TDBD

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

Sayı : 22
Temmuz 1993

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
KİTAPLIĞI
Giriş Tarihi 24.9.96
No : 46 0046/96



Hastanın ve kendi sağlığın için;
eldivensiz, maskesiz,
siperliksiz
çalışma!

TÜRKİYE'DE İLK DEFA

Sağlıklı diş ve dişetleri için, klinik deneylerle kanıtlanmış "ultra koruma sistemi"



6 ay sonra bile sağlıklı diş ve dişetleri



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 Ucretsiz Yayınıdır.

Sahibi:
TDB Yönetim Kurulu Adına
Dt. Eser Cilasun

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Genel Sekreter
Dt. Hüsnü Çuhadar

Yayın Kurulu:
Başkan: Dt. Numan Kuzanlı,
Prof. Dr. İlter Uzel
Prof. Dr. Gülümser Çölok
Prof. Dr. Hamit Bostancı,
Dr. Sema Tortop,
Dt. Serap Zeren,
Stj. Dt. Neşe Erad

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.
Temmuz 1993
Bu sayı 10.000 adet basılmıştır.

TDB GENEL MERKEZİ

İÇİNDEKİLER

- *Zoru Başarmanın Zorunluluğu* 2
- *Yeni Bir Dönem, Yeni Değişimler Getirecek mi?* 3
- *Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Genel Sağlık Sigortasının Bizdeki Gelişmeleri* 5
- *Dişhekimliğinde Asgari Ücret Konusu* 8
- *Hasta Tanıma Belgesi (Anamnez ve Önemi)* 9
- *AIDS Workshop '93 TDB Bilimsel Toplantısı* 13
- *Protez Kaide Plağı Altındaki Hiperplazik Lezyonlar: Bir Vaka Nedeniyle* 15
- *Meslek Sonrası Eğitimde Audio-Visuel (Görsel - İşitsel) Yöntem* 25
- *Lokal Anestezide Başarısızlık Nedenleri* 26
- *Ağız Cerrahisi ve Enfektif Endokarditis* 30
- *Dişhekimleri Araç ve Gereçlerinde Yenilikler* 35
- *Hekim ve Sigara* 36
- *TDB 2. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi* 38
- *Kongre - Sempozyum - Kurs - Toplantı* 40

ZORU BAŞARMANIN ZORUNLULUĞU

Geçen sayımızda; Ülkemizin her an bir kaosa sürüklenebildiğini belirtmiştik. Faili meçhul cinayetler, yargısız infazlar, anti-lâik güçlerin lâisizme karşı saldırıları ve Güneydoğu Anadolu'da yaşanan olaylar çıkacak kaosun temel etkenleri. Sivas olayları ve Güneydoğu Anadolu'da giderek tırmanan terör, siyasilere ve doğal olarak Türkiye Büyük Millet Meclisine karşı güvensizliği giderek arttırıyor.

Yaşanan acı olayları, dar siyasi grup çıkarları için kullanan partilerimizden ne beklenilebilir? Müslümanlık adına işlenen 36 cinayeti "halkın tahriki" diye değerlendiren, şeriatçı güçlerin kanlı eylemlerini gözardı eden iktidarın Başkanı ve İçişleri Bakanından ne beklenebilir?

Güneydoğu Anadolu'daki olayları hala askeri yöntemle çözmeyi inatla sürdürmek isteyen ve bu politikasıyla gittikçe batağa saplanan bir yönetimden ne beklenebilir?

Türkiye Büyük Millet Meclisindeki partiler, ülke gerçeklerine at gözlüğü ile bakmaya devam ederlerse, Ülkemizi acı, gözyaşı ve karanlık günler bekliyor.

Gelin umudumuzu yitirmeyelim. Gaflet ve delalet içerisinde olan, geleceklerini toplumun beklentisi ve geleceğinin önünde tutanlara karşı tüm halkların özgür ve kardeşce birarada yaşayabileceği laik ve demokratik Türkiye umudumuzu, kavgamızı sürdürelim.

Zoru başarmak zorundayız.

Yönetim Kurulu

YENİ BİR DÖNEM, YENİ DEĞİŞİMLER GETİRECEK Mİ?

Dt. Hüsnü ÇUHADAR
T.D.B. Genel Sekreteri

DYP ve SHP'nin kurmuş olduğu ikinci koalisyon dönemi başladı. Her yeni dönemin başlangıcında olduğu gibi, Sağlık Bakanı değişti. Dileğimiz sağlık alanında önceki Bakan döneminde yapılanlar rafa kaldırılmasın. Bir önceki döneme ilişkin yürütülen Sağlık Reformu çalışmaları ve Sağlık Yasaları tasarı taslaklarına ilişkin endişelerimiz ve önerilerimiz bu yeni dönemde dikkate alınarak sağlık alanındaki karmaşa sona erer. Meslek örgütleri olarak daha evvelki Bakan döneminde kurulmuş olan dialog ve görüş alışverişi bu dönemde de devam eder.

Sağlık alanında yapılması düşünülen köklü değişikliklere ve hazırlanan üç yasa tasarısına ilişkin görüşlerimizi her fırsatta Bakanlığa ilettik. Bundan sonra da iletmeye devam edeceğiz. Yeter ki Bakanlık, Sağlık Meslek Birlikleri ve diğer sağlık örgütleri ile ilgili olarak, oldukça önemli bulduğumuz bu dialoğu sürdürsün.

Ancak şunu da itiraf etmek gerekir, birinci koalisyon dönemi sorunlarımızın çözümü açısından çok da olumlu olmamıştır. İkinci koalisyon döneminin henüz başlarında olmamıza rağmen çok da umutlandığımızı söyleyemiyeceğiz. Buna rağmen sorunlarımızın, genel olarak sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin öneri ve görüşlerimizi iletmeye devam edeceğiz.

Bu çerçevede olmak üzere önceki sayımızdan bugüne kadar Birliğimizin yaptığı çalışmaları şöyle özetleyebiliriz.

- 12 Mayıs'ta: Birlik Başkan Yardımcısı, Genel Sekreter ve Signal yetkilileri ile 2. Uluslararası Kongrenin sponsorluğu konusu, ilişkiler ve yapılabilecek çalışmalar görüşüldü.

- 14 Mayıs Eczacılar günü kutlamalarında; Birlik Başkanı Samsun'da, Genel Sekreter de Adana'da panel ve söyleşilere katılarak Birliğimizi temsil ettiler.

- 2 Haziran'da; İngiltere Dişhekimleri Birliği'nin diş macunları ile ilgili bir araştırmanın sunuluşuna Birliğimiz de davet edildi. Bu toplantıya Genel Sekreter ve Bilimsel Dergi sorumlusu Dt. Tatyos Bebek katıldılar.

- 18. 19. 20 Haziran tarihlerindeki Abant toplantısı; 2. Ulusal Sağlık Kongresi'nde meslek kuruluşları ile ortaya çıkan gergin durumu biliyorsunuz. Eski Sağlık Bakanı Sayın Dr. Yıldırım Aktuna'nın Birlik Başkanlarını toplantıya çağırması bu gergin havayı az da olsa yumuşattı. Bu toplantıda alınan karar gereği dialoğun sürdürülmesi ve daimi bir çalışma komitesinin kurulması karara bağlandı. Sayın Bakan'ın bu toplantısına Türk Tabipleri Birliği katılmamıştı. Ancak bu karar gereği dört meslek birliği ve Sağlık Bakanlığı adına Proje Koordinatörü Müsteşar Yardımcısı Sayın Dr. Serdar Savaş'ın katıldığı toplantı dört meslek birliği ile yapıldı.

Bu toplantıda çalışma komitesinin nasıl oluşacağı, çalışma ilkesi konuları tartışıldı. Çalışma grubunun ilk toplantısının Abant'ta yapılması kararlaştırıldı. Türk Tabipleri Birliği bu konuyu yetkili kurullarında görüşeceğini belirtti, daha sonra da Abant toplantısına katılmayacağını belirtti.

Abant'ta 18. 19. 20 Haziran tarihlerinde yapılan, üç gün yoğun ve yorucu bir şekilde sürdürülen toplantıda yasa tasarılarına ilişkin görüş ve öneriler dile getirildi.

Olumlu bir çalışma oldu. Ancak özelleştirme, sözleşmeli personel uygulaması, irtifak hakkının kime nasıl verileceği, sosyal sağlık işletmesinde çalışanlar irtifak hakkını almak isterlerse bir önceliklerinin olup olmayacağı, aile hekimliği, serbest dişhekimlerinden hizmet alımının nasıl olacağı gibi konular açıklık kazanamadı. Buna karşın genel havası itibarı ile olumlu bir çalışma yapıldı.

- 25. 26. 27 Haziran 1993 Bölge toplantısı; Geçmiş yönetimlerimiz döneminde sürekli yapılan bölge toplantılarının ilki Hatay'da, Adana, İçel, Gaziantep, Diyarbakır, Malatya ve Kayseri Dişhekimleri odası zorunlu oda olarak ve ayrıca İstanbul Dişhekimleri odasının katılımı ile yapıldı. Yönetim Kurulumuz bu tür toplantıların yılda 2 kez yapılmasını karara bağlamıştır. Yeni dönemin bu ilk bölge toplantısı olumlu bir hava içinde geçti.

Yasa tasarı taslaklarına ilişkin gelişmeler, odalarımızın sorunları, 2. Uluslararası Kongre ile ilgili bilgiler ve genel konular tartışıldı. Ancak bölge toplantısına katılımın azlığı dikkat çekici idi.

- Haziran ayı içerisinde sektördeki firmalar ile temaslar yapıldı. Bu temasların ana konusu 2. Uluslararası toplantının ana sponsorluğu oldu. Bu çerçevede ortak proje çalışmaları yapılabileceği tartışıldı.

- Temmuz başında Kıbrıs Dişhekimleri Birliği Başkanı ve Asbaşkanı ile Ankara'da bir görüşme yapıldı. Kıbrıslı Dişhekimlerinin sorunları, örgütsel sorunların tartışıldığı bu toplantı oldukça yararlı oldu. 29 Ekim'de Kıbrıs'ta yapmayı düşündükleri toplantının detayları görüşüldü. Ancak daha sonraki görüşmelerimizde bu toplantıyı yapamayacaklarını bildirdiler.

- 11 Temmuz Oda Başkanları toplantısı Edirne, Trabzon, Diyarbakır, Kayseri, Gaziantep ve Sivas Odalarımızın dışında 20 Oda temsilcilerimizin katıldığı toplantı Ankara'da yapıldı. Toplantının gündemi 2. Uluslararası Kongre'nin ana sporsorluğunu kabul eden Signal ile yapacağımız ortak çalışma anlatıldı. Abant toplantısı ve yasa tasarı taslakları tartışıldı.

- Yeni hükümetin Bakanlar Kurulu'ndan randevu talebimize ilk yanıt Devlet Bakanı ve Hükümet sözcüsü Yıldırım Aktuna'dan geldi. Sağlık Bakanlığı döneminde kendisi ile yürütülen ortak çalışmaların devamını talep ettik Sayın Bakan kabul ettiler. Olumlu ve sıcak bir görüşme oldu.

- 26 Temmuz 1993'de Sayın Cumhurbaşkanımızla görüşme yapıldı. Bu görüşmemizde 2. Uluslararası toplantıyı kendi himayelerinde yapmak istediğimizi belirttik. Vaktinin uygun olması halinde kabul edebileceğini belirttiler. Anayasanın 135. maddesini konu ettiğimizde bu konuda çalışmaların sürdüğünü belirttiler.

- 29 Temmuz'da yeni Sağlık Bakanımızla görüşüldü. Sıcak ve samimi bir görüşme oldu. Yönetim Kurulumuzun da hazır bulunduğu daha geniş zamanlı bir görüşmenin sözünü aldık.

Bilimsel Haber

YENİ BİR KLİNİK DEĞERLENDİRME

İngiltere Dişhekimleri Birliği'nin 3 Haziran'da Londra'da yaptığı uluslararası toplantıda fluoridli diş macunlarının etkileri konusu ele alındı. Bu konudaki süregelen tartışmalar dünyanın ağız ve diş sağlığı alanında önde gelen on uzmanından oluşan Fluorid Bilimsel Danışma Grubu'nun gerçekleştirdiği analiz sonuçlarıyla yeni bir boyut kazandı. 20 binden fazla hastanın katıldığı 44 klinik çalışmayı gözden geçiren grup meta-analiz denilen bir istatistik tekniği uyguladı. Grup tarafından bir basın bülteniyle açıklanan analiz sonuçlarına göre; kimyasal olarak uyumlu bir abrasiv sistemi olan dişmacununda NaF'ın, çürüklerin önlenmesinde SMFP'den daha etkili olduğu belirtildi. ayrıca yüzde yüz sodyum fluoridle formüle edilen diş macunlarının her iki aktif maddenin (NaF+SMFP) eşdeğer fluorid dozlarında yapılan her türlü kombinasyondan daha etkili olduğu vurgulandı.

