanma şansının bu iki maddeyi hiç kullanmayanlara oranla 15 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir. Alkolün ağız mukozası üzerine doğrudan etkisi ile mi, yoksa nutrisyonel kayıp oluşturarak mı kanser yaptığı tartışma konusudur.

Alkol ve Sigara arasında, ağız kanserlerini artırıcı bir etkileşim vardır.

Dişsel Faktörler:

Galvanik akım, kırık veya keskin kenarlı dişler, iyi yapılmamış restorasyonların oluşturduğu kronik irritasyonlar, ağız kanserlerinin nedenleri arasında kabul edilir. Diğer yandan, protezin ağızdaki malignitelerden sorumlu olmadığı, ancak, bazı erken dönemdeki kanserlerin, protez irritasyonlarına benzediğinden protez ile ilgili doku değişiklikleri görüldüğünde dikkatli olunması gereği belirtilmiştir (4). Ayrıca kötü oral hijyen de risk faktörü olarak düşünülür. Ağız kan-

seri insidansındaki düşme ile ağız sağlığındaki gelişmeler arasında bir bağlantı kurulmuştur (Bak. 10). Borçbakan da, vakaların üçte birinin ağız hijyeninin bozuk olduğu kırsal kesimden geldiğini belirterek, oral hijyenin önemine değinmiştir (13).

Nutrisyonel Eksiklikler:

Metabolik ve besin yetersizliğinin ağız kanserlerine yol açtığı düşünülmektedir. Iskandinav kadınlarında ağız ve hipofarenks kanserlerinin yüksek oranda görülmesi, aneminin yanısıra ciddi atrofik ve ülseratif mukoza değişikliklerine neden olan Patterson-Kelly (Plummer - Vinson) sendromuna bağlanmaktadır. Demir ve vitamin A eksikliğinde mukoza bütünlüğünde bozukluklar görülür. Böyle bir mukoza, kanserojenlere daha duyarlı hale gelmiş olabilir.

Lokal İnfeksiyonlar:

Fungal, bakteriyel ve viral organizmaların çeşitli tipleri, potansiyel etyolojik ajanlar olarak düşünülür. Özellikle kronik kandidazis'e yol açan candida albicans, herpes simplex virus, Human papilloma virus ve Human immunodeficiency-virus'un etyolojide rol aldığına inanılır. Tersiyer sfilizdeki atrofik glossit ile beraber görülebilen, dilin skuamöz kanseri arasındaki ilişki raslantı değildir. Özellikle sfiliz ile dil dorsumunun anterior 2/3'ünde görülen kanser arasında kuvvetli bir birliktelik bulunmuştur (Bak. 9).

Gün Işığına Maruz Kalma:

Gün ışığına aşırı maruz kalan bölgede yaşayan insanlarda, skuamöz ağız kanserleri daha çok alt dudakta belirginleşir. Burada gün ışığıyla beraber diğer faktörler de (toz, rüzgar gibi) düşünülmelidir.

Açık Teşekkür:

Ağız kanserleriyle ilgili yazmayı planladığım yazı serimi yürekten destekleyen ve bana ivme kazandıran başta hocam sayın Prof. Dr. Yılmaz Manisalı ve değerli meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi arz ederim.

KAYNAKLAR:

1. *Robbins , S.L.: Pathologic basis of disease, W.B. Saunders Company, 1991.*
2. *A.Ü. Tıp Fak. Tümör Koordinasyon Kurulu, TNM Kanser Evreleme Sistemi, A.Ü. Tıp Fak. Yayını, Sayı: 447.*
3. *Ergen, G.: Intraoral epidermoid karsinomların radyoterapi, cerrahi ve Bleomycin ile kombine tedavileri, Doktora tezi, Ank. 1977.*
4. *Silverman, S.: Early diagnosis of Oral Cancer, Cancer, 62: 1796 - 1988.*
5. *Ali, S., Tiwari, R., Snow, G.B., Van der Waal, I.: Incidence of squamous cell carcinoma of the head and neck: Report of 1000 cases. The Journal of Laryngology and otology, 1000: 315, 1986.*
6. *Hausamen, J.E.: Tasks and objectives of the German - Austrian - Swiss working group on tumors in the maxillofacial regon (DÖSAK). International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 17, 264 (1988).*
7. *Manisalı, Y.: Türkiye'de ağız boşluğunda meydana gelen tümörlerin günümüze kadar değerlendirilmesi, İ.Ü. Diş Hek. Fak. Der., 3: 3: 259 - 1969.*
8. *Kanser İhbarlarının Değerlendirilmesi 1990, T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Yayın no: 544, Ankara, 1990.*
9. *Burkhardt, A., Maerker, R.: A Colour Atlas of Oral Cancers, Wolfe MedicalPublications Ltd., 1981.*
10. *Smith, C.J.: Oral cancer and precancer; background, epidemiology and aetiology. Br. Dent. J., 167: 377 - 1989.*
11. *Stephen, K.W.: Health implications of smokelers tobacco: US National Institute of Health Consencus Development Conference. Br. Dent. J. 160: 370 - 1986.*
12. *Blot, W.J., Mc Laughlin, J.K., Winn, D.M., Austin, D.F., Greenberg, R.S., Preston-Martin, S, Bernstein, L., Schoenberg, J.B., Stemhagen, A., Fraumeni, J.F.: Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. Cancer Res. 48:3282, 1988.*
13. *Borçbakan, C.: Ağız kanserlerinde erken teşhis, A.Ü. Tıp Fak. Mec. XXII, 111, 469 - 1969.*

CAM İYONOMER SİMANLAR

Doç. Dr. Serap ÇETİNER*

Bir restorasyonun başarısı, öncelikle olguya en uygun materyalin seçimine, daha sonra da seçilen materyalin klinikte başarılı bir şekilde uygulanmasına bağlıdır. Kullanılacak materyalin fiziksel, kimyasal ve biyolojik özellikleri son derece önemli kriterler olup, bunların diş yapılarının özelliklerine yakın oluşu klinik uygulamalardaki başarılarını şekillendirmektedir. Dişhekimliğinde kullanılan restoratif materyallerin diş dokusuna adezyonu önem taşıdığından ideal bir restoratif materyal diş dokularının fiziksel özelliklerine benzer nitelikler taşımalı, bunun yanısıra dentin ve mineye iyi bağlanmalı ve ağız ortamında yapısal değişime uğramamalıdır. Tüm bu özelliklere sahip bir restoratif materyal üretiminin henüz başarılamamasına karşın son yirmi yılda mine ve dentine bağlanabilen dolgu materyallerinin üretimi önemli bir aşamadır.

Kavite preparasyonu sırasında pulpaya çok yaklaşıldıysa, dentin ince bir tabaka kalsiyumhidroksit tabakasıyla örtülmelidir.