Bir diş macununa yalnızca sodyum fluorid ekleyerek işe yaramasını beklemenin anlamsızlığını da belirten açıklamada şu görüşlere yer verildi:

"Birçok üretici bunu denemiş ve başarısızlığa uğramıştır. Sorunun ana noktası sodyum fluorid ile diş macununun diğer bileşenleri arasındaki kimyasal uyumluluğun mükemmel olmasını sağlamaktır. Eğer bu maddeler birbirleriyle kimyasal olarak uyumlu değil ise (abrasiv sistemler fluoridle etkileşime giriyor ve fluoridin tam olmasını önlüyorsa) fluorid bileşimi inaktive olabilir. Diş minesini etkili bir şekilde remineralize etmek için fluorid, tamamen uyumlu bir formülasyon içinde iyon halinde bulunmalıdır."

SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASININ BİZDEKİ GELİŞMELERİ

Dt. Orhan H. ÖZKAN

Tıbbi bakıma ait giderlerin karşılanması (finansmanı) yönünden dünya ülkelerinde uygulanan sağlık sistemleri, başlıca, üç bölümde değerlendirilmektedir:

1- Halkla (Sosyal) Yardım Sistemi:

Bunda; tıbbi bakım, devlete ait hastane ve sağlık merkezlerinde düşük ücret veya ücretsiz olarak verilmektedir. Hizmetin finansmanı, vergilerle oluşan, devlet bütçesinden karşılanmaktadır.

Asya, Afrika ve Latin Amerika ülkeleriyle Türkiye'yi de içine alan bu sistem; 108 ülkede uygulanmakta ve dünya nüfusunun % 49'unu teşkil eden 1 milyar 962 milyon kişiyi kapsamaktadır.

Daha çok tarımsal ve kısmen tarıma dayalı endürstirinin gelişmekte olduğu bu ülkelerden bazılarında sigorta olmuş işçilere ve belli bir kesimdeki kişilere ait ayrı sağlık kuruluşları (sigorta, kurum hastaneleri gibi) da vardır.

2- Ulusal Sağlık Sistemi:

Tüm harcamaların devletçe karşılandığı ve dünya nüfusunun % 33'ünün yararlandığı bu sistem; Avrupa'da dokuz, Asya'da dört ve Amerika'da Küba'nın içinde olduğu 14 sosyalist ülkede uygulanmaktadır.

3- Sağlık Sigortası Sistemi:

Dünya Nüfusunun % 13'ünü oluşturan 711 milyon kişi 23 ülkede tıbbi bakımlarının finansmanını bu sistemle karşılamaktadır. Batı Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya, Yeni Zellanda, Japonya ve İsrail örnek olarak gösterilebilir. Bu ülkelerde, sosyal hedeflere ve siyasi tercihlere göre sistemin uygulanmasında değişiklikler vardır. Örneğin; İsrail'de hükümetlerin sigorta giderlerine hiç katkısı olmamasına karşılık Batı Avrupa ülkelerinde çalışan ve çalıştırılanların ödedikleri primlere ek olarak hükümetlerinde katkısının olduğu karma bir uygulama vardır. Sistemin uygulanmasındaki farklılıklara rağmen bu ülkelerin en kuvvetli ortak yanları; hızlı sanayileşme süresini tamamlamış gelişmiş ülke olmalarıdır.

Bu nedenlerle endürstrileri ve ekonomileri gelişmiş ülkelerde sosyal güvenliğin şartlarından biri olan sağlık sigortasının uygulanması ve başarısı kolay oluyordu. Çünkü; sosyal güvenlikte temel ilke olan herkese iş olanağı sağlandığından kişiler sosyal sigorta kurumlarına prim ödemek imkanını elde ediyorlardı.

Türkiyemiz ise, birbirini izleyen savaşların ve bulaşıcı hastalıkların ortaya çıktığı olumsuz ortam içinde sağlıklı insan gücünü yaratmak değil korumak imkânından bile yoksundu. Kurtuluş Savası verilirken bir yandan da yeni Türk Devletinin temelleri atılmaya çalışılıyordu. O temellerden biri de 2 Mayıs 1920'de kurulan S. ve S.Y. Bakanlığı oldu. Devletin sağlık politikasına uygun olarak öncelikle bulaşıcı hastalıklara karşı (Verem, Frengi, Trahom vb. gibi) savaş ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hızlandırıldı. Bu

aşamada, işçilerin sağlığı için 1945'de kurulan Sosyal Sigortalar, tedavi hizmetleri için kendi dispanser ve hastanelerini kurmaya başladı. Bu hareketi benimseyen başka kuruluşlarda olunca 1960 yılı başlarında, değişik gruplara sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların sayısı 40' aştı.

Bu tumum, sağlık personelinin tek elden istihdamı ve eşit ise eşit ücret kurallarını da bozduğundan gerek sağlık kurumlarının ve gerekse, sağlık personelinin yurt içinde ve kurumlar arasında dengeli dağılımını engelledi.

Ortaya çıkan sağlıksız sağlık teşkilatlanmasını önlemek için 5 Ocak 1961'de "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" yürürlüğe girdi. Kanunun gayesi: "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bir kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir" şeklindedir (Madde 1).

Bu programın gerçekleştirilmesi için gerekli finansman da; 224 sayılı aynı kanunun 2. maddesinde "Vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat" ile olacağı açıklanıyordu.

224 sayılı kanun, gerek teşkilatlanma ve gerekse finansman bakımından genel sağlık sigortası için atılan ilk ciddi adım ve somut bir örnektir. Bu konunun güçlendirilmesi içinde altı ay sonra, 9 Temmuz 1961'de yürürlüğe giren 1961 Anayasasında (madde 48) şu hüküm yer almıştı:

"Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindendir."

1963 yılından itibaren başlayan planlı dönemlerdeki Beş Yıllık Kalkınma Planlarının, hepsinde, Genel Sağlık Sigortası, yer almış ve 1968 yılında da S. ve S.Y. Bakanlığının:

"Sağlık harcamalarının günden güne artması ve Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi projesinin bütün yurda teşmili halinde Devlet bütçesine büyük bir külfet yükleyeceği, bu sebeple kalkınma planının ön gördüğü Genel Sağlık Sigortasının bir an önce kurulmasının memleketimiz için hayati bir önem taşıdığı, bunun gerçekleştirilmesi için konunun incelenmesi" emirleri ile uzmanlarından oluşan bir komite kurulmuştur.

Hazırlanan rapor, aynı yılda, İngiltere'den davet edilen Prof. Forsight'a da inceletilmiş ve 1969 yılında T.B.M.M.sine sevk edilmesine rağmen görüşülmemiştir.

1970-1974 yıllarında eski yasa tasarıları üzerinde çalışmalar yapılarak geliştirilmiş ve bakanlar kurulu kararı ile T.B.M.M.'ne intikal ettirilmiş ise de görüşülmeden kadük olmuştur.

1978-1980 yıllarında eski yasa tasarıları üzerinde yapılan çalışmalardan sonra Bakanlar Kuruluna sevk edilmiş, ancak parlamentoya gelmeden 12 Eylül Harekatı olmuştur.

Genel Sağlık Sigortası Konusu Danışma Meclisi zamanında da,1981'de ele alınmış ve oluşturulan komisyonlarda yeniden incelenerek bir rapor hazırlanmıştır.

Ancak, hazırlanan rapordaki verilerin tartışılabilir nitelikte oluşu ve hekimlerin yurt içinde dengeli dağılışını sağlayacak 2514 sayılı "Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğü" getiren kanun çıkmadığı için, Genel Sağlık Sigortası Kanunlaşamamıştır. Fakat, bu konudaki çalışmaların devamını sağlamak amacı ile 1982 Anayasasının 56. maddesine son fıkra olarak şu hüküm konmuştur:

"Sağlık Hizmetlerinin Yaygın Bir Şekilde Yerine Getirilmesi için Kanunla Genel Sağlık Sigortası Kurulabilir."

Anayasanın 56. maddesindeki bu hüküm doğrultusunda; S. ve S.Y. Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı elemanlarından bir "Çalışma Grubu" oluşturulmuştur. Bu grup; çalışma süresince, görevlendirildiği tirahe kadar Genel Sağlık Sigortası ile ilgili tüm çalışmaları, belgeleri ve dış ülke kaynaklarını değerlendirmiştir. Sonuçta; 30.04.1984 tarihinde raporunu ve gerekçeleri ile Genel Sağlık Sigortası Kanun taslağını SSYB'na sunmuştur.

DPT'nın VI. BYKP hazırlıkları sırasında oluşturduğu "Özel İhtisas Komisyonları"ndan birisi de "Genel Sağlık Sigortası Komisyonu"dur. 23.06.1988'den 1989 Eylül ayına kadar çalışmalarını geniş kapsamlı olarak; sigorta ile ilgili tüm kuruluş temsilcileri ve uzmanların görüşlerini de alarak sürdüren komisyon Genel Sağlık Sigortası'nın gerekliliğine ve olabilirliliğine dair raporunu DPT vermiştir. Karar siyasi tercihe kalmıştır.

"Bütün vatandaşlarımızın sağlık sigortasına kavuşturulmasını, herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesini hedef alıyoruz" şeklinde sigorta konusundaki görüşleri ANAP programına almıştır.

ANAP siyasi iktidarı DPT'dan

sonra başlattığı çalışmalarında, DPT'daki ilkelerden farklı bir yapı ortaya çıkarmıştır. Şöyle ki; SAĞ-KUR adı verilen bu sigorta kapsamına, sadece, mevcut sosyal güvenlik kuruluşları dışında kalanlar (nüfusun % 42'si) girmekte idi. Bu yapılanmada; sigorta primlerinin toplanması ile ilgili yeni bir teşkilat kurulması öngörülüyor ve hizmetlerin satın alınmasında da mevcut durum değiştirilmediğinden kaynak israfı önlenmemiş oluyordu.

T.B.M.M.'nin 48 Döneminde de DYP'nin bir Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı hazırladığı, SHP'nin ise konunun uzmanlarına, "Genel Sağlık Sigortası ve 1984 Türkiyesi" başlıklı bir rapor hazırlattığı bilinmektedir. Bu rapor; "Maliye Yazıları Dergisi"nin 1987 yılı Şubat - Mart aylarına ait 5. sayısında yayınlanmıştır. Keza, 12 Eylül 1980 öncesi var olan siyasi partilerimizden AP ve CHP'nin de sigorta konusuna olumsuz bakmadıkları görülmektedir.

Örneğin; Adalet Partisi 1969 programında: "Dengeli ve düzenli kalkınmanın araçları arasında sosyal sigortalar da vardır" denilmekte, ayrıca "Tıbbi bakım ve cerrahi bakım kurumlarını, bölge tesisleri halinde halkın ayağına götürmek, kıt gelirli, işsiz, yoksul vatandaşların her türlü tedavi giderlerini sosyal yardım fonlarından karşılamak hedefimizdir" paragrafında da tedavi giderlerinin "fonlardan" karşılanması görüşü yer almaktadır.

CHP'nin 14. Kurultayında değişikliğe uğrayan programında ise: "Hastalanan vatandaşları tedavi etmek için hastalık sigortaları usulünden faydalanmak ve bu sigortaları zamanla bütün vatandaşlara teşmil etmek sağlık politikamızın amacıdır" denilmektedir.

Esasen, IV. BYKP'na kadar, 25 yıldır değişen siyasi iktidarların Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası ile ilgili hükümlerin yer almasını kabul etmeleri de konuya sıcak baktıklarının kanıtıdır.

Konunun bir sorun haline gelip çözülememesinde de başlıca şu nedenler ve yanlışlar vardır:

A) Genel Sağlık Sigortası sadece sağlık mesleği mensupları ve yetkililerince ele alınıp tartışılmaktadır. Konu ile birinci derecede ilgili hukukçular, ekonomistler, işletmeciler, sigortacılar, sosyal antrapolog vb. kurum ve kuruluşlardan çalışma grupları oluşturulmamıştır.

B) Genel Sağlık Sigortası öncelikle bir finans kaynağı olmasına karşılık yeni bir sağlık modeli gibi topluma ve tartışma ortamına sokulmuştur. Ülkemiz için gerekli model kesinlikle ortaya konulmamasına ve herkesin kendi bildiği kadar Genel Sağlık Sigortası hakkında konuşup demogoji yapmasına imkân yaratılmıştır.

C) Anayasa'nın: "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" ilkesinden uzaklaşılarak kaynak israfına neden olacak modeller üzerinde durulmuştur.

D) Genel Sağlık Sigortası uygulamasında, tedavi hizmetler için, büyük bir maddi kaynak yaratılarak devletin koruyucu hizmetlerde daha başarılı olacağı ve zamanla tedavi giderlerinin, dolayısı ile, sigorta harcamalarının azalacağı gerçeği gözden uzak tutulmuştur. Başka ülkelerde somut örnekleri olduğu halde...

E) Toplanan primlerle satınalınacak tedavi hizmetlerinin daha verimli, nitelikli, ucuza mal olmasını ve standartlığını sağlayarak, "tedavi hizmetlerinin tek elden yönlendirilmesi" veya "tek elden toplanması" gereği, 224 sayılı kanunun 30. maddesinde yer aldığı halde gerçekleştirilme teşebbüsünde bulunulmamıştır. Özellikle sendika sorumlularına olayın milletimiz ve sendikalılar için çok yönlü yararı yeterince anlatılmamıştır.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin, hangi sistemde olursa olsun, başarısında ülkelerin; sosyal, ekonomik, kültürel ve hatta coğrafi şartlarının, imkânlarının ve demokrasiye gerçek inanışlarının büyük etkileri vardır.

F) 1992 ve 1993 yılları Mart ve Nisan aylarında yapılan I. ve II. Ulusal Sağlık Kongrelerinde; GSS'nın tartışılması ve komisyon raporlarına ilişkin görüşler yeterince değerlendirilememiştir. Genel Sağlık Sigortası eprisinden uzaklaşılarak Sağlık Bakanlığı Sigortası şekline dönüştürülmüştür. Böyle bir modelin uygulanabilirliği kadar kabulü de zorlaşmıştır.

DİŞHEKİMLİĞİNDE ASGARİ ÜCRET KONUSU

Dt. Cemal MERİÇ

Asgari ücret konusu meslektaşlar arasında gereksiz fiyat rekabetini önlemek, ekonomik bakımdan çalışmaları bir düzene koymak gibi özellikleri yanında, hastaya büyük bir malî yük yüklemeden, sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde faydalanmayı sağlayan özelliği ile de lüzumlu bir müessesedir.

Asgari ücret hekimlik dışında pek çok meslekte de uygulanmakta ve taraflara faydalı neticeler sağlamaktadır.

Tıp mesleklerinde asgari hudutlarda birleşmeyi sağlayan, ücret konusu kanunlarla düzenlenmiş ve meslek mensuplarının bu kurala uymaları sağlanmıştır.

Bu konuda mevcut kanun maddeleri aşağıda görülmektedir.

Tıbbî deontoloji nizamnamesi madde 31

"Asgari ücret tarifesi uygulanan yerlerde tabib ve diş tabibi rekabet veya propaganda maksadıyla tarifede yazılı asgari ücretten aşağı ücret kabul edemez".

3065 sayılı kanunun 27/5 fıkrası

25.10.1984 tarihli 1.5.1985 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir.

"Serbest meslek faaliyetleri için, ilgili meslek teşekküllerince tesbit edilmiş tarife varsa, hizmetin bedeli bu tarifede gösterilen ücretten düşük olamaz".

3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği kanunu "madde 11/F, madde 26/E, madde: 40'da açıklığa kavuşturulmuş ayrıca da madde 44'deki "Dişhekimleri vakar ve onuruna veya meslek düzen ve geleneklerine uymayan fiil ve hareketlerde bulunanlar ile mesleğini gereği gibi uygulamayan veya kusurlu olarak uygulayan veyahut görevin gerektirdiği güveni sarsıcı davranışlarda bulunan meslek mensuplarına disiplin cezaları verilir" demektedir.

Görülüyor ki, asgari ücret konusu, meslektaşlarımıza mesleğinin onur ve şerefini koruyucu yönde birleşme yollarından birini sağlamış bulunmaktadır.

Bu konu meslektaşlarımızı bağladığı gibi şüphesiz işveren durumuna gelen müesseseleri de bağlamaktadır. Müesseseler bu açık kurallara uyarak, ağız sağlığı hizmetlerini asgari ücret listelerine uyarak serbest hekimlerden talep etmektedirler.

Yurdumuzu uzun süredir ağır şekilde ezen enflasyon, mesleğimize de çeşitli yönleriyle ağır darbeler indirmektedir. Pahalılığın ve olanaksızlığın getirdiği çaresizlik, halkımızı ağız sağlığını ihmale mecbur etmiş ve dolayısıyla mutlak bir sağlık hizmeti veren muayenehaneler çok düşük kapasiteyle çalışma durumuna gelmiş bulunmaktadır. Ağır vergiler, malzeme ve cihazlarda meydana gelen ve günden güne dayanılmaz boyutlara koşan artmalar, teknisyen fiyatlarında her yıl yüzde yüzün üzerinde yapılan zamlar, mesleğimizi içinden çıkılmaz sonuçlara itmektedir. Ödeme gücünün çok azalması, hastaların muayenehanelerden kaçmasına, hastahanelerde, anormal izdihamlara sebep olmaktadır.

Enflasyonun önlenmesi başta tabii ki, hükümetlerin başlıca görevlerinden birisidir. Ancak her müessese ve her şahıs bu kavgada yer almalıdır. Mensuplarını listelere bağlayan, bizim odalarımız gibi kuruluşlar, yıllık enflasyon oranını aşmayacak ölçülerde ayarlamalı, meslekleriyle ilgili kuruluşlar da bu oranların artırılmamasına gayret göstermelidirler.

Çok pahalı listelerle çalışma şartlarını ağırlaştırmak enflasyona hizmet ve meslektaşa ve vatandaşa eziyet olmaktadır.

Odalar arası asgari fiyat listelerinde, o yöre halkının ödeme gücü dikkate alınarak fiyat farklılıkları getirilmiştir. Ancak, Türk halkının ödeme gücü bir başka şehirde daha farklı değildir.

Bundan sonraki yıllarda hazırlanacak asgari ücret listelerinde yukarıda yazılanların değerlendirilmesi yanında farklı uygulamaların hafifletilmesi kanısındayım.

Asgari kelimesinin anlamı her konuda en az ekonomik güçtür. Bu gücü zorlamak önce ödeme gücü azalan insanlarımızı, bu hizmeti mensuplarına ekonomik yardım olarak ödeyen müesseseleri ve meslek mensuplarımızı zorlayacaktır.

HASTA TANIMA BELGESİ (ANAMNEZ VE ÖNEMİ)

Dr. M. Murat GÖZÜBÜYÜK
İzmir Dişhekimleri Odası

Muayenehanenize gelen yeni hastayı, tedavi odasına almadan önce; Anamnez, Bilgi Formu, Kimlik ve Sağlık Belgesi, Sağlık Özgeçmişi, Sağlığı tekrar gözden geçirme ve Kimlik Bilgileri alma gibi terimler yerine "HASTA TANIMA BELGESİ" diyebileceğimiz, bazı soruları içeren ve tarih belirten belgeyi doldurtmamız ve imzalatmamız gerekir. Etraflıca bilgi edinmeden tedavi odasında soracağımız bir - iki soru ile tedaviye başlamak çok sakıncalıdır. Hastanın ölümü, ya da tamiri mümkün olmayan tıbbi hasara yol açmak gibi istenmeyen büyük üzüntülerle karşılaşabilinir.

Bu yazımda "FORMUN ŞEKLİ ve ÖNEMİ"ni işleyeceğimden, muayenehanelerde olabilecek tehlikeli durumlar (analflaktik şok - bayılma vs. gibi), ve bunlara karşı yapılacak müdahalelere değinmeyeceğim.

Hasta tarafından doldurulmasını istediğimiz belgede, tıbbi özgeçmişin yanında, kimlik bilgileri de alınır ve hastaya kart çıkartılır. Avrupa ve Amerika'da kliniklerde, ilk giriş kısmında (müracaat) kimlik alındığı için, sağlık özgeçmişi ile ilgili soruları, hastayı klinik kısmına davet eden yardımcı hemşire ya da doktorlar alırlar.

Biz muayenehanelerimizde bu bilgileri (kimlik + sağlık) tek formda birleştirebiliriz. Belgeyi dolduran hasta tarih ile birlikte imzasını da atacaktır. Bu belge serbest çalışan hekimler için **tıbbi** ve **hukuki** açıdan son derece önemlidir:

TIBBİ AÇIDAN ÖNEMİ

- Sağlık Özgeçmişi:

Soruları hastanın kolay anlayabileceği (ki bize doğru yanıt versin), kısa, basit şekilde hazırlamalıyız. Vaktimiz varsa belgedeki soruları hastaya direkt olarak biz yöneltir, doldurur, imzalatırız. Bunun faydası; hasta ile başlangıçtan itibaren iyi diyalog kurmak, dostça ilişkiye başlamak, hastayı sinirlendirebilecek, ne anlamı var diyeceği soruları şahsen ilettiğimiz için gerekli açıklamaları yaparak gerginliği önlemek ve ayrıca bilgileri tam doğru olarak almaktır.

Dişhekimliğinde en önemli risk ANESTEZİ'dir. Cerrahi müdahalelerden ve bazı tedavilerden önce anastezi uygulamak gerekir. Tabii ki hasta; formu, doktoru görmeden doldurmuşsa, tedavi odasında doktor, bu bilgileri inceleyecek ve verilen cevaplara göre, bazı durumlar hakkında detay isteyecektir.

Ancak diyalog kurma imkanı zor veya özürlü hastalarda bilgi almamız, hastayı tedavi eden pratisyen hekimle konsultasyon şeklinde olacaktır. Esasen önemli hastalığı olan kişilerin tedavisine başlamadan önce, doktoru ile görüşmek şarttır. Yani soru kağıdımızda hastanın doktorunun ismi ve telefonu mutlaka sorulmalıdır.

Çok ciddi hastalığı olanlarda; örneğin ümitsiz bir kanserli hastanın dişhekimliğince reabilitasyonu veya yüksek riskli kalp hastasının diş tedavisine tabi tutulması anlamsızdır. Böyle hastalar için acil diş tedavisi dışındaki tedavilerden kaçınılmalıdır.

Bazen Dişhekimi - anamnezi, veya tedaviden önce sağlık durumunun tespiti, önemli bir hastalığı ortaya çıkarabilir. Çünkü insanlar, doktordan beş kez daha sık dişhekimine gitmektedirler. Bu, dişhekimleri için, hasta sağlığını korumakta önemli bir fırsattır ve dişhekimi iyi bir sağlık hizmeti yapmanın gururunu duyar. Örneğin arteriel tansiyonun nasıl olduğunu bilmeyen bir hastanın, dişhekimi muayenesi sırasında ölçülerek hipertansiyonu olduğunun tespiti, erken teşhis ve etkili tedavi yapabilme açısından çok önemlidir. Aksi takdirde hipertansiyonun hedef organlara (kalp, böbrek, beyin) hasar vermesinden sonra, yani geç farkedebilmesi tedaviyi umutsuz hale getirir.

Bu arada muayenehanelerimizde tansiyon cihazı bulundurmayı ve iyi doğru ölçebilmemiz gerektiğini hatırlayalım.

Form Doldurmada Zamanın Önemi:

Son tedaviden sonra uzun süre gelmeyen hastaya, ilk gelişinde, önceden doldurduğu soruları tekrar gözden geçirmek ve bu arada herhangi bir rahatsızlık geçirip geçirmediğini sormak gerekir. Birçok Avrupa Ülkelerinde, sigortalar ve hukuki merciler formu iki yılda bir yeniden doldurtma zorunluluğunu getirmişlerdir, hasta ara versin ya da vermesin, anamnez yenilenmektedir. Bizler, muayenehanemizde değişiklikleri, ilaveten kaydeder, tarih atar, hastaya imzalatırız, yeni form doldurtmaya gerek yoktur.

Formun Şekli:

Sağlık özgeçmişinde hastayı sıkmayacak, kısa, öz sorular yönel-

ŞEMA 1.1.

	E	H
1. Son iki yıl içinde hastanede yatılı tedavi gördünüz mü?	____	____
2. Son iki yıl içinde bir doktor tedavisi gördünüz mü?	____	____
3. Son yılda kullandığınız ilaçlar oldu mu?	____	____
4. Penisiline veya herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?	____	____
5. Özel bir tedavi gerektirecek kanamanız oldu mu?	____	____

6. Şu hastalıklardan sizde olanı veya geçirdiğinizi işaretleyin

Kalp hastalığı	____	astım	____	romatizma	____
yük. tansiyon	____	öksürük	____	tüberküloz	____
kansızlık (anemi)	____	şeker (diabet)	____	sarılık hepatit)	____
sara (epilepsi)	____	sinüzit	____	psikiyatrik ted.	____

7. (Hanımlar için) Hamile misiniz?
8. Başka herhangi bir ciddi hastalık geçirdiniz mi?

telim demiştik. Şema 1.1. de bir Amerikan Kliniği için hazırlanmış sekiz soruluk bir örnek göreceksiniz.

Bu formlarda kanımca önemli bir eksiklik var: **Hekimin sır saklama özelliğinin belirtilmesi.** Formun Hukuki önemi bölümünde sır saklama mecburiyetine ayrıca değineceğim.

Formda, sağlık sorunlarından önce, verilecek bilgilerin hekim sırrı olarak saklanacağını kesin bir dille belirtmek gerekir. Böylelikle hastalar doktorlarına rahatlıkla açıklamalarda bulunacaklardır.

Geçenlerde ben de tedavide olan iki yaşlı kızkardeşten, büyük olanı, "Doktor, kardeşimin ağzında kaç tane kendi dişi var?" şeklinde bir soru yöneltti. Aynı evde oturan kardeşinden informasyon almaktan çekinip, doktora soruyorlar. İkinci örnek daha ilginç: Almanya'da çalışmakta iken, yine bizde tedavide olan evli çiftten kocasına, benim yardımcı hemşirem: "Dün hanımızada aynı dişe dolgu yaptık." demiş. Ertesi gün hanım geldi ve bize: "Siz, nasıl benden izin almadan eşime ağzımı anlatırsınız?" diye hesap sordu.