Bu tür ürünlerin içerisinde yer alan cam iyonomer simanlar ilk kez 1972 yılında Wilson ve Kent tarafından üretilmiştir. Silikat simanların, kompozit rezinlerin ve polikarboksilat simanların en iyi özelliklerinin birleştirilmesi amaçlanarak üretilen bu simanlar silikat simanlara benzer sertlik gösterirken, aside daha dirençlidirler. Günümüzde cam iyonomer ve polikarboksilat simanlar mine ve dentine fizikokimyasal olarak bağlanabilen yegane dolgu madeleri olarak değerlendirilmektedir. Cam iyonomer simanların en çarpıcı özelliği olan ve diş yapılarına fizikokimyasal yolla gerçekleştirdikleri bağlanma; klinikte restorasyonların tutuculuklarını arttırarak ağızda kalış sürelerini uzatmakta, ayrıca sadece çürüğü kaldıracak düzeyde daha konservatif bir tedavi yapılabilme olanağı sağlamaktadır. Bunun yanı sıra bu simanlar uzun süreli fluor salınımı ile çürük önleyici etkiye de sahiptirler. Minenin çözünürlüğü bu fluor salınımı ile azalırken, buna bağlı olarak sekonder çürük insidansı da en aza inmektedir. Ancak geleneksel cam iyonomer simanların fluor açığa çıkarma, biyolojik uygunluk ve diş yapılarına adezyon gibi çarpıcı özellikleri olmasına karşın, poröz yapıları gevrekliklerinden kaynaklanan kırılganlıklarının yanısıra aşınma dirençsizlikleri ve düşük gerilim dirençleri bu maddelerin Class I ve II restorasyonlarda kullanımı sınırlamıştır. Bu dezavantajların giderilmesi amacı ile geliştirilen metal takviyeli cam iyonomer simanlarda fizik mekanik özellikler önemli ölçüde düzeltilmiştir.

Cam iyonomer sistemde toz esas olarak yüksek florid içerikli bir alumino silikat cam, likit ise polialkenoik asittir. Son yıllarda bazı ürünlerde polialkenoik asit dondurulup kurutularak cam tozuna ilave edilmiştir. Kullanımları sırasında distile su ile karıştırılarak hazırlanan bu tip simanların karıştırılmaları daha kolaydır ve nemden uzak bir ortamda saklanıldıklarında sınırsız süreli kullanım avantajları vardır. Estetik dolgu maddesi olarak da önerilen cam iyonomer simanların kompozitlere oranla şeffaflıklarının daha az oluşu dolgulara daha opak bir görüntü vererek estetik kullanımlarını sınırlamaktadır. Ancak son yıllarda cam yapıda yapılan formül değişiklikleri ile şeffaflıklarının arttırılmasına çalışılmaktadır.

Çeşitli markalar altında üretilen cam iyonomer simanlar kullanım özelliklerine göre sınıflandırılırlar;

- Tip I. Yapıştırma için kulanılan cam iyonomer simanlar (Luting cement)
- Tip II. Restoratif cam iyonomer simanlar (Restorative cement)
  - a. Estetik simanlar
  - b. Takviyeli simanlar (cam-kermet simanlar)
- Tip III. Çabuk sertleşen cam iyonomer simanlar (Lining cement)
  - a. Kimyasal sertleşenler
  - b. Işınla sertleşenler

Geleneksel cam iyonomerlerin klinik uygulamaları ile ilgili endikasyonları ise şöyle sıralanabilir;

1. Kavite preparasyonu yapmaksızın kama defektlerinin restorasyonunda,
2. Okluzal fissur ve çukurların örtülmesinde,
3. Ön ve düşmesi yakın arka grup süt dişlerinin restorasyonunda,
5. Kompozit rezinlerin tutuculuğunu arttırmak ve

(*) A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

kenar sızıntısını azaltmak amacı ile rezinlerin altına kaide olarak (cam iyonomer + kompozit laminate tekniği),

6. Amalgam dolguların altında kaide olarak,
7. Kron ve köprülerin yapıştırılmasında,
8. Ortodontik bantların yapıştırılmasında,

Geleneksel cam iyonomer simanların, fazla aşınmaları ve basınca dayanıklı olmamaları, arka grup süt ve sürekli dişlerde daimi restoratif materyal olarak kullanımlarının sınırlanmasının en önemli nedenidir.

Saf gümüş parçacıklarının yüksek ısıda cama kaynaştırılması ile üretilen cam-kermet simanların sahip oldukları yüksek kırılma direnci yumuşak gümüş parçacıklarının materyalin iç gerilim kuvvetlerinde azaltıcı rol oynamalarına, aşınma dirençlerinin yüksekliği ise parlatılmış metal yüzeyinin sürtünme kat sayısının düşük olmasına bağlıdır. Bu simanlar yüksek kırılma ve aşınma dirençlerinin yanı sıra geleneksel cam iyonomer simanların adezyon ve fluor salınımı gibi tüm üstün özelliklerine sahiptirler.

Cam-kermet simanların klinikte kullanım alanları;

1. Postcore uygulamalarında core yapı olarak,
2. Amalgam restorasyonların altında kaide olarak,
3. Karyostatik özellikleri nedeni ile sondun fisürlere takıldığı durumlarda fissür örtücü olarak,
4. Inley ve kronların kenar bütünlüklerinin bozulduğu durumlarda tamir amacı ile,
5. Class I kavite restorasyonlarında,
6. Süt dişlerinin restorasyonlarında,
7. Overdenture yapımlarında kök yüzeylerinin örtülmesinde,
8. Çiğnemeye bağlı abrazyon nedeni ile yıpranmış paslanmaz çelik kronların tamirinde,
9. Süt ve sürekli dişlerin yeni başlıyan Class II çürük lezyonlarının restorasyonunda (tünel restorasyonlar)

Enjekte edilebilmesi, radyoopak olması, çabuk sertleşmesi ve sertleştikten sonra ağız sıvılarına dirençli olması, pulpa ile sertleşme reaksiyonları sırasında en az düzeyde büzülme ve genleşme özelilği, fluor açığa çıkararak komşu diş yapılarını çürüğe karşı koruması, dentine eş termal genleşme katsayısı gibi özelliklere sahip olan cam-kermet simanlar marginal kenar bütünlüğünün bozulmadığı ara yüz bölgesinde lokalize çürük lezyonlarının tedavisinde önerilen Class II tünel restorasyonlar için ideal bir materyaldir. Süt dişlerinin sürekli dişlerin bu tip restorasyonlarında kaviteye enjekte edilen kermet siman kompozit materyale yer açacak kadar indirilmeli ve son dolgu olarak hibrid türü kompozitler kullanılmalıdır.

Cam-kermet simanlar (Ketac-Silver) amalgama çok yaklaşan yüzey sertliği, aşınma direnci, yüksek elastik modül değeri, diş yapıları ile çok iyi bağlanabilmeleri, en az geleneksel cam iyonomer simanlar kadar fluor salınımı yapması ile antikaryojenik özellik taşıması, hazırlama ve uygulamasının kolay olması, çok kısa sürede sertleşmesi, civa içermemesi gibi olumlu nitelikleri ile özellikle süt dişlerinin restorasyonlarında iyi bir alternatiftir. Ancak her türlü cam iyonomer siman uygulamalarında, Kavite preparasyonu sırasında pulpaya çok yaklaşıldıysa, dentin ince bir tabaka kalsiyumhidroksit tabakasıyla örtülmelidir.

Cam iyonomer simanların kaviteye uygulamalarından önce sıncar tabakasının kaldırılması gerekmektedir.