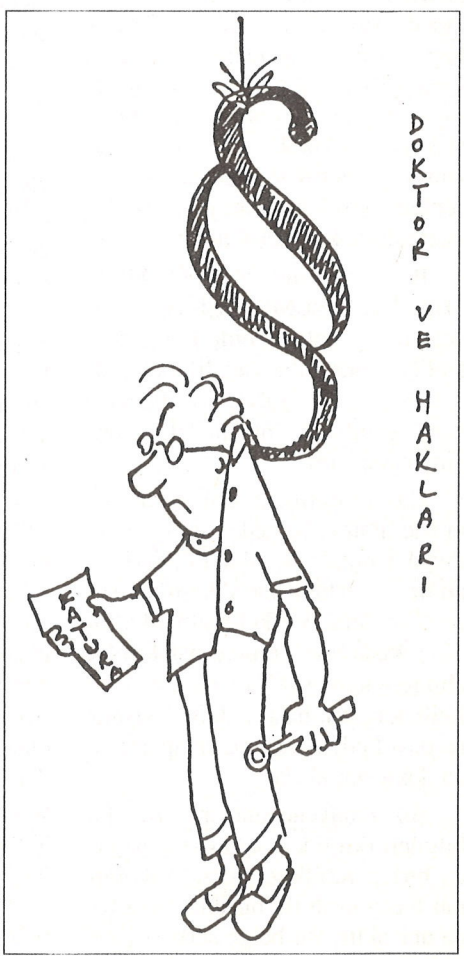
Bu iki ilginç örnekle aldığımız bilgileri, kendimize saklamamız gerektiğini ve bizimle çalışanlara da bunun ciddiyetini anlatmamız gerektiğini vurgulamak istedim.

Sorularımız arasında "Aids virüsü taşıyormusunuz?" sorusu var. Bu kişileri irrite edebilir, ama çağımızın bu amansız hastalığını, kontrol altında tutabilmek için gerekli. Halkı bilgilendirme kampanyaları Türkiye'de de faal bir şekilde devam ediyor. Şimdilik Avrupa'da bu soruya EVET cevabı veren ELLİ Aidsli'den BİR tanesi, bizde bence yüzde bir de olsa önemlidir. İnformasyon tam verilince herkes Aidsliden korkup kaçmak yerine, gerektiğinde bilinçli yaklaşmanın ve kendini, çevresini korumanın yollarını bilerek Aidsli'nin bir Drakula olmadığını anlayacak ve Aidsli hastalar da sorularımıza çekinmeyip daha doğru yanıt vereceklerdir.

HUKUKİ YÖNDEN ÖNEMİ

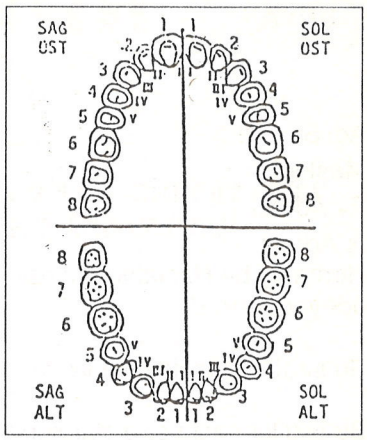
- Hasta tarafından yanlış ya da eksik verilmiş bilgilerin mahkemede ispatı, doktoru suçluluktan kurtarabilir. Beklenmedik, ani reaksiyon gerektiren, ACİL durumlara mahkemeler, şayet önceden görülebilir ve görülmesi gereken komplikasyon ise, acil durum gözüyle bakmıyorlar, tamamıyla hekimi sorumlu tutabiliyorlar.

Hekim tedavi öncesi soruları doldurtup, imzalatıp, saklamak, hasta kayıtlarını düzenli tutup muhafaza etmek ve ayrıca tedavi faaliyeti dolayısıyla hastaya ait sırları



ŞEMA 1.3.

FİRMA İSMİ



Memurun		**Hastanın**	
Adı Soyadı	:.....	Adı Soyadı	: .....
Servisi	:.....	Doğum Tarihi	: .....
Sicil No	:.....	Telefonu	: .....
Vakıf Üye No	:.....		
Telefonu	:.....		

AŞAĞIDAKİ SORULARI EVET - HAYIR ŞEKLİNDE CEVAPLAYINIZ

	EVET	HAYIR
1- Genel Sağlık durumunuz iyi midir?	( )	( )
2- Genel Sağlık durumunuzda son 1 yıl içinde bir değişiklik oldu mu? Niçin?	( )	( )
3- Şu anda herhangi bir hastalıktan dolayı tedavi oluyor musunuz?	( )	( )

da ifşa etmemek zorundadır.

- Belgenin hukuki öneminde ikinci husus, tedaviden sonra hastadan ücreti alabilme güvencesidir. hasta tanıma belgesine bu konuda bir soru koyduk: "Herhangi bir Hastalık Sigortası ile anlaşmanız var mı, yoksa tedavi ücretini kendimiz ödeyeceksiniz?" Örnek: Hasta Tanıma Belgesi Şema 2.1. Diğer kimlik bilgileri ve tıbbi sorularla birlikte hasta bu soruyu da yanıtlayacak ve imzasıyla teyit edecektir. Bu belge bizim elimizde bir çeşit SENET olmasa da, İCRA - İFLAS KANUNUNU'nun § 68-A maddesi niteliğinde bir belge, yani ADİ- TAAHHÜTNAME olacaktır. İleride hasta ödemez, size gelmez ve tedaviyi inkar ederse, bu belge, kart kayıtları ve varsa röntgenler, mahkemede işlerin çabuk tarafından lehimize sonuçlanmasını sağlayacaktır.

Daha önce ücret konuşulmamışsa dahi, hasta doktora başvurmakla bu ücreti zımmen kabul etmiş sayılır *(Çetiş Aşcıoğlu Sayfa 33)*.

Bazen hastalar mahkemede para ödememek için tedaviden memnun kalmadıklarını, ya da çene ağırılarının geçmediğini bu yüzden ödemediklerini ifade ederler. Oysa İsviçre Federal Mahkemesinin 23.11.102 JDT 1928 nolu kararına göre: "Hasta doktora iyi olmak için başvurmakla birlikte; doktor, ender istisnalar dışında, hastayı iyi etmeyi değil hastanın iyi olması için gereken şeyleri taahhüt eder." *(Ç. Aşçıoğlu Sayfa 37)*.

- Bazı klinikler formlarına, kimlik - sağlık soruları yanında ağız şemasını da koymaktadırlar. Şema 1.3. buna bir örnektir.

Aslında bu şemanın hasta kartında olması yeterlidir. Her uzun aradan sonra hasta geldiğinde, damga şeklinde hazırlanmış ağız şeması işlenmelidir (ŞEMA 1.4).

ŞEMA 1.4

8 7 6 5 4 3 2 1	1 1 3 4 5 6 7 8
V IV III II I	I II III IV V
V IV III II I	I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 1 3 4 5 6 7 8

Adli tıp vakalarında bu şemadan faydalanılmaktadır. Kimliği tesbit edilememiş cesetlerin ağız şemaları, dişhekimliği dergilerinde yayınlanır, varsa nasıl protezi olduğu şemaya işlenir. Böyle bir çalışma yaptığı ağzı tanıyan dişhekimi, polise başvurur. Bu yolla birçok ölünün kimliği belirlenmiştir.

Benim, kimlik bilgileri ve 19 sağlıkla ilgili sorudan oluşturduğum Hasta Tanıma Belgesi (Şema 2.1) önemli soruları içermektedir. Bu sorular daha da basitleştirilebilir veya uzatılabilir. Kısa sorulup, hastanın Evet cevabı verdikleri sorular üzerinde sözlü detay alırsak hastayı sıkmamış zaman kaybını önlemiş oluruz.

KAYNAKLAR

1. *Medical Emergencies in Dentistry Frank M. Mc. Carthy M.D. D.D.S. L.A. University of S. California W.B. Saunders 1982 Philadelphia*
2. *Lebensbedrohende Zwischenfarztlichen Fraxis Dr. Milan Schijatschky, Zürich (Quintessenz 1976 Berlin)*
3. *Niederlassung und Praxis Dr. Paul Lüth Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1969*
4. *Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu Çetiş Aşçıoğlu, Olgaç Matbaası Ankara 1982*
5. *Y. Doç. Dr. Mehmet Ayan Tıbbi Müdahalelerden Doğan Sorumluluk Kazancı Ticaret A.Ş. Ankara 1991*
6. *Avukat Lerzan Tanç ile söyleşi, İzmir 1993*

ŞEMA 2.1

UNVAN

HASTA TANIMA BELGESİ

Adı Soyadı : ..... Doğum Tarihi : .....
Mesleği : ..... (Çocuksa) Baba Adı : .....
Ev Adresi : ..... Ev Tel : .....
İş Adresi : ..... İş Tel : .....

Herhangi bir Hastalık Sigortası ile anlaşmanız var mı, yoksa tedavi ücretini kendiniz mi ödeyeceksiniz?

.....

Şu sıralar tedavide iseniz, tedavi eden doktorun adı, soyadı telefonu

.....

Bu bilgiler hasta sırrı olarak bizde saklanacaktır.

1-	Tansiyonunuz Yüksek mi?	Evet ☐	Hayır ☐
2-	Tansiyonunuz Düşük mü?	Evet ☐	Hayır ☐
3-	Kalp hastalığı (yetmezliği, endokardit gibi) var mı veya kalp amelyiatı geçirdiniz mi?	Evet ☐	Hayır ☐
4-	Şeker hastalığınız var mı?	Evet ☐	Hayır ☐
5-	Kan hastalığı var mı? (Pıhtılaşma bozukluğu, kanamanın uzun süre devam etmesi gibi)	Evet ☐	Hayır ☐
6-	Herhangi bir şeye karşı Allerjiniz veya Allerjik bir hastalığınız var mı?	Evet ☐	Hayır ☐
7-	Guatr hastalığınız var mı?	Evet ☐	Hayır ☐
8-	Astım, Akciğer rahatsızlığı?	Evet ☐	Hayır ☐
9-	Sinir hastalığı?	Evet ☐	Hayır ☐
10-	Sarılık geçirdiniz mi veya başka bir karaciğer rahatsızlığınız var mı?	Evet ☐	Hayır ☐
11-	Romatizma, Siyatik	Evet ☐	Hayır ☐
12-	Sara (Epilepsi)	Evet ☐	Hayır ☐
13-	Mide, barsak rahatsızlığı	Evet ☐	Hayır ☐
14-	Markumar gibi kanı değiştiren ilaçlar kullanıyor musunuz?	Evet ☐	Hayır ☐
15-	Uzun süren ciddi kanamanız oldu mu?	Evet ☐	Hayır ☐
16-	Kesinlikle kullanmayacağınız ilaç var mı? Evet ise hangileri?	Evet ☐	Hayır ☐
17-	Şu sırada kullandığınız ilaç var mı? Evet ise hangileri?	Evet ☐	Hayır ☐
18-	Aids virüsü taşıyor musunuz?	Evet ☐	Hayır ☐
19-	(Hanımlar için) Hamile misiniz? Evet ise süresi?	Evet ☐	Hayır ☐

BU BİLGİLERİN DOĞRULUĞUNU İMZAMLA TEYİD EDERİM

Tarih: İmza

AIDS WORKSHOP '93 T.D.B. BİLİMSEL TOPLANTISI

AIDS

12 EYLÜL 1993 - BİLKENT OTEL
BİLKENT ÜNİVERSİTESİ

Sevgili Meslektaşlarım,

Kuruluşumuzdan bu yana, sizleri bilimsel konularda bilgilendirme amacına yönelik olarak gerek bölgesel, gerek ulusal, gerekse uluslararası toplantılar düzenlemiş bulunmaktayız. İki yıla yakın bir süreden bu yana T.D. Birliği Eğitim Komisyonunun yaptığı program çerçevesinde bu toplantıları daha düzenli bir biçimde yürütmeye çalışmaktayız.

Bu kez de hepinizin ilgisini çekeceğini umduğumuz AIDS konusunda sizleri bilgilendirmeyi amaçladık. AIDS ile ilgili dünya tıbbının hala bilmediği çok şey olmasına karşın, yüksek risk grubu olan biz dişhekimlerinin hastalıktan korunma için yapabileceği çok şey olduğuna inanıyoruz. Bunları öğrenmek ve tartışmak için 12 Eylül'de sizleri Ankara'ya bekliyoruz.

Saygılarımla,
Dt. Eser Cilasun
Türk Dişhekimleri Birliği
Genel Başkanı

KONUŞMACILAR :

Prof. Dr. Dt. Ferda Taşar
H.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi (Yönetici)

Prof. Dr. H. Erdal Akalın
H.Ü. Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Emin Kansu
H.Ü. Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Dt. Erdoğan Turgut
H.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi

Doç. Dr. Serhat Ünal
H.Ü. Tıp Fakültesi

Yrd. Doç Dr. Dt. Celal Tümer
H.Ü. Diş Hek. Fakültesi

Dr. Dt. Bahadır Giray
H.Ü. Diş Hek. Fakültesi

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

Lütfen Daktilo Harfleri ile Yazınız.

❒ PROF. ❒ DOÇ. ❒ YRD. DOÇ. DR. ❒ DR. ❒ Bayan ❒ Bay

ADI, SOYADI : .....

Hastane / Kurum / Serbest : .....

ADRESİ : .....

.....Posta Kodu..... Şehir.....

TEL : ( )..... FAKS :( ) .....

AIDS WORKSHOP 93'E KATILACAĞIM ❒ EVET ❒ HAYIR

AIDS WORKSHOP '93

WORKSHOP PROGRAMI

Oturum 1. (9.30 - 12.30)

HIV epidemiyolojisi
Doç. Dr. Serhat Ünal
"Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Ünitesi Öğretim Üyesi"

Dişhekimliği ve diğer risk grupları
Dr. C. Dt. Bahadır Giray
"Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız - Diş - Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D. Öğretim Yardımcısı"

■ *Kahve Molası*

HIV infeksiyonu
(Prof. Dr. Erdal Akalın)
"Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Ünitesi Başkanı"

HIV ve oral diagnoz
Prof. Dr. Dt. Erdoğan Turgut
"Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi"

■ *Öğle Yemeği*

Oturum 2. (13.30 - 17.00)

AIDS ve fırsatçı infeksiyonlar
Prof. Dr. Erdal Akalın
"Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Ünitesi Başkanı"

Doç. Dr. Serhat Ünal
"Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Ünitesi Öğretim Üyesi"

HIV infeksiyonlu hastalarda oral lezyonların tedavisi.
Prof. Dr. Dt. Ferda Taşar
"Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
"Ağız - Diş - Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D. Öğretim Üyesi"

■ *Kahve Molası*

Antiretroviral tedavi.
Prof. Dr. Emin Kansu
"Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
A.B.D. Öğretim Üyesi"

Genel ve dişhekimliği yönünden korunma.
Yrd. Doç. Dr. Dt. Celal Tümer
"Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız - Diş - Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D. Öğretim Üyesi"

■ **Belge** : *WORKSHOP sonunda katılım belgesi verilecektir.*

■ **Kayıt Ücreti**: Kayıt ücreti ; 12 Eylül 1993 tarihindeki öğle yemeği, kahve çay molaları ve tüm kayıt ücretini kapsamaktadır.
Kontenjanımız sınırlı olduğundan kayıtlar başvuru sırasına göre yapılacaktır.
Son Başvuru 6.Eylül.1993 tarihine kadardır.

■ **Kayıt Ücreti**: 150.000 TL.

Kayıt Ücreti, **Akbank Aşağı Ayrancı Şubesi 3636-8 No'lu SERENA Turizm Hesabına** AIDS Workshop kodu belirtilerek yatırılacak ve makbuzun aslı veya fotokopisi kayıt formu ile birlikte *WORKSHOP Sekreterliğine* gönde-rilecektir.

Workshop Sekreteryası
Yrd. Doç. Dr. Celal Tümer
"Hacettepe Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız - Diş - Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi A.B.D. Öğretim Üyesi"
Hacettepe 06100 Ankara
Tel :(312) 310 35 45 / 2231

Workshop Sekreteryası

Yrd. Doç. Dr. Celal Tümer

"Hacettepe Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız - Diş - Çene Hastalıkları
ve Cerrahisi A.B.D. Öğretim Üyesi"
Hacettepe 06100 Ankara

PROTEZ KAİDE PLAĞI ALTINDAKİ HİPERPLAZİK LEZYONLAR: BİR VAKA NEDENİYLE [1]

Doktor Alp ALANTAR (*)
Doktor Ahmet YİĞİTOĞLU (**)
Doktor Benoit LEFEVRE (***)

Kilit Kelimeler: *(Protez altındaki) piherplazik lifsel lezyon, (tam) protez, cerrahi.*
Key Words: *(Denture-induced) fibrous hyperplasia (epulis fissuratum), (complete) denture, surgery.*

GİRİŞ

Bu makalede, literatür incelemesiyle başlayarak, protez kaide plagi altındaki hiperplazik lifsel lezyonların etiyoloji, klinik gözlemler, histopatoloji ve prognozu, Ağız ve Çene Cerrahisi A.D.'na başvuran bir vakaya dayanarak, ele alınacak.

LİTERATÜR İNCELEMESİ

Dişsiz alveol kretlerinin vestibül bölgesinde en çok görülen ve benign karakterli olan bu lezyonlar, dokulara uyumlarını kaybetmiş eski protezlerin neden olduğu uzun süre irritasyonu yüzünden ortaya çıkarlar. En çok görüldüğü yerler anterior bukkal kısmı, daha ender olarak da yumuşak damağın ön bölümüdür[7,8].

Bu konuda eskiden yazılmış kaynaklara dayancak olursak, 1959 yılında SEWENSON[12]'un protez altındaki hipertrofilerden söz ettiği görülmektedir. Literatür incelemesi bu lezyonun birbirinden değişik isimler altında tanındığını göstermektedir: İngiliz literatürüne göre "epulis fissuratum"[5, 1, 2] olarak tanımlanan bu lezyonun diğer isimleri şöyle sıralanabilir: "lifsel hiperplazi" ("hyperplasie fibreuse"; International Classification of Disease, 1978[9]) "protez altındaki lifsel hiperplazi" ("hyperplasie fibreuse sous-prothétique")[11], "protez travması nodülü" ("bourrelet traumatique prothétique")[14] ve "travmatik hiperplazi" ("hyperplasie traumatique")[10]. Bu tür isimler her ne kadar birbirinden farklı da olsa her biri lezyonun önde gelen özelliğini hatırlatmaktadır: sonuç olarak bu lezyonlar eski ve adapte olmayan protezlerin neden olduğu travma yoluyla ortaya çıkışı olarak özetlenebilir. Ayrıca cinsiyet ayrımı yapılmaktadır: BUCHNER[3]'e göre kadın erkek oranı 4'e 1'dir. CUTRIGHT[5]'a göre ise % 65 dir.) Lezyonun saptandığı hastaların yaş ortalaması ise 41 ile 70 yaşları arasındadır[3].

TEŞHİS

Dişsiz kretlerde rastlanan bu lezyonların hiperplazik görüntüsü (feuillet de livre[8]) yani diğer bir deyimle çift yassı nodülü andırması klinik diagnozu şüphesiz kolaylaştırmaktadır. Bu hiperplazik lezyonlar ufak veya büyük dilimler halinde görülmektedir ve protez bu dilimlerin arasındadır[2]. Genel muayenede lezyonun sebep olabileceği herhangi ganglion ve/veya sistemik hastalık görülmemektedir. Zira bu lezyon, semptomsuz, normal mukoza renginde görünen ve travma yoluyla ortaya çıkan kronik mekanik irritasyonlar neticesi olarak tanımlanmaktadır.

AYIRICI TEŞHİS

Ayırıcı teşhis özellikle "mültipl fibrom" ve "epidermoid karsinom" ile yapılmaktadır. Ayrıca bu lifsel lezyon genel sistemik hastalığa neden olmadığı için "Nörofibromatoz" (Recklinghausen hastalığı) ve Melkersson-Rosenthal Syndromu ile ayırmak kolaydır.

TEDAVİ

Tedavi, lokal anestezi altında tam biopsi (lezyonun tümü cerrahi olarak çıkarılması) ve yeni bir protezin yapımını gerektirmektedir. Protezin stabilitesi için ve vestibul derinliğini yükseltmek amacıyla gerekirse vestibüloplasti işlemi uygulanabilir[10].

HİSPOPATOLOJİ

Epitel tabakası bazı kalınlık farkları gösterebilir ancak genellikle malpigyen tipinde normal olgunluktadır ve hiperakantoz vardır; altında kollagen liflerden zengin konnektif dokusu vardır[5]. Ultrastruktural ve histosimik açıdan epulis'lerle sınıflanmasa da

---

(1) TDB 1. Uluslararası Kongresinde sunuldu (3/10/92)

* *Assistant Hospitalo - Universitaire, Service de Chirurgie Buccale, Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de PARIS VII (FRANSA)*
** *Praticien Hospitalier du Service de Stomatologie de l'Hôpital Saint-Germain (FRANSA)*
*** *Maître de Conférence, Praticien Hospitalier, Service de Chirurgie Buccale de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de PARIS VII (FRANSA)*

[3,4,14] bu lezyon "fibröz epulis"lerle klinik açıdan özleşebilir [14].

PROGNOZ

CUTRIGHT'a göre maligniteye dönüşme görülmez. Protez altındaki hiperplazik lezyonların cerrahi müdahalesinden sonraki prognozu iyi olmakla beraber astar madde kullanarak[6] ve daha sonra kaide plağı yeniden yapılarak protetik tedavi uygulanmazsa cerrahiye rağmen bu lezyonların residiv yapması olağandır.

VAKA BİLDİRİSİ

70 yaşındaki erkek hasta, fakülteye alt total protezinin hareketliğinden şikayetle hastaneye başvurdu. Şeker hastalığı olan hasta hipoglisemyan Sülfamit (Diamicron®) ile Biguanid (Glucophage®) tedavisi olmakla beraber, fenofibrat (Lipanthyl®) ile tedavi görmekteydi. Ayrıca ,sol kalça tam protez taşımaktaydı.

Pejional ve servikal lenf bezlerinin muayenesinde herhangi ganglion mevcut değildi. Ağız içi muayenede alt total protezi olduğu ve çene ucu deliği bölgesinde çift yassı nodüllü hipertrofi görünmekteydi (Resim: 1). Hastaya göre lezyon 10 sene evvel büyümeye başlamış. Antibiyotik (Spiramisin ve Metronidazol, Rodogyl®) ile premedike edilerek lezyonun tümü cerrahi olarak çıkarılıp histopatolojik olarak incelenmesi için laboratuara gönderildi (Resim: 2 ve 3). "2 cm * 2 cm * 0,5 cm çapında inflamatuar ve fibröz karakterli konnektif bağ dokusu olarak saptanmıştır."

Dört ay sonraki muayenede fibröz sikatrizasyon mevcuttu (resim: 4); sık değiştirilen astar maddeyle protezin yeniden uygulanmasıyla bu fibröz sikatrizasyon yok edildi.

SON SÖZ

Bu yazıda yer alan literatür incelemesine dayanarak, eski protez kaide plağı altındaki hiperplazilerin kakarekterlerini şöyle sıralayabiliriz: 1- protez kaide plağı altındaki hiperplazik lezyonlar iyi uyum sağlamayan eski protezlerin kenarları karşsında görülür 2- Benign lezyonlardır 3- Cinsiyet ayrımı göstermektedir[13] 4- Bu tür lezyonun saptandığı hastaların yaş ortalaması 57'dir ve 3/4 oranla 41-70 yaşları arasındadırlar[13]. 5- En çok görüldüğü yer ön maxiller bukkal bölgedir.

Hastanemize başvuran hastanın ağız lezyonu incelendiğinde cinsiyet ayrımı haricinde pek çok açıdan literatür verilerine uyum göstermektedir, nitekim: 1- Eski total protez mevcuttur 2- Lezyon histopatolojik olarak CUTRIGHT[15]'in etüdündeki gibi benign karakterli saptandı 3- Hasta BUCHNER [13]'in bulgularındaki gibi 41-70 yaşları arasındadır.

Sonsöz olarak vakamıza dayanarak üstte sıralanan bulgulara şu noktayı eklemek isteriz: Genelde hastalar fonksiyonel açıdan etkilenmedikçe bu tür semptomsuz lezyonlardan şikayet etmedikleri ve başvurmadıkları için diagnoz geç konmaktadır.

ÖZET

Dişsiz alveol kretlerin anterior bukkal bölgesinde en çok görülen lezyonlar dokulara uyumlarını kaybetmiş eski apareylerin neden olduğu mekanik travmalar sonucu meydana gelir. Total protezlerin kaide plağın periferik limitler bölgesinde görülür. Benign lezyon olan bu hiperplazilere tam biopsi uygulanır. Cerrahi müdahaleye paralel olarak astar maddeleriyle protez uyumsuzlukları giderilmezse residiv olağandır.

Bu yazıda Paris VII Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesinin Ağız Çene Cerrahisi A.D.'da ameliyat gören bir hasta ve uluslararası literatür incelemesi yer almaktadır.

SUMMARY

Denture - induced hyperplasia: a case report

Denture - induced hyperplasia (epulis fissiuratum), a benign lesion, is associated with the anterior buccal flange of illfitting old dentures. It is found more often in the maxilla then in the mandible. Treatment cossists of correcting the denture and excising the excessive tissue. If denture is not concomitently corrected residiv is frequent. In this article, after internaiomal literature revue, the authors report one case who have been treated on in the Department of Oral Surgery in the Dental Faculty (PARIS, FRANCE).