Cam iyonomer simanların kaviteye uygulamalarından önce smear tabakasının kaldırılması gerekmektedir. Bilindiği gibi kavite preperasyonu sırasında, diş sert dokularının kesimi ile ortaya çıkan sürtünme ısısı kollagen matriks ile mineralize yapıların elastik ve plastik deformasyonuna ve kesim yüzeylerinde smear tabakasının oluşmasına yol açmaktadır. Kavitelerde doğal bir kaide görevi üstlenen smear tabakası; dentin geçirgenliğini tüm kavite cilalarından çok daha etkin bir şekilde % 86'ya varan bir oranla azaltabilmektedir. Ancak dentinle reaksiyona girerek kimyasal bir bağlanma yapan cam iyonomer simanlar kavitede smear tabakasının mevcudiyetinden dentin yerine smear tabakası ile reaksiyona girerek; dentinden kolaylıkla ayrılabilen smear nedeniyle zayıf bir bağlanma oluşturmaktadır. Bu nedenle cam iyonomer uygulamadan önce, smear; % 40 poliakrilik asit, oksalik asit, tannik asit gibi yüksek moleküler ağırlıklı asitlerin dentine 60 saniye uygulanması ile kaviteden uzaklaştırılmalıdır.

Cam iyonomer siman uygulamalarında bir önemli nokta da bu simanlar restoratif materyal olarak kullanıldığında maddenin sertleşmesinin erken evrelerinde restorasyonun ağız sıvılarına karşı korunması gereğidir. Bu amaçla restorasyon yapıldıktan hemen sonra dolgu üzerine mutlaka iki kat kavite cilası sürülmesi gerekmektedir. Böylece simanın hem diş yapılarına bağlanma mekanizması bozulmıyacak hem de kenar sızıntısı ve renkleşme problemi önemli ölçüde elimine edilecektir.

DİŞHEKİMLİĞİNDE YETKİ

Doç. Dr. Onur ŞENGÜN

Değerli Meslektaşlarım,

Bana ayrılan süre içerisinde sizlere dişhekimliğinde yetki konusunda en çok tartışılan yönleri hatırlatmak istiyorum. Bilindiği üzere Türkiye'de dişhekimlerinin yetkilerini 1928 tarihli bir kanun belirlemektedir. Buna göre, dişçilik sanatı dişlerin ve dişetleri ile esnanın tedavisi ve dişlerin ikmal ve islahına ait ameliyelerin icrasına münhasırdır.

Dişhekimi ünvan olarak tektir ve bitişik yazılmalıdır.

Maddede yer alan esnan sözcüğü arapça dişler anlamına gelmektedir. Öyleyse neden aynı madde metninde iki defa "dişler" sözcüğü yeralsın. Bu konu Dişhekimi Cemil BULAK tarafından araştırılmış ve sonuçta "esnan" sözcüğünün yasa teklifinde "esnah" olarak verildiği fakat mecliste yasalaşırken yazım hatası sonucu esnan olarak çıktığı tespit edilmiştir. "Esnah" alveol anlamına gelmektedir ve bizlerin en çok uğraştığımız bölgelerden birisidir. Bu kanun aynen uygulanacak olsa dişhekimleri sadece dişi çekebilecek fakat kanunda alveol sözü geçmediği için bölgeyi kürete edemeyeceklerdi. Bu hekimlikle ve bilimle bağdaşmayan bir durumdur ve ne varki her meslektaş şimdiye kadar birçok kez bu yasayı çiğnemiştir ve çiğnemeye devam edecektir.

Ancak yasa böyle eksik ve yanlış diye "mesleğimi istediğim gibi yapamıyorum" diyen bir dişhekimine ben rastlamadım. Bilmem sizler rastladınız mı?

Ama yine de çalışma alanımızın sınır ve kapsamını mesleğimize yakışan bir şekilde belirleyecek yeni bir kanuna ihtiyaç olduğu açıktır.

Bu konuda bazı çabalarda da bulunulmuştur. Bunun son örneği 1928 tarihli ve 1219 sayılı kanunun maddelerinin değiştirilmesine ilişkin kanun teklifidir. İyi niyetle hazırlandığına inandığımız bu teklifte bakınız diştabiplerinin yetki ve sorumlulukları nasıl belirlenmiştir:

"Diştabipleri; dişlerin protetik tamamlanması, dişlerin restoratif ve endodontik tedavileri, diş ve çene anomalilerinin mekanik yöntemlerle düzeltilmesi, dişlerden dişetlerinden ve diş protezlerinden kaynaklanan ağız hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tedavileri; protetik tedavinin gerektirdiği ağız cerrahisi işlemlerinde yetkili ve sorumludur".

Bu kanun teklifinin kimler tarafından düzenlendiğini bilemiyorum. Fakat kanun maddesine dikkatle bakan bir göz bu tanımlamadaki eksiklikleri hemen farkedecektir. Örneğin, protezle ilgili cümlecikte "dişlerin protetik tedavileri" denilmektedir. Oysa çene yüz protezleri bilim dalımız sadece dişlerin değil çene yüz defektlerininde protetik tedavisini yapmaktadır. Cerrahi ile ilgili bölümde ise sadece dişlerden, dişetlerinden ve diş protezlerinden kaynaklanan ağız hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tedavileri ile protetik tedavinin gerektirdiği ağız cerrahisi işlemleri denilmektedir. Yani çene kemiğinde dişten kaynaklanan bir olay varsa tedavi edilecek fakat çene kemiğinden kaynaklanan bir kist veya başka bir patolojik durum tedavi edilemiyecektir. Yine kan yoluyla çene kemiğine yerleşmiş bir enfeksiyonun tedavisi yapılamayacak ve bir eklem rahatsızlığında hastaya hiçbir yardımda bulunulamayacaktır. Diş ve çene anomalileri mekanik olarak düzeltilebilecek fakat cerrahi olarak düzeltilemeyecek ve bu işlemler plastik cerrahlara teslim edilecektir. Oysa fakültelerimizde bu konularla ilgili dalımı-

zın adı Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D.'dır. Sadece bu isme bakarak kanunda bir kapsam çizilmesi bile bir yetki eksikliğini önlemeye yetecekti sanıyorum. Ama bu yapılmamıştır.

Kişisel görüşüme göre; Dişhekimlerinin yetki ve sorumluluğunu belirten kanun maddesi şöyle olmalıdır: "Türkiye'de dişhekimleri, dişlerin restoratif ve endodontik tedavileri; diş ve çene anomalilerinin mekanik yöntemlerle düzeltilmesi; dişlerin ve çene yüz defektlerinin protetik tedavileri ile dişlerden, dişetlerinden, çenelerden, çene ekleminden ve çenelere komşu yumuşak dokulardan kaynaklanan hastalıklarla sistemik hastalıkların ağız bulgularının medikal ve cerrahi tedavilerinde yetkili ve sorumludurlar".

Mesleğimizle ilgili böyle bir düzenlemenin Dişhekimleri Odaları ile Fakültelerin ortak çabaları ile hazırlanması düşüncesindeyim.