KAYNAKLAR

1- *BHASKAR (S.N.), Synopsis of oral pathology. The C.V. Mosby Company, St. Louis: 1981.*

2- *BRAD (W.N.), DOUGLAS (D.D.), DEAN (K.W.), CHARLES (A.W.), Color Atlas of clinical oral pathology, Lea and Febiger édit., (385 p.): 1991.*

3- *BUCHNER (A.), CALDERON (S.), RAMON (Y.), Localized lesions of the gingiva: a clinicopathological sutdy of 302 lesions. J. Periodont., 48, 101-4: 1977.*

4- *CATTANEO (V.), VEZZONI (F.), SILVESTRI (M.), La classificazione delle epulidi con riferimento agli aspetti clinici ed anatomopatologici, Minerva Stomatologica, 39, 7: 539-545, 1990.*

5- *CUTRIGHT (D.E.), The histopathologic findigs in 583 cases of epulis fissuratum. Oral Surg. 37: 401, 1974.*

6- *ÇALIKKOCAOĞLU (S.), Protez kaide Plağı Altındaki Yumuşak, Hareketli Alveol Kretleri, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi, 16, 2: 139, 153, 1982.*

7- *MOLAN (A.), Ağız kanserleri: erken tanı. TDBD, 21, 14-16, 1993.*

8- *DECHAUME (M.), Maladies des gencives. Précis de stomatologie, Masson édit. Paris, 1980.*

9- *PIETTE (E.), REYCHLER (H.), Traité de pathologies buccale et maxillo faciale. De Boeck Université edit., Bruxelle, 1991.*

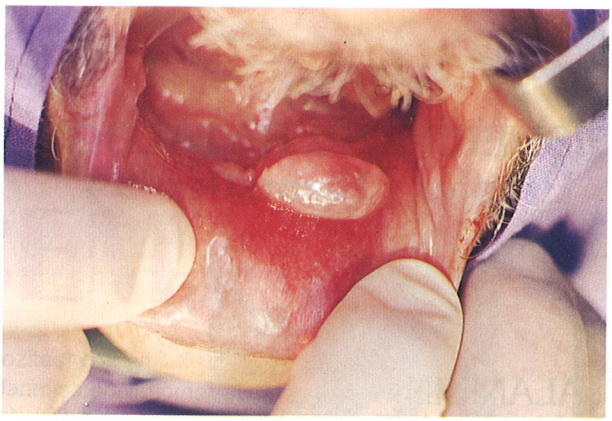
10- *PRINC (G.), TAGGER (N.), DICHAMP (J.), BENOIT (M.), Chirurgie préprothérique, EMC, 22320, A10, 1-8: 1992.*

11- *SAMSON (J), KUFFER (R.), Stomatites bactériennes non spécifiques. E.M.C., stomatologie, I, 22045 A-10, 11-1985: 1-6.*

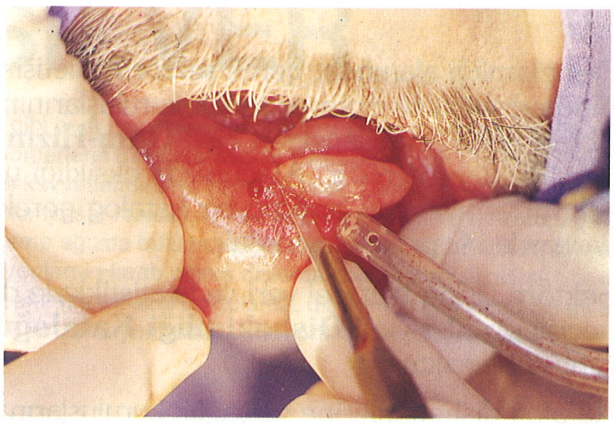
12- *SWENSON (M.G.), Complete dentures, 4 ed., The C.V. Mosby Book Co., St. Louis, 1959.*

13- *VALENTINI (A.F.), CALANDRIELLO (M.), BERNARDI (F.), Valutazione citogenetica delle lesioni sottogengivali: fibromatose, angiomatose, a cellule giganti, a cellule granulose (c.d. epulidi). Minerva Stomatol. 37: 171-88: 1988.*

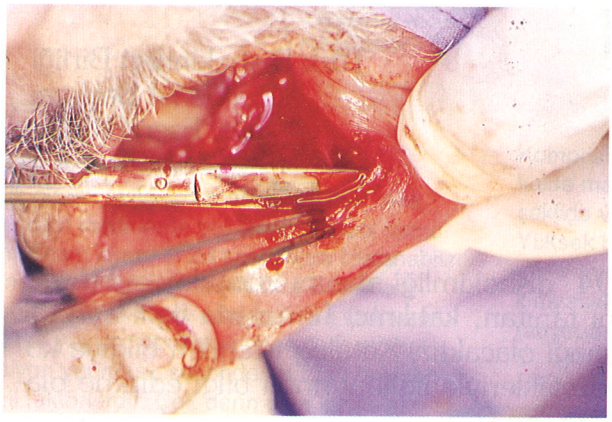
14- *VIGNEUL (J.C.), LEZY (J.P.), Affections du plancher de la bouche. E.M.C., 22056, A10, 2-1986.*



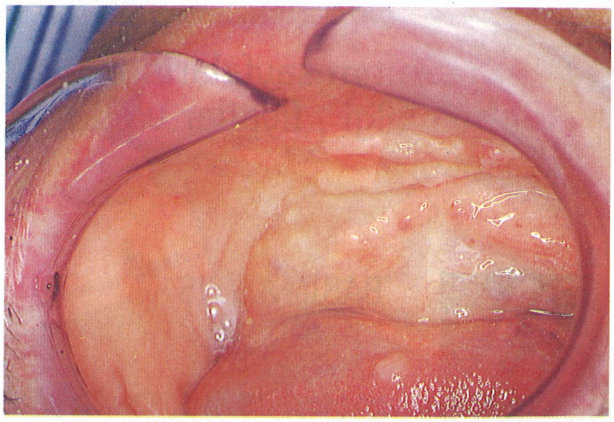
Resim 1:
Ağız içi muayenede çene ucu deliği bölgesinde çift yassı nodüllü hipertrofi görülmekte. Hastaya göre lezyon 10 sene evvel büyümeye başlamıştır (hasta 70 yaşında).



Resim 2- 3:
*Lezyonun tümü kesilip anatomopatoloji laboratuara gönderildi. "2 cm * 2cm * 0,5 cm çapında inflamatuar ve lifsel karakterli konjoktif bağı dokusu" olarak saptanmıştır.*



Resim 4:
4 ay sonraki muayenede; fibröz sikatrizasyon mevcuttu; sık değiştirilen astar maddeyle protezin yeniden uygulanmasıyla bu fibröz sikatrizasyon giderildi.



TDB
DİŞHEKİMLİĞİ KATALOĞU
Ürünler - Hizmetler '94

DİŞHEKİMLİĞİ ALANININ TEMEL BAŞVURU KAYNAĞI

Dişhekimliği alanında, gerek sektör içi iletişime katkıda bulunacak, gerekse Türkiye çapında dişhekimlerinin ve sağlık kuruluşlarının ürün/hizmet alımlarında başvuru kaynağı olarak yararlanabilecekleri bir **"Ürün-Hizmet/Firma" rehberi** şimdiye dek Türkiye' de yayımlanmamıştır. Alanımızda eksikliği uzun süredir duyulan; kullanım değeri yüksek, güvenilir, çok boyutlu bir katalog gereksinimini karşılamak için uluslararası standartlarda bir proje oluşturduk.

Sektöre ilişkin bilimsel veri ve istatistiklerle desteklenmiş çok boyutlu ve birbirine yatay geçişli dizinleriyle **"Dişhekimliği Kataloğu, Ürünler-Hizmetler 94"** alanında tek rehber olacaktır.

Katalog dişhekimlerine ve sağlık kuruluşlarına ücretsiz dağıtılacaktır.

Türk Dişhekimleri Birliği
Genel Başkanı
Dt. Eser Cilasun

Ürün - Hizmet / Firma Rehberi

""Dişhekimliği Kataloğu, Ürünler-Hizmetler 94" dişhekimliği alanını kucaklayan,bu sektördeki sanayi, ticaret ve hizmet kuruluşlarını tanıtan, katılımcı firmalarla ilgili ayrıntılı verilerin bulunabileceği bir temel başvuru kaynağı olacaktır. Katalog istenilen bilgiye kolaylıkla ulaşma, firmalar ve ürünlerin teknik özellikleriyle ilgili ayrıntılı bilgi edinme olanağı vermektedir.

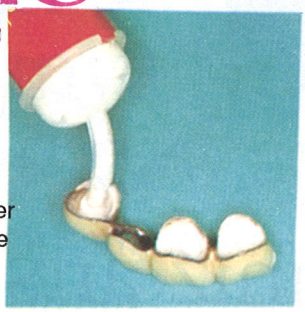
- Firma tanıtım sayfalarında yerinizi ayırttınız mı ?
- Ayrıntılı bilgi , fiyatlar ve broşür için Basın Ajans bürolarını arayınız.

BASIN AJANS
BASIN TANITIM DANIŞMANLIK

ANKARA (Merkez)
Sümer 2 Sokak No:37/11 Kızılay - 06440 ANKARA
Tel: (4) 229 68 34 - 79 • Fax: (4) 230 35 96

İSTANBUL (Büro)
Genaral Yazgan Sk. No: 10/5 Tünel 80050 İSTANBUL
Tel: (1) 252 22 97 - 252 00 39 • Fax: (1) 243 54 22

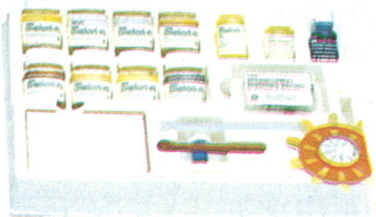
ESPE KETAC-CEM®



Viskozitesi çok iyi ayarlanmış cam ionomer yapıştırıcısı siman. Dişe çok iyi yapışması sayesinde en zor restorasyonların yapıştırılmasında rahatlıkla kullanabileceğimiz bir siman. Endikasyonları = Inley, onley, kron, köprü ve pinleri simante etmek için.

ESPE KETAC FIL®





Cam ionomer restorasyon malzemesi.
Estetik olarak kullanabilmesi için 8 ayrı renk.
Hiç bir cam ionomerde bulunmayan özel formül.
(Normal cam ionomer 24 saat sonra cilalanabilir. Maleneik asid formülü sayesinde Espe cam ionomerler 30 dk sonra cilalanabilir.) Çok uzun süreli flor yayımı, dentin ve mineyle kimyasal reaksiyon yapması, sekonder çürüğü önleyen birincil faktörlerdir. Çok derin olan kaviteler dışında kalsiyum hydroxide ve kaide maddesine ihtiyaç duymaz.



ADA® ASRİ DİŞ DEPOSU A.Ş.

Meşrutiyet Cad. 47 Kat 1 80050 - Beyoğlu - İstanbul
Tel: 249 13 36 - 244 51 99 Fax: 244 51 99

Aradığınız gerçek bir cam ionomer ise

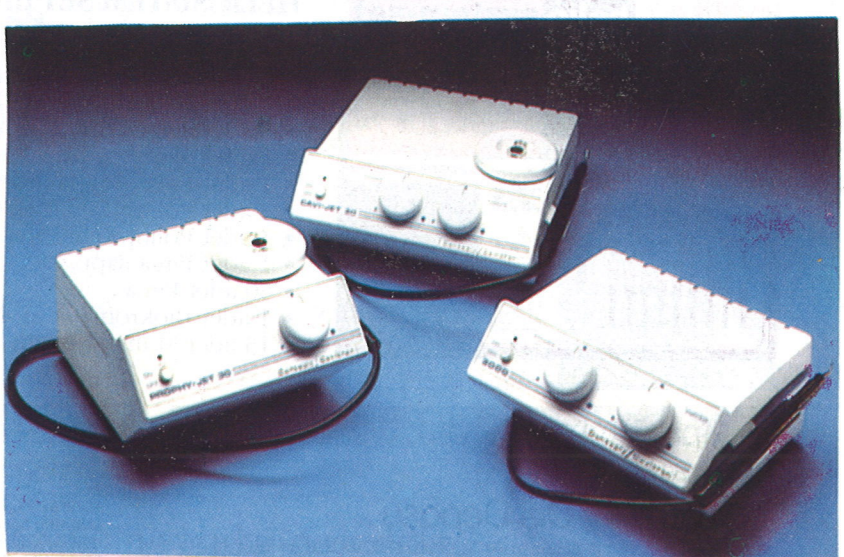
KETAC-SILVER



Bilindiği gibi cam ionomerler basınçlara yeterince dirençli değillerdir.
Cam ionomerlerin basınçlara karşı gelebilmesi için ESPE çözümü:
Gümüşle kuvvetlendirilmiş cam ionomer, Dentin ve mineyle kimyasal reaksiyon, flor yayımı, dirençlilik, biokompabilite.
Bu malzeme ağızda bulunan diğer metallerle GALVANİK AKIM yapmaz!!!
Endikasyonları= Harab olmuş dişlerde core materyali olarak (resme bakınız), okluzal dolgularda, diş etine yakın ya da diş eti altında yapılacak restorasyonlarda, pedodontik restorasyonlarda.

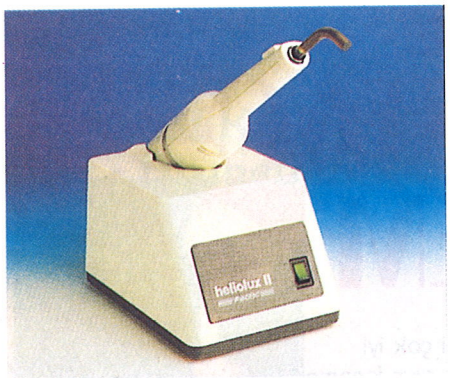
ESPE Ketac-Bond®

Komposit ve amalgam dolgular altında kullanılabilecek en ideal kaide maddesi... Cam ionomerlerin üstün özelliklerini en mükemmel şekilde verebilen ketac bond'un özellikleri kısaca şöyledir.
Yüksek biokompabilite, flor iyonu aciga cigarnası, ısı değişimlerinde mine ve dentine kimyasal bağlantı (mikrosızıntı engeller), dişi kimyasal ve ısı zararlarından korur, rahat uygulama, yüksek radyopasite özellikleriyle ideal kaide maddesidir.



Dentsply®/Cavitron® Prophylaxis Units–
the next generation.

Henüz bir ışıklı dolgu cihazınız yoksa, ya da cihazınızı yenilemek veya ikinci bir cihaza sahip olmak istiyorsanız, **işte fırsat:**



Türkiye'de en çok kullanılan ışıklı dolgu cihazı

HELIOLUX'u

Şimdi alın, kazancınız artsın...

1 adet HELİOLUX alana,
1.950.000.-TL değerinde 1 adet HELİOSİSTEM SET ve
527.000.-TL değerinde 1 kutu SYNTAC BEDAVA!

İşte mükemmel cihaz HELİOLUX'un bazı önemli özellikleri:

- Az elektrik sarfiyatı ile maksimum polimerizasyon gücü
- 7 mm. çapında, her yöne ayarlanabilen ve çıkabilen ışık yönlendirici
- Her 20 saniyeyi haber veren ses sistemi ve 80 saniyelik devamlı kullanma sonunda otomatik kapanma.
- Isınmayı, hem vantilatör, hem de aletin içindeki özel devrelerle önleme ve uzun süre çalışabilme imkanı
- Voltaj değişikliğini otomatik ayarlayan voltaj regülatörü

Ödeme şekli:

PEŞİNAT	TAKSİT SAYISI	AYLIK ÖDEME	TOPLAM
----	10	1.090.000.-TL	10.900.000.-TL
1.900.000.-TL	7	1.000.000.-TL	8.900.000.-TL
1.900.000.-TL	4	1.500.000.-TL	7.900.000.-TL

Fiyatlara KDV dahil değildir.



HELİOSİSTEM SET'in içindekiler:

- 9 adet Helio Progress (şırınga şeklinde; her biri 2,5 gr.)
- 1 adet Heliobond (6 gr.)
- 1 adet Syntac Primer (3 gr.)
- 1 adet Syntac Adeziv (3 gr.)
- 1 adet Email Preparator GS (şırınga; 2 gr.)
- 3 adet Politip Cila Lastikleri B/C/D
- 3 adet Politip bitim Lastikleri B/C/D
- 1 adet Fırça sapı
- 50 adet Fırça
- 1 adet Biokromatik Skala
- 13 adet Muhtelif kanül

Kampanyamız 30 Eylül 1993 tarihine kadar geçerlidir.

Güney Diş Deposu

BEYAZIT: Beyazsaray 9/B Beyazıt 34490 İSTANBUL •Tel: 518 26 03 (4 hat) Faks: 518 26 02
KADIKÖY: Altıyol, Kuşdili Cad. 1/4 81310 İSTANBUL •Tel: 345 46 96 - 97 •Faks: 346 83 70
NİŞANTAŞI: Büyük Çiftlik Sok. No:2 80200 İSTANBUL •Tel: 247 56 87
ŞİŞLİ: Halaskargazi Cad. Feza Apt.332/1 İST. •Tel: 247 90 00 - 241 76 95 •Faks: 241 05 83

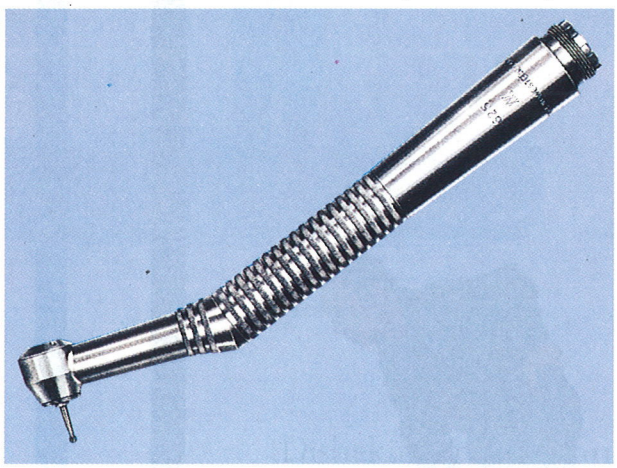
ADANA: Eski PTT Cad. 97.Sokak 1/2 01010 ADANA •Tel: 51 31 83 •Faks: 52 07 62
ANKARA: Karanfil So. 47/6 Kızılay 06640 ANKARA •Tel: 418 95 05 •Faks: 417 17 10
BURSA: Akbıyık Caddesi No:6 16010 BURSA •Tel: 21 81 32 •Faks: 22 87 92
ESKİŞEHİR: Köprübaşı, Yalbı Sokak 13/16 ESKİŞEHİR •Tel: 14 99 43 •Faks: 13 95 90
İZMİR: 847. Sok. 10/1 C Konak 35030 İZMİR •Tel: 25 11 83 - 84 85 38 •Faks: 83 70 87
SAMSUN: Dr.Kamil Cad. Bahar Apt. 44/10 SAMSUN •Tel: 30 40 29 •Faks: 30 40 71

Kaliteli KaVo dişhekimliği klinik el aletlerini
kısa bir süre için, çok uygun koşullar ile alabilmek mümkün...

KaVo el aletleri kampanya süresince, peşin fiyatına, peşinatsız, 6 ay taksitle...

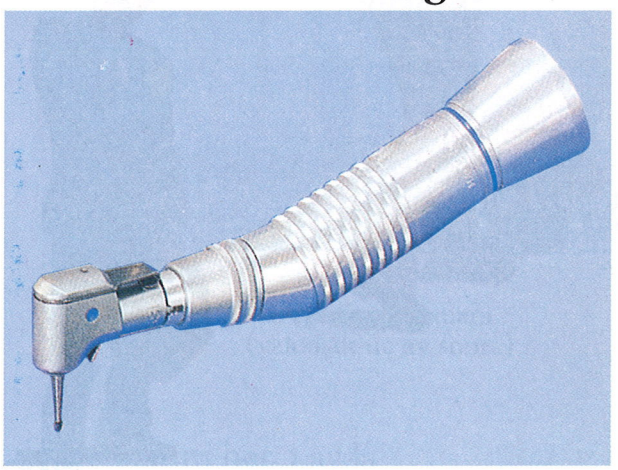
Kampanya kapsamındaki KaVo el aletleri:

KaVo 625D Türbin (Aerotör)



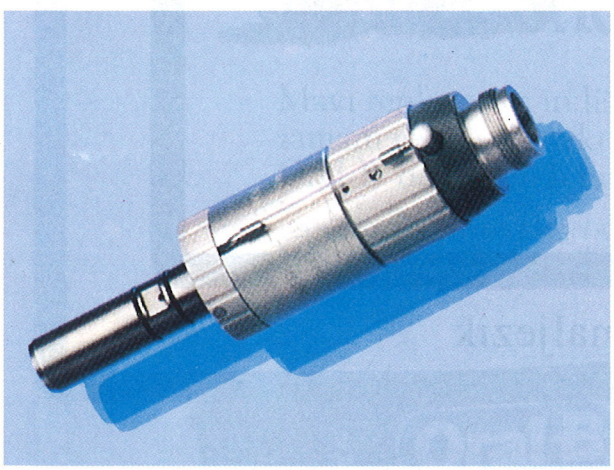
PEŞİNAT	TAKSİT SAYISI	AYLIK ÖDEME	TOPLAM
—	6	770.000.-TL	4.620.000.TL

KaVo Mikromotor Angldurvası



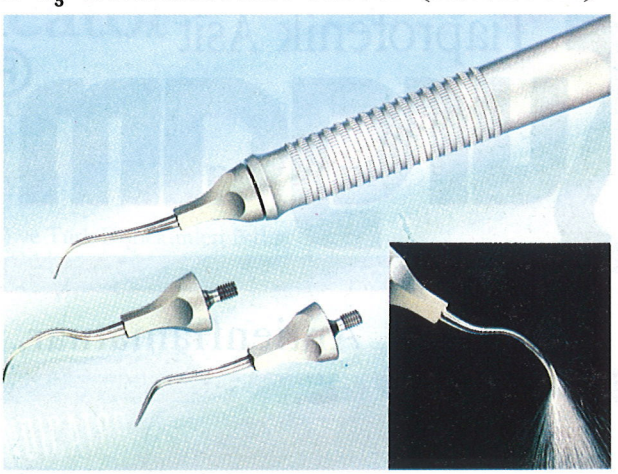
PEŞİNAT	TAKSİT SAYISI	AYLIK ÖDEME	TOPLAM
—	6	685.000.-TL	4.110.000.-TL

KaVo 181D veya 181M Havalı Mikromotor



PEŞİNAT	TAKSİT SAYISI	AYLIK ÖDEME	TOPLAM
—	6	1.140.000.-TL	6.840.000.-TL

KaVo Sonicflex 2000 Diş Temizleme Aleti (Kavitron)



PEŞİNAT	TAKSİT SAYISI	AYLIK ÖDEME	TOPLAM
—	6	2.330.000.-TL	13.980.000.-TL

Kampanyamız 30 Eylül 1993 tarihine kadar geçerlidir.

Fiyatlara KDV dahil değildir.

Güçlü Analjezik, Antienflamatuar Etkinlik



Tiaprofenik Asit

Surgam®

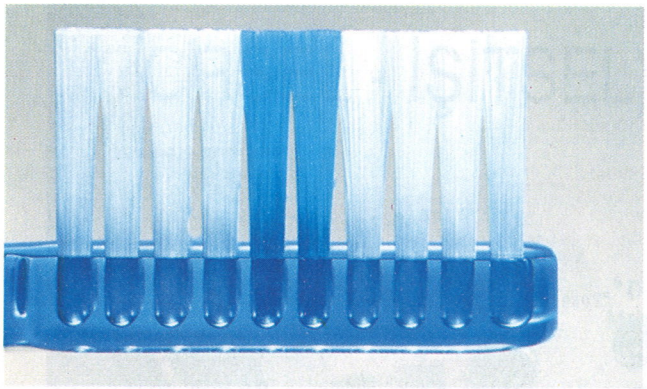
Antienflamatuar, Analjezik

ÜRÜN BİLGİSİ

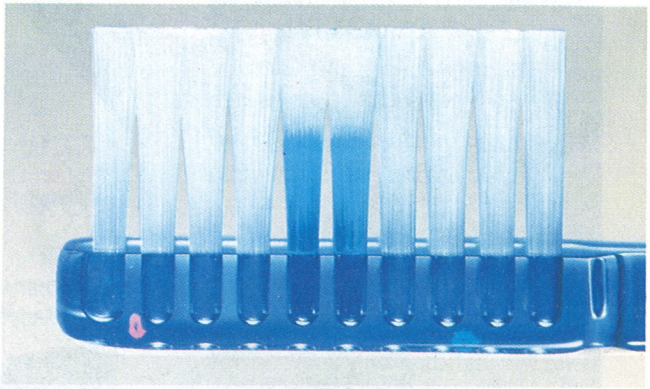
Bileşimi: her tablette 300 mg tiaprofenik asit **Endikasyonları:** post-travmatik ve post-operatif ağrı ve enflamasyon, burkulma ve incinme; romatoid artrit; osteoartrit; fibrozit, kapsülit, epikondilit vb. kas-iskelet sistemi hastalıkları; diğer yumuşak doku hasarları **Kontrendikasyonları:** aktif peptik ülser; aşırı duyarlılık **Yan etkileri:** gastrointestinal yakınmalar; deride kızarıklık **Uyarılar:** ağır karaciğer ve böbrek yetmezliği, astma, diğer NSAI'lere duyarlılık, konjestif kalp yetmezliği öyküsü olanlarda dikkatle kullanılmalıdır. Yüksek oranda proteine bağlanan dorglorla (Örn: antikoagulanlar, sulfanomidler, hipoglisemikler) birlikte kullanımında doz ayarlaması gerekebilir. **Pozoloji:** günde iki kez birer tablet **Ticari şekli-Fiyatı:** 20 tabletlik kutu 67.500 TL (Onay t: 4.93) Reçete ile satılır. Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. Türk Hoechst San. ve Tic. A.Ş. Davutpaşa Cad. No. 145 34020 Topkapı- İstanbul.

ROUSSEL Hoechst

İşte hastalarınıza önerinizi hatırlatan bir diş fırçası!



Yeni



Değiştirme zamanı
(yaklaşık üç ay sonra)

Dişhekimleri hastalarına diş fırçalarını her 3 ayda bir değiştirmelerini önerirler[1].
Ancak çoğu hasta bunu unutur.
Oral-B, önerileriniz doğrultusunda, hastalara değiştirme zamanını hatırlatan mükemmel bir diş fırçası geliştirdi. Kullandıkça mavi* kılları solan:

Oral-B Indicator

Mavi renk yarıya indiğinde, fırçanın değişme zamanı gelmiş demektir.
Oral-B' den sağlıklı bir uyarı.

1 Amerika Dişhekimleri Birliği (ADA) ve Türk Dişhekimleri Birliği önerisi.
* Amerika Gıda ve İlaç Birliği (USA FDA) tarafından onaylanmış gıda boyası.