Eğer bizler çaba göstermezsek daima başkalarının verdikleriyle yetinmek zorunda kalırız. Bir örnek vermek gerekirse 1992 yılının ilk 6 ayında uygulanacak olan özel hizmet tazminatı listesine bakmak yeterlidir. Bunlar Tabiplere % 60, 4 yıllık fakülte mezunu kimyagerlere % 55, dişhekimlerine ise % 45 oranında tazminat verileceği belirtilmektedir. Dişhekimlerinden doktora yapanlara dahi bu tazminat verilmektedir. Olay bana göre bir para olayı değildir ve prensip olarak bu haksızlıklara karşı çıkılmalıdır.

Değerli meslektaşlarım, birkaç cümle ile mesleğimizin adı olan dişhekimi ünvanına da değinmek istiyorum. Dişhekimi ünvan olarak tektir ve meslektaşların bundan başka ünvan kullanmamaları gerekir. Fakat ilk dişhekimliği diplomalarında meslek ünvanı Diştabibi olarak belirlenmiştir, ama Dişhekimi ünvanına da yer verilmiştir.

Dişhekimi ünvanı Diş Hekimi şeklinde değil bitişik yazılmalıdır. Aynı kural Diştabibi içinde geçerlidir. Bu yanlışlık çok sık yapılmaktadır. Türk Dil Kurumunun yayını olan Türkçe Sözlük bile bunu yanlış yazmaktadır.

Dişhekimi adının yanlış yazıldığı gibi dişhekimlerinin de birçok yanlış ünvan kullandığını görüyoruz. Büyük kentlerimizin sokaklarında aşağıdaki ünvanlara rastlamak mümkündür:

Diş doktoru, Zahnartz, Dentist, Medecın Dentist, Med. Dent, Dent, Chirurgia Dentist, Doktor of Dental Surgery. Ayrıca Röntgen, Aeratör, Cavitron, Reimplantasyon, Biodent, Porselen gibi yazılara da rastlamaktadır.

Tıbbi deontoloji nizamnamesine göre, dişhekimleri gazete vs. neşriyat vasıtalarında yapacakları ilanlarda ve reçete kağıtlarında ancak ad ve soyadı ile adresini, varsa ihtisas dalını, akademik ünvanını ve muayene gün ve saatini yazabilir. Doktora yapan dişhekimlerinin bu ünvanlarını muayenehane tabelalarına nasıl yazacaklarına dair bir standardizasyon ise, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde henüz yoktur.

Dişhekimi adının yanlış yazıldığı gibi dişhekimlerinin de birçok yanlış ünvan kullandığını görüyoruz.

Şimdi de mesleğimizin bazı dallarında meslektaşlar arasında ortaya çıkan yetki sorununa değinmek istiyorum. Bunlar Ortodonti ile bazı cerrahi ve periodontal girişimlerdir. Bir pratisyen dişhekimi "Ben bu ağızdaki Ortodontik anomaliyi düzeltirim" diyerek ortodontik tedaviye başlıyorsa hiçkimse sen bu tedaviyi yapmaya yetkisizsin diyemez. Aynı şekilde bir flap operasyonu yada bir kist yada gömülü diş operasyonu da yapabilir. Çünkü fakültesinde okurken bunların eğitimini görmüştür. Ancak bir tıp doktoru düşününüz. Fakültede okurken beyin cerrahisi dersini, kalp damar cerrahisi dersini görmüştür. Ama bir pratisyen tıp doktoru bu dalların ameliyatlarını yapmaz. Burada bir nüanstan gözetmek istiyorum. Bizim çalışmalarımız nadiren hayati tehlikenin doğduğu bir bölgedir. Burada bir önemli-önemsiz, zor-kolay kavramları karşımıza çıkmaktadır. Yani "bizim yaptığımız tedaviyi yaparım" diyen bir pratisyen dişhekimi başarısız olduğunda Batı Ülkelerindeki gibi çok yüklü bir tazminat ödeyeceğini bilse sanırım bu tedaviye girişmez. Hekimin tazminat ödemesi gerekliliği ve sorumluluğu konularında M.Ö. 1800 yıllarında yazılmış

Hamurabi kanunlarının 219 ncu maddesini size okumak istiyorum. Burada; "Eğer bir hekim, bir hastasına bronz bir ameliyat bıçağı ile tehlikeli bir yara açar ve öldürürse, veya bir apse açar ve gözü harab ederse iki eli kesilir" denilmektedir.

Tıbbın çok yeni olduğu o çağlarda sokakların, kolları kesilmiş hekimlerle dolu olduğunu sanıyorum. Mesleğimizdeki cerrahi işlemler içinde yetki ve sorumluluk tartışmaları yapılmaktadır. Örneğin her dişhekimi, gömülü bir alt akıl dişini çekebilir. Birisi 15 dakikada çeker, cerrahi disiplinlere uyarak çalışmıştır ve olağan şikayetlerin haricinde bir komplikasyon olmayacağını bilmektedir. Aynı diş yeterli tecrübesi ve aletleri olmayan bir dişhekimi tarafından 1.5 saatte çıkarılabilir. Diş mutlaka çıkmıştır. Ama ortaya çıkacak komplikasyonlar o hekime bir çokhasta kaybettirecektir. Bence dişhekimleri olağan dışı girişimlerde hem hekim hem de hasta açısından fayda-zarar dengesini, gözönüne alarak karar vermelidirler. Olayın çözümü olağandışı girişimlerde hastayı ilgili hekime göndermektedir. Hastaya örneğin, flap operasyonu için "bu ameliyat özel alet ve malzemeye ihtiyaç gösterir ve ayrı bir ihtisas dalıdır. Ben sizi böle bir hekime göndermek istiyorum. O size benden daha çok yararlı olacaktır" denildiğinde, o hekim hastasının gözünde o işi yapamayan birisi değil hastasının sağlığını herşeyden üstün tuttuğunu gösteren güvenilir bir hekim olacaktır.

Son zamanlarda dişhekimliğinin en popüler konusu olan implantoloji de üzerinde düşünülmesi ve tartışılması gereken bir konudur kanısındayım. Konunun tartışıldığı 2 ayrı platform vardır; Muayenehaneler ve fakülteler. Bir haftalık kurslarla muayenehanelerde implant yapılmasına karşı olan meslekdaşlarımız bulunmaktadır. Bu meslektalarımız birçok yönden haklıdırlar da: Bir dişhekiminin en basit bir diş dolgusunu yapabilmek için sahip olması gereken bilgi birikimine ne kadar zaman ve kaç hasta tedavi ederek ulaşabildiğini düşününüz. Kavite duvarlarının parelelliğinden, pulpaya ne kadar yaklaştığını hissetmesine, aeratörü dişe bastırmasından bir matriks yerleştirmesine kadar bir dizi bilgi ve tecrübe kolay kazanılmamaktadır.

İmplant olayında ise, hangi bölgeye hangi uzunlukta veya şekilde bir implant konulacağından insizyon ve dikiş tecrübesine; yapılacak protezin tüberkül planlanmasına kadar birçok faktörün bilinmesine ve doğabilecek komplikasyonlarında giderilmesini sağlayacak bir bilgi birikimine sahip olunması gerekmektedir.

Olayın hasta yönünden değerlendirilmesinde ise yüksek maliyetlere ulaşan bu teknikteki başarısızlıklar implant sistemine dolayısıyla mesleğimize olan güveni sarsmaktadır.

Tüm bu olumsuzluklara karşın ortada bir gerçek vardır. İmplant tüm dünyada yaygın olarak uygulanırken Türk Dişhekimleri bundan uzak mı kalacaktır. Tabiki hayır. O halde bizce yapılması gereken şey orta bir yol bulmaktır: O da mezuniyet sonrası implant eğitiminin daha uzun süreli ve çok ciddi organize edilmiş kurslarla yapılmasıdır.

Konunun tartışıldığı ikinci önemli platform fakültelerdir. Fakültelerde implantın hangi bilim dalının çalışma sahasına girdiği yani bu konuda kimlerin yetkili olduğu tartışması sürüp gitmektedir. Periodontologlar implantın bir dişin takliti olduğunu ve çevresindeki dokuların sağlığı ve hasta motivasyonu açısından olayın daha çok kendi dallarını ilgilendirdiğini savunmaktadır. İstanbul'daki bir fakültemizde ise ayrı bir Anabilim Dalı kurularak Doktora Eğitimine başlanmıştır. Cerrahi ve Protez dallarındaki Öğretim Üyeleri ise daha farklı düşünmektedirler: Öncelikle implantolojinin yıllardır varolduğunu, cerrahi ve protez kliniklerinde teorik ve pratik eğitiminin zaten verildiğini, olayın sadece tek bir vida yerleştirilmesi olmadığını, subperiostal implantolojinin de varolduğunu ve titanium maddesinin kullanılmasından sonra implantolojinin popüler hale geldiğini, hemen sahiplenilmek istendiğini savunmaktadırlar. Bu görüşleri savunanlar kret onarımı, yükseltilmesi veya derinleştirilmesinde yani dişsiz ağızı proteze hazırlamada yetkili olan bölümün cerrahi bölümü olduğunu, alt yapısı hazırlanmış bir ağızın protezinin ise protez bölümünce yapıldığını ve implantolojide de alt yapının cerrahi, üst yapının ise, protez kliniklerinde yapılmasının gerektiğini, ayrı bir bilim dalı kurulmasına gerek olmadığını söylemektedirler.

İmplantolojide eğitim ve yetki konusunun muayenehane hekimliğinde ve fakültelerimizde bir süre daha tartışılacağına ve bugüne kadar benzer birçok sorununu halletmiş olan mesleğimizin bu konuda da sağlıklı bir yönteme kavuşacağına inanıyorum.

Türkiye'de dişhekimliği mesleğinin layık olduğu daha büyük saygınlığa ulaşması dileğimle konuşmama son veriyorum. Saygılarımla.

DİŞHEKİMLİĞİNDE STANDARDİZASYON - II -

Dt. Sencer BİNAL

Türk Standartları Enstitüsü bünyesinde 1978 yılında "Sağlık Hazırlık Özel Daimî Komitesi" kurulmuştur. 1980 senesinde ise bu komite "Sağlık Hazırlık Grubu"na dönüştürülmüştür.

Bu komite ve grubun içinde ilk defa 1979 tarihinde "Deşhekimliğinde kullanılan" başlığı altında "Diş Davyeleri"nin standardı yapıldı ve mecburî uygulamaya konuldu.

Halen, 30 adete yakın dişhekimliğinde kullanılan araç ve gerecin standardı hazırlanmış ve basımı yapılmış bulunmaktadır.

Halen 30 adete yakın dişhekimliğinde kullanılan araç ve gerecin standardı hazırlanmış ve basımı yapılmış bulunmakta ve I., II. mütalâada olan 10'a yakın standart da çıkmak üzeredir. Bu standartların listesi yazının sonunda takdim edilecektir.

"Standartlaşma" başlıklı yazımda her ne kadar standardın manâsı açıklanmışsa da başka bir görüş açısından şöyle bir bilgi tazelemesi de yapılabilir.

Aletlerimiz "standart olsun" derken; "tek şekil" hepsi aynı renkte, aynı boyda, aynı markalarda meydana gelmiş olmasını mı istiyoruz? Yoksa standarda uygunluğun istenildiğini mi kastediyoruz?

Tabii ki "standarda uygunluğu" vurguluyoruz. Çünkü aynı sınıf araç ve gereçlerin aynı deneylerden geçtiğinde, aynı sağlamlığı irdelemesi, istenilen iş görme kapasitesini aynı düzeyde göstermesi ve verimliliğin aynı olmasını arzuluyoruz. Onun için, "standart olsun" değil "standarda uygun olsun" ifadesi daha yerinde olmaktadır.

Standartlara uygunluğa önem veren devletlere baktığımızda dişhekimliği standartlarının ilk defa 1901 - 1906 yılları arasında Amerika'da ele alındığı ve ilk yapılan standardında "Amalgam Alaşımlar - ADA NoI" olduğu görülür.

Adı geçen standart için; dişhekimliği maddeler bilgisi öncü araştırıcılarından Skinner, özel manuel deney aletleri geliştirmiştir.

Bu yaptığı deneyler digital göstergeli ve elektronik aletlerle aynı kondisyonlama altında yapıldığında sonuçlar hemen hemen birbirine eşit bulunmaktadır. Şu ana kadar "ADA NoI" beş defa tadil edilmiştir. Bunun gibi Türk Standartlarında bulunan dişhekimliğine ait standartlar da günün koşul imalat tekniği ve bilgi gelişimine uymak için tadil veya revizyon edilerek güncelleştirilmektedir.

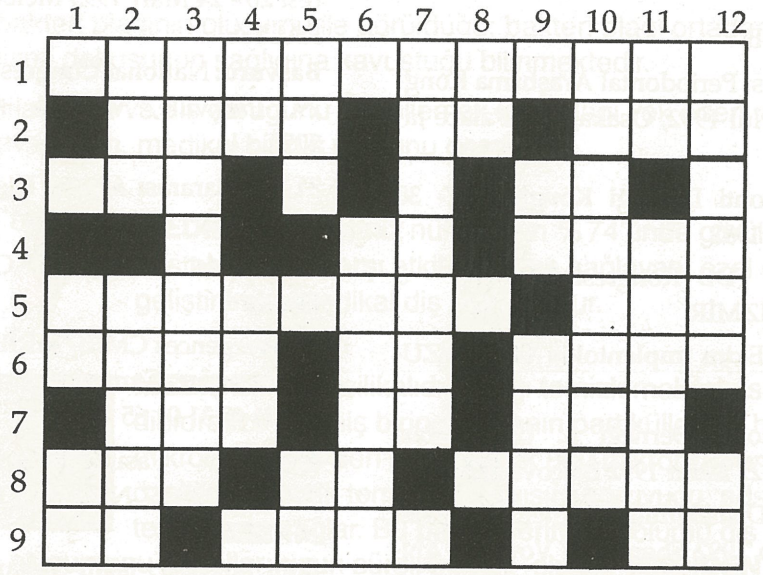
Halen "American Dental Association (ADA)'nın standart sayısı olan 37 rakamına hemen hemen Türkiye'de de ulaşılmıştır. Bundan sonra ele alınacak konular daha çok ergonomi, biyolojik teşhiş ve olasılık deneyleri ve komplike aletler hakkında olacaktır. Bu konuda bilgi ve haberler çoğaldıkça meslektaşlar aydınlatılacaktır.

Dişhekimliğinde ve Diş Sağlığında Kullanılan Malzemeler Listesi (1981 - 1991)

	Türk Stan.	No.	Kabul Ayı	Kabul Sen.	TÜRK STANDART ADI	TS Fiyatı
*	TS	3591	Mart	81	Diş Çekim Davyeleri (Tadli - 1/Ekim 83)	10.000
	TS	3733	Nisan	82	Ağız Aynaları (Dişhekimliğinde Kullanılan)	6.000
*	TS	3753	Nisan	82	Elavatörler (Dişhekimliğinde Kullanılan)	6.000
*	TS	3807	Eylül	82	Siman Spatülü (Dişhekimliğinde Kullanılan)	5.000
*	TS	3922	Mart	83	Diş Macunu (Madil - 1 / Temmuz 86)	7.000
*	TS	4330	Şubat	85	Diş Fırçası (Tadil - 1 / Nisan 86, II/ Mart 87)	8.000
*	TS	4382	Ocak	85	Diş Sondları Tek Taraflı (Dişhekimliğinde Kullanılan)	13.000
*	TS	4764	Mart	86	Dental İğneler - Cilt Altı	7.000
	TS	4797	Nisan	86	Civa - Dişhekimliğinde Kullanılan	5.000
	TS	4813	Nisan	86	Amalgam Alaşımı - Dişhekimliğinde Kullanılan	
*	TS	4866	Mayıs	86	Sert Alçı - Dişhekimliğinde Kullanılan	8.000
*	TS	5096	Mart	87	Akrilik Dişler - Dişhekimliğinde Kullanılan (Tadil - I /Ekim 88, II/Ağustos 89)	9.000
	TS	5097	Mart	87	Preseller - Dişhekimliğinde Kullanılan	8.000
*	TS	5397	Aralık	87	Dental İğneler - Bir Kullanımlık, Steril	7.000
*	TS	5656	Mart	88	Silikat Siman - Elle Karıştırılan (Dişhekimliğinde Kullanılan)	11.000
*	TS	5657	Mart	88	Silikofosfat Siman - Elle Karıştırılan (Dişhekimliğinde Kullanılan)	11.000
	TS	5942	Ağustos	88	Çinko Fosfat Siman (Dişhekimliğinde Kullanılan)	11.000
	TS	6461	Ocak	89	Elastik Ölçü Maddeleri - Dişhekimliğinde Kullanılan - Bölüm 1: Aljinal (Tadil - I/Aralık 90)	13.000
*	TS	7802	Ocak	90	Çinko Polikarboksilat Siman - Dişhekimliğinde Kullanılan	11.000
	TS	7803	Ocak	90	Reçine Esaslı Diş Dolgu Maddeleri - Dişhekimliğinde Kullanılan	11.000
	TS	7804	Ocak	90	Ölçü Maddeleri - Dişhekimliğinde Kullanılan - Bölüm 2: Elastomer Esaslı	13.000
*	TS	7805	Ocak	90	Ölçü Maddeleri - Dişhekimliğinde Kullanılan - Bölüm 3: Çinko Oksit - Öjenol	8.000
	TS	8230	Mart	90	Portez Kaide Maddeleri - Dişhekimliğinde Kullanılan Bölüm 1: Reçineler	10.000
	TS	8769	Şubat	91	Kök Kanal Genişleticiler - Dişhekimliğinde Kulanılan	

(*) Mecburi uygulamada bulunan standartlar

Hazırlayan
Prof. Dr. Gülümser KOÇAK



SOLDAN SAĞA: 1. TDB Genel Başkanı — 2. Zaman Birimi — Bir Sayı — Vücut Salgısı 3. Uluslararası Taşımacılık — Vilayet 4. Eski dilde Bayram — İkili 5. Dişeti İltihabı — Bir Devlet Kuruluşu 6. Şarkı — Genişlik — TDB Genel Sekreterininin adı 7. Destan — Alfabenin 2 harfi — Toplardamar 8. Liste Başı — Bir Takı — Alarm Zili 9. Müstahkem mevki — Bağlı — Türlü Şarkı veya Şiir — Bir Bağlaç.

YUKARDAN AŞAĞIYA: 1. Germanyumun Simgesi — Helmiyumun Simgesi 2. Hareket — 1. Uluslararası Kongremizin yapılacağı şehrin adı 3. Boğazyangısı 4. Eski dilde Su — Sezen Aksunun bir parçası 5. Tanrı tanımaz — Bir Nota 6. Aceleci 7. Kompozit dolgu yapıştırıcısı 8. Mağara 9. Bayram — Türk Müziğinde bir makam 10. TDB İkinci Başkanının adı 11- İridyumun Simgesi — Tarla 12. Bistüri — Nikelin Simgesi

YİTİRDİKLERİMİZ

İstanbul Dişhekimleri Odasından
Muzaffer Kalaycıoğlu
Tekin İpçi'yi
yitirmiş bulunuyoruz
Ailesine ve odamız mensuplarına başsağlığı dileriz.

Bursa Dişhekimleri Odasından
Sadi Ertür
M. Hulusi Güler'i
yitirmiş bulunuyoruz
Ailesine ve odamız mensuplarına başsağlığı dileriz.

Kastamonu İl Temsilcisi
Dt. Feridun Nuhoğlu'nu
trafik kazasında
yitirmiş bulunuyoruz
Ailesine ve odamız mensuplarına başsağlığı dileriz.

KONGRE - SEMPOZYUM - KURS - TOPLANTI

* 80. FDI Kongresi 21-25 Eylül 1992 Berlin - Almanya
  Başvuru: TDB
* 9. Uluslararası Periodontal Araştırma Kongresi 23-26 Eylül 1992, Osaka, Sun Palace Japonya
* Türk Pedodonti Derneği Kongresi 27- 30 Eylül FOÇA 1992
* Uluslararası TDB Kongresi 30 Eylül - 3 Ekim 1992 - İZMİR
* 16 - 17 - 18 Ekim İmplantoloji TDB ERZURUM
* Türk Ortodonti Derneği 3. Uluslararası Kongresi 24-27 Ekim 1992 Balçova-İZMİR
* Restorative Dişhekimliği Derneği Kongresi 28 - 31 Ekim 1992 Sheraton - Voyager ANTALYA
  Başvuru: Prof. Dr. Fatma Koray İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Çapa-İSTANBUL
* Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi "Stomatoloji" Derneği 3. Uluslararası Kongresi 28 Ekim 1 Kasım 1992
  Yer: Antalya, Kemer Clup Alda tatil köyü,
  Başvuru: Elips tur Antalya 123711
* Bulgaristan Bilimsel Stamatoloji Derneği Kongresi 5 - 7 Kasım 1992 Sofya - Bulgaristan
  Başvuru: TDB - ANKARA
* 3 - 8 Aralık 1992 30. Geleneksel Dişhekimliği Kongresi ve 10. Uluslararası Dişhekimliği sergisi
  Yer: İran
* 12 - 15 Ocak 1993 - İSTANBUL 1. Türkiye AIDS Kongresi
* 30. Uluslararası Algene Dişhekimliği Kongresi 23 - 30 Ocak 1993
  Yer: Hotel Annapurna Courehouel 1850 Fransa
* II İmplantoloji ve Biomateryal Dünya Kongresi 10-13 Mart 1993
  Rouen - FRANSA
* 27. Avusturalya Dişhekimleri Birliği Kongresi 20 - 24 Mart 1993 Melbourne AVUSTURALYA
  Başvuru: National Congress office. P.O. Box 29. Parkville, Victoria AVUSTURALYA 3052.
* 31. Uluslararası Algene Dişhekimliği Kongresi 27 Mart - 3 Nisan 1993
  Yer: Hotel Annapurna Courehouel 1850 Fransa
* Convergences CMIB/RIRIB 93
  120 Avenue Gampetta F. 75020 Paris Fax: (33-1) 40 31 01 65
* 16. Asya - Pasifik Bölgesel Dişhekimliği Kongresi 22-27 Nisan 1993 Kuala - lumpur MALEZYA
  P.O. Box 237, Jalan Sultan 46720 Petaling Jaya - MALEZYA Fax: (603) 25 44 670
* Bölgesel Avrupa Dişhekimliği Kongresi 13-15 Mayıs 1993 İSVİÇRE
  Başvuru: TDB
* Dünya Ağız İmplantoloji Kongresi 20-22 Ağustos 1993 - İSTANBUL
* 81. FDI Kongresi 29 Ağustos - 2 Eylül 1993 Göteborg-İSVEÇ
  Başvuru: TDB
* 4. Uluslararası Koruyucu Dişhekimliği Kongresi 3-6 Eylül 1993 İSVEÇ
* Bölgesel Avrupa Dişhekimleri Kongresi 21-23 Mayıs 1994 - İSTANBUL
* Avrupa Prostodonti Derneği Kongresi 3-5 Eylül 1994 - İSTANBUL
  Başvuru: Prof. Dr. E. Akın İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Çapa - İSTANBUL
* 82. FDI Kongresi 2-8 Ekim 1994 Vancover - KANADA, 83. FDI Kongresi Ekim 1995 Hong-Kong, ERO Kongresi 1996 Türkiye - İSTANBUL, 1999 FDI Kongrelerinin kesin tarihleri ve ülkeleri ilerde bildirilecek, 88. FDI Kongresi 2000 Fransa

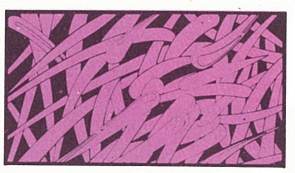
Türkiye'nin Günlük Medikal Diş Macunu

Gingivitis'in, bakteri plağının oluşumu ile görüldüğü; bakteri plağı ortadan kaldırılınca, dişeti dokusunun sağlığına kavuştuğu bilinmektedir.

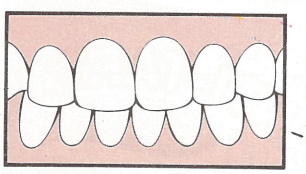
Gingivitis profilaksisini ve diş çürüğünü engellemek için, plağı yok eden ve tekrar oluşumunu yavaşlatan, medikal bir diş macunu gereklidir.



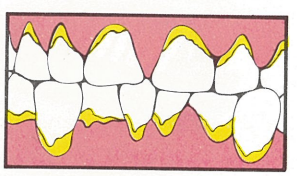
MEDİDENT, ülkemiz nüfusunun %74'ünde görülen dişeti hastalıklarına karşı etkili koruma sağlayan, özel olarak geliştirilmiş, medikal diş macunudur.



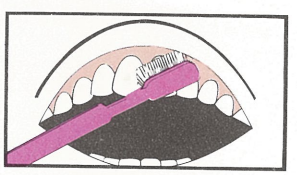
MEDİDENT çift silikalıdır. Plağı temizlemek için saf, amorf, dihidratize edilmiş birinci silikanın partiküllerinin boyutları 8 mikron, iç yüzeyleri ise yaklaşık 800 mikron^2/gram'dır. Bu özellik, mekanik temizliğin yanısıra koruyucu, adsorptif temizlik de sağlar. Bu partiküllerin bir bölümü diş yüzeyinde birikerek, plak oluşumunu engeller; uzun süreli bir etki oluşur. **MEDİDENT'**in 4 mikron boyutlarındaki ikinci silikasının partiküllerinin iç yüzeyi 400 mikron^2/gram'dan daha küçüktür. Gevşek yapılı bu madde, diş temizliği sırasında, **MEDİDENT'**in diğer diş macunlarına oranla, daha çabuk ve daha iyi dağılmasını sağlar.



Deneyler, **MEDİDENT'**in optimal temizleme özelliğinin yanısıra, dentin üzerinde koruyucu etkisi olduğunu da göstermiştir. **MEDİDENT'**in iki silikası, aşınmış mine tabakasının altından çıkan dentin boşluklarını örter ve aşırı hassasiyeti engeller.



MEDİDENT, iki florürlü bileşimindeki Sodyum Florür ve Sodyum Monoflorofosfat ile diş minelerini sertleştirerek, diş çürümelerini önler. İki florür içeren diş macunlarının, diş çürümelerini önlemede, tek florür içeren diş macunlarına göre çok daha etkili olduğu klinik deneylerle kanıtlanmıştır. (British Dental Journal, 1980, 149, 201)



Dişlerin görünen kısmı diş minesi, diş kökü ise dişeti tarafından korunmaktadır. Yanlış fırçalama, dişeti hastalıkları ve yaşlılık nedeniyle dişetleri çekilir ve diş kökü ortaya çıkar. Bu durum, dişlerin hassaslaşmasına ve sızlamasına yol açar. **MEDİDENT,** Metil Salisilat içerir. Bu özelliği ile, ağız kokularını önler, hassas dişetlerinin sızlamalarını hafifletir.

Diş ve dişetleri hassas hastalarınıza, Türkiye'nin günlük medikal diş macunu **MEDİDENT'**i, güvenerek tavsiye edebilirsiniz.

Günlük MEDİKAL DİŞ MACUNU
medident
Diş ve Dişeti Hastalıklarına Karşı Etkili Koruma

KONGRE - SEMPOZYUM - KURS - TOPLANTI

* 80. FDI Kongresi 21-25 Eylül 1992 Berlin - Almanya
  Başvuru: TDB
* 9. Uluslararası Periodontal Araştırma Kongresi 23-26 Eylül 1992, Osaka, Sun Palace Japonya
* Türk Pedodonti Derneği Kongresi 27- 30 Eylül FOÇA 1992
* Uluslararası TDB Kongresi 30 Eylül - 3 Ekim 1992 - İZMİR
* 16 - 17 - 18 Ekim İmplantoloji TDB ERZURUM
* Türk Ortodonti Derneği 3. Uluslararası Kongresi 24-27 Ekim 1992 Balçova-İZMİR
* Restorative Dişhekimliği Derneği Kongresi 28 - 31 Ekim 1992 Sheraton - Voyager ANTALYA
  Başvuru: Prof. Dr. Fatma Koray İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Çapa-İSTANBUL
* Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi "Stomatoloji" Derneği 3. Uluslararası Kongresi 28 Ekim 1 Kasım 1992
  Yer: Antalya, Kemer Clup Alda tatil köyü,
  Başvuru: Elips tur Antalya 123711
* Bulgaristan Bilimsel Stamatoloji Derneği Kongresi 5 - 7 Kasım 1992 Sofya - Bulgaristan
  Başvuru: TDB - ANKARA
* 3 - 8 Aralık 1992 30. Geleneksel Dişhekimliği Kongresi ve 10. Uluslararası Dişhekimliği sergisi
  Yer: İran
* 12 - 15 Ocak 1993 - İSTANBUL 1. Türkiye AIDS Kongresi
* 30. Uluslararası Algene Dişhekimliği Kongresi 23 - 30 Ocak 1993
  Yer: Hotel Annapurna Courehouel 1850 Fransa
* II İmplantoloji ve Biomateryal Dünya Kongresi 10-13 Mart 1993
  Rouen - FRANSA
* 27. Avusturalya Dişhekimleri Birliği Kongresi 20 - 24 Mart 1993 Melbourne AVUSTURALYA
  Başvuru: National Congress office. P.O. Box 29. Parkville, Victoria AVUSTURALYA 3052.
* 31. Uluslararası Algene Dişhekimliği Kongresi 27 Mart - 3 Nisan 1993
  Yer: Hotel Annapurna Courehouel 1850 Fransa
* Convergences CMIB/RIRIB 93
  120 Avenue Gampetta F. 75020 Paris Fax: (33-1) 40 31 01 65
* 16. Asya - Pasifik Bölgesel Dişhekimliği Kongresi 22-27 Nisan 1993 Kuala - lumpur MALEZYA
  P.O. Box 237, Jalan Sultan 46720 Petaling Jaya - MALEZYA Fax: (603) 25 44 670
* Bölgesel Avrupa Dişhekimliği Kongresi 13-15 Mayıs 1993 İSVİÇRE
  Başvuru: TDB
* Dünya Ağız İmplantoloji Kongresi 20-22 Ağustos 1993 - İSTANBUL
* 81. FDI Kongresi 29 Ağustos - 2 Eylül 1993 Göteborg-İSVEÇ
  Başvuru: TDB
* 4. Uluslararası Koruyucu Dişhekimliği Kongresi 3-6 Eylül 1993 İSVEÇ
* Bölgesel Avrupa Dişhekimleri Kongresi 21-23 Mayıs 1994 - İSTANBUL
* Avrupa Prostodonti Derneği Kongresi 3-5 Eylül 1994 - İSTANBUL
  Başvuru: Prof. Dr. E. Akın İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Çapa - İSTANBUL
* 82. FDI Kongresi 2-8 Ekim 1994 Vancover
  - KANADA, 83. FDI Kongresi Ekim 1995 Hong-Kong, ERO Kongresi 1996 Türkiye
  - İSTANBUL, 1999 FDI Kongrelerinin kesin tarihleri ve ülkeleri ilerde bildirilecek, 88. FDI Kongresi 2000 Fransa

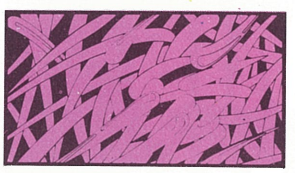
Türkiye'nin Günlük Medikal Diş Macunu

Gingivitis'in, bakteri plağının oluşumu ile görüldüğü; bakteri plağı ortadan kaldırılınca, dişeti dokusunun sağlığına kavuştuğu bilinmektedir.

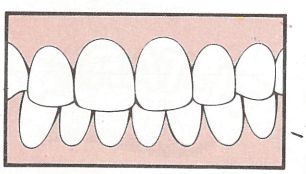
Gingivitis profilaksisini ve diş çürüğünü engellemek için, plağı yok eden ve tekrar oluşumunu yavaşlatan, medikal bir diş macunu gereklidir.



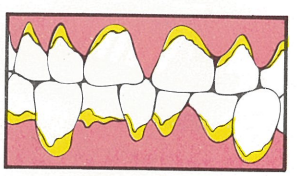
MEDİDENT, ülkemiz nüfusunun %74'ünde görülen dişeti hastalıklarına karşı etkili koruma sağlayan, özel olarak geliştirilmiş, medikal diş macunudur.



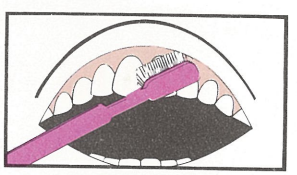
MEDİDENT çift silikalıdır. Plağı temizlemek için saf, amorf, dihidratize edilmiş birinci silikanın partiküllerinin boyutları 8 mikron, iç yüzeyleri ise yaklaşık 800 mikron^2/gram'dır. Bu özellik, mekanik temizliğin yanısıra koruyucu, adsorptif temizlik de sağlar. Bu partiküllerin bir bölümü diş yüzeyinde birikerek, plak oluşumunu engeller; uzun süreli bir etki oluşur. **MEDİDENT'**in 4 mikron boyutlarındaki ikinci silikasının partiküllerinin iç yüzeyi 400 mikron^2/gram'dan daha küçüktür. Gevşek yapılı bu madde, diş temizliği sırasında, **MEDİDENT'**in diğer diş macunlarına oranla, daha çabuk ve daha iyi dağılmasını sağlar.



Deneyler, **MEDİDENT'**in optimal temizleme özelliğinin yanısıra, dentin üzerinde koruyucu etkisi olduğunu da göstermiştir. **MEDİDENT'**in iki silikası, aşınmış mine tabakasının altından çıkan dentin boşluklarını örter ve aşırı hassasiyeti engeller.



MEDİDENT, iki florürlü bileşimindeki Sodyum Florür ve Sodyum Monoflorofosfat ile diş minelerini sertleştirerek, diş çürümelerini önler. İki florür içeren diş macunlarının, diş çürümelerini önlemede, tek florür içeren diş macunlarına göre çok daha etkili olduğu klinik deneylerle kanıtlanmıştır. (British Dental Journal, 1980, 149, 201)



Dişlerin görünen kısmı diş minesi, diş kökü ise dişeti tarafından korunmaktadır. Yanlış fırçalama, dişeti hastalıkları ve yaşlılık nedeniyle dişetleri çekilir ve diş kökü ortaya çıkar. Bu durum, dişlerin hassaslaşmasına ve sızlamasına yol açar. **MEDİDENT,** Metil Salisilat içerir. Bu özelliği ile, ağız kokularını önler, hassas dişetlerinin sızlamalarını hafifletir.

Diş ve dişetleri hassas hastalarınıza, Türkiye'nin günlük medikal diş macunu **MEDİDENT'**i, güvenerek tavsiye edebilirsiniz.

Günlük MEDİKAL DİŞ MACUNU
medident
Diş ve Dişeti Hastalıklarına Karşı Etkili Koruma

TARTAR OLUŞUMUNU ÖNLEMEDE KLİNİK DENEYLERLE KANITLANMIŞ ETKİLİ FORMÜL

YENİ



LAMİNE TÜPTE

Signal Plus Anti Tartar'ın %5.6 tetra-sodyum ve tetra-potasyum pirofosfatları ile diştaşı (tartar) oluşumunu ve formülündeki sodyum florürün diş çürümelerini önlemedeki etkinliği klinik deneylerle kanıtlanmıştır.

Sorularınız için: Signal P.K. 288 Mecidiyeköy/İstanbu

DİŞ ÇÜRÜMELERİNİ VE DİŞ TAŞI (TARTAR) OLUŞUMUNU ÖN