ADA PROFESSIONALLY RECOGNIZED American Dental Association

Oral-B

Koruyucu Dişhekimliğinde Yardımcınız

Türk Dişhekimleri Birliği, diş fırçalarının her 3 ayda bir değiştirilmelerini önermektedir

İTHAL ÇOK UCUZ FİYATLARLA VE EN AZ 1 YIL GARANTİ



➨ **ULTRASONİK DETARTARAJ CİHAZI**	**600 $**
➨ **IŞINLI DOLGU CİHAZLARI**	**400 $**
➨ **LABORATUVAR MİKRO MOTORU**	**450 $**
(AYRI AYRI VEYA BİRLİKTE)	

AYRICA

➨ **KOMPLE ÜNİT-FOTÖY-KOMPRESÖR**	**5000 $**
➨ **8mA RÖNTGEN**	**1100 $**
➨ **STERİLİZATÖRLER**	**275 $**
➨ **PNÖMATİK 3'LU SETLER**	**265 $**
➨ **AMALGAMATÖR**	**300 $**
➨ **KARBONAT PULVERİZE EDEN DİŞ TEMİZLEME CİHAZLARI**	**90 $**
➨ **SOĞUK IŞIKLI REFLEKTÖR SİSTEMLERİ**	**(150 $'DAN İTİBAREN)**
➨ **3 FONKSİYONLU HAVA-SU ŞIRINGALARI**	**40 $**

Mümessili ve İthalatçısı: **Dt. Atilla Oğul** Harbiye Selbaşı Sok. No: 20 İstanbul
Tel: (1) 240 22 39 Fax: (1) 241 39 16

MESLEK SONRASI EĞİTİMDE AUDİO-VİSUEL (GÖRSEL - İŞİTSEL) YÖNTEM

Dt. Selahattin TURAL
Manisa Dişhekimleri Odası

T.D.B. tarafından hazırlanan ve başbakanlıkta onay bekleyen dişhekimliğinde "Meslek Sonrası Eğitim Yönetmeliği"nde yüzyüze eğitimden sonra gelen bu eğitimde önemli bir yer tutan görsel-işitsel araçlarla eğitimde en önemli sorun bu konuda bir arşiv oluşturmak, birikim yaratmaktır.

Bu birikim nasıl oluşturulabilir? Bu konuda çeşitli yöntemler uygulanabilir. Daha önce diğer ülkelerde üretilen bu tür eğitim amaçlı kasetler veya filmler birlik tarafından satın alınabilir. Türkçe dublaj yapılabilir.

Bu tür eğitim amaçlı kasetler veya filmler Türkiye'de de dişhekimi meslektaşlar tarafından yapılması özendirilebilir. Bu yarışma şeklindeki film ve video festivali ile yapılabilir. Nitekim Fransız Dişhekimleri Birliği'nin 3 yılda bir uluslararası bir kongre içinde yeralan uluslararası film ve video festivali var. Dişhekimlerinin yapımcılığını üstlendiği, temel tıp ve klinik dişhekimliği bilimlerinin seçilmiş herhangi bir konusunda 20 dakika süreyi geçmeyen U-Matik kamera ile çekilmiş filmler, önce bir ön jürinin elemesine giriyor. Şartlara uygun eğitim amaçlı film veya video filmleri 6 ay sonra bir başka bilim jürisi önünde ikinci bir eleme ile ilk 12 film veya video kaset belirleniyor. Bu 12 film içinde ilk üçe girenlere hem altın, gümüş, bronz, taç veriliyor, hem de telif hakları Fransız Dişhekimleri Birliği'nin bu festivali ile ilgili daimi sekreterliğinin SİEMATİK'i tarafından satın alınıyor. İlk 12'ye giren film veya video filmleri kongrede tartışılıyor. Diğer filmlerde bu 4 günlük festival süresi içinde sinema ve televizyonda sürekli gösteriliyor. İsteyenler, istedikleri film veya video filmlerin telif haklarını satın alıp, eğitim amaçlı kullanıyor. XII.si 21-24 Kasım 1991'de yapılan bu festival her üç yılda bir kültür anlaşması (Fransa ile) olan her ülke dişhekimine açık olarak yapılıyor.

Bu ayrıntıların anlatılmasının nedeni; eğitim amaçlı görsel - işitsel araçlarla yapılan fakülte veya meslek sonrası eğitimde, eğitim aracı ve malzemesi hazırlanmasında örnek bir yöntem olduğundandır. Fakülte içi eğitimde de kullanılabilir diyoruz. Şöyle ki, dişhekimliği fakültelerinde kendi imkanları ile bu tür filmler çekebilirler. Öğrencilere ve dişhekimlerine belirli bir ücret karşılığı sunulabilir. Konuların pratikliği özellikle hasta üzerinde uygulanabilirliği ölçüsünde dişhekimlerinin yoğun talebi olacağı kanısındayım. Bu da filmlerin veya video kasetlerin maliyet sorununu fakültelere ek bir yük getirmeden çözebilir.

Bunun dışındaki kaynakların siz değerli dişhekimi meslektaşlarımızın, TDB ve meslek odalarının, dişhekimliği fakültelerimizin çabaları ile bulunabileceği kanısındayım.

LOKAL ANESTEZİDE BAŞARISIZLIK NEDENLERİ (1)

Çev: **Eşref GİRGİN**
Aydın - Muğla Dişhekimleri Odası

ÖZET

Amerika'da Dişhekimleri yılda 4.000.000 kadar infiltrasyon ve blok anestezisi uygulamaktadır. Başarısızlık oranı % 5 ile % 15 arasındadır. Bu makale beş farklı başarısızlık kategorisini anlatmakta ve başarısızlıkların önüne geçmek için gerekli yöntemleri açıklamaktadır.

Ağrı ve ağrının kontrolü dişhekimliğinde değişmez bir faktördür. Dental işlemlerin birçoğunda lokal aneztezi ile ağrı kontrolüne gerek duyulur. Dikkatli ve özenli uygulanan lokal aneztezi ağrısız ve rahat bir tedavi sağlamakla kalmaz, dişhekimine karşı hastanın güvenini de artırır.

Enjeksiyon teknikleri kemik yapısı ve sinir trajelerinin istatistiksel orantılarına, anatomik şekillere bağlı olarak değişir. Teknikler, injeksiyon alanının fizyolojik ve biokimyasal olarak sağlıklı olduğu, normal yapıdaki hastalar göz önüne alınarak düzenlenmiştir.

Her hasta normal, idel yapıda değildir. Her dişhekimi yeterli derinlikte lokal veya rejional aneztezi elde edilemeyen hastalar ile karşılaşır. Özellikle enfekte dişlerde ve mandibuler blok anestezisinde bu olay ile çok karşılaşılır.

Amerikan Dişhekimleri tarafından yılda yaklaşık 4.000.000 blok ve infiltrasyon aneztezisi uygulanmaktadır. Enjeksiyonların yaklaşık yarısı mandibuler aneztezi için N.alveolaris inferior enjeksiyonudur. N.alveolaris inferior anestezisinde başarısızlık oranı yüzde 5 ile 15 arasındadır(1). (100.000 - 300.000 enjeksiyon)

Şişman, dişsiz, geniş ve lateral yönde fazla açılmış mandibulaya sahip hastalarda n.alveolaris inferior anestezisi problemlidir. Bunun yanında aşırı asabi hastalar her çeşit uyarıyı ağrı olarak algılarlar.

Bu makalede, lokal anestezi hastalarının çeşitli nedenleri ele alınmakta ve problemleri çözümlemek için teknik ve düşünceler açıklanmaktadır.

İnfiltrasyon Tekniği:

Lokal infiltrasyona genellikle maksiller dişler ve yumuşak doku operasyonları için gerek duyulur. Uzun bir iğne anestezisi yapılacak dişin apeksi hizasına yerleştirilir. Solusyon enjeksiyon alanından kompakt kemik ve periodonsiyum boyunca; periodonsiyum, pulpa ve çene kemiğini inerve eden sinirlere yayılmak üzere yayılacaktır.

Mandibulada, dişlerin etrafındaki kemik yoğunluğu nedeniyle infiltrasyon tekniği kullanılarak anestezi sağlanamaz. Mandibuler dişlere dağılan sinir dalı bloke edilmelidir. Bazı hekimler, özel bir iğne ve şırınga ile yapılan periodontal ligament infiltrasyon tekniğini kullanarak dişleri tek tek uyuşturmaktadırlar. Bu teknikten, bazı hekimlere göre çok kullanışlı olmasına rağmen - çok fazla lakol yan etki gösterdiği için- bu makalede bahsedilmeyecektir.

İnferior Alveoler Blok Tekniği:

Mandibuler anestezi için hastanın ağzı çok açtırılmalıdır. Sol başparmak ile ramusun ön sınırındaki büyük konkav bölgenin en derin yeri tesbit edildikten sonra, işaret parmağı kulağın aşağı kısmına, ramusun arkasına yerleştirilir. (Kondil başı ile gonial açı arası) Normalde mandibuler foramen bu iki noktadan çizilen bir horizontal hattın ortasında bulunur. Anestezi yapılacak bölgenin karşısında, premolar bölgesinden yönlendirilen enjektör iğnesi başparmak hizasından dokuya batırılır.

Yetişkinlerde enjeksiyon noktası mandibuler molarların okluzal yüzeyinin yaklaşık 1 cm. üzerinde yer alır(2). İğne giriş noktası, superior konstriktör ve buksinatör kas liflerinin birleşik hattında, pterigomandibuler rafe'nin hemen yanından olmalıdır.

İlk giriş pterigomandibuler rafenin yanından yapıldıktan sonra, internal oblik çıkıntının hemen arkasındaki noktada kemik teması hissedilmelidir. Kemik temasından sonra, iğne hafifçe çekilip mesiale doğru yeniden yönlendirilir. Ramusun mesial kenarı boyunca ar-

(1) *MIRANDA K.S. WONG - D.D.S.*
PETER L. JACOBSEN - D.D.S., PH. D.
University of the Pacific School of Dentistry

kaya doğru ilerletilir. Bu esnada ramus ile temas kesinlikle kaybedilmemelidir. Enjektör horizontal pozisyonda tutulmalıdır.

Yetişkinlerde iğnenin ortalama giriş uzunluğu 2.5 cm.dir. Anestezik çözelti dikkatli bir şekilde aspire edilmeli ve yavaşça boşaltılmalıdır. İğne mandibuler foramenden çıkartıldıktan sonra dile doğru 1 cm. mesiale çekilerek lingual sinir de bloke edilebilir. Enjektörde kalan 0.3 ml. kadar solusyon bu bölgeye zerk edilir.

Başarısızlık Nedeni Olan Anatomik Farklılıklar:

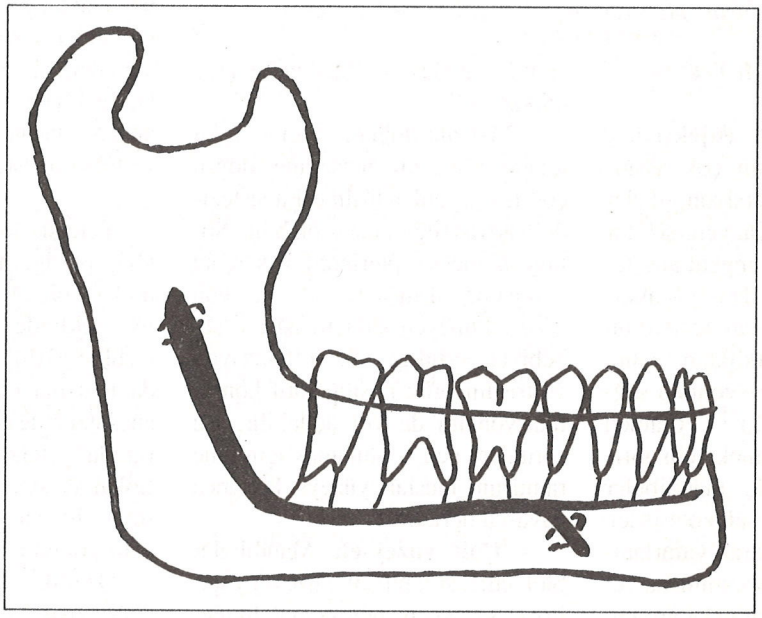
Anatomik farklılıklar genellikle çok yoğun kemik yapısı nedeniyle başarısızlıklara neden olurlar. İnferior alveoler blok aneztezisinde başarısız veya tam olmayan anestezi nedeni de anatomik farklılıklardır.

Anatomik farklılıklar şu şekilde sıralanabilir:

- Geniş, yana doğru açılan bir mandibula,
- Ön - arka yönde geniş bir ramus mandibularis,
- Superior - inferior yönde uzun bir ramus mandibularis,
- Geniş kaslar veya aşırı yağlı dokular,
- Dişsiz veya genç hastalar,
- Bu farklılıkların her türlü kombinasyonu.

Anatomik farklılıklardan doğan sorunlar çözemlenebilir. Kemiğin anatomik sınırları değişmediği için anestezide yararlanılan belirli anatomik noktalardaki değişiklikler sorun yaratmaz. İğne ve şırıngayı yönlendirmek için kemikteki anatomik noktaların palpasyonu ve yumuşak dokuların gözle kontrolü ile ramusun anterior-posterior yönde uzunluğu, kondilden gonona superior-inferior yönde yüksekliği, dışa doğru açılımı ve mandibuler foramenin superior-inferior yönde lokalizasyonu ortaya çıkartılabilir. Bu verilerin yardımı ile foramen mandibulanın yerini tesbit etmek güç olmayacaktır. Başarısızlık durumunda çoğu kez enjeksiyonun daha yüksek ve daha derine yapılması gerekir.

Mandibuler sert ve yumuşak dokular bir sinir pleksusu tarafından inerve edilirler[3]. Bu plekus inferior alveoler sinirin blokajına rağmen farklı bölgelerden gelen yan dalların bağlantıları ile hassasiyete neden olabilir. Mandibuler dişlerin tam bir anestezisi için pleksusdaki diğer sinirlerin de bloke edilmesi gerekir.



Şekil: 1 Mandibuler dişleri inerve eden sinirlerin basit görünümü.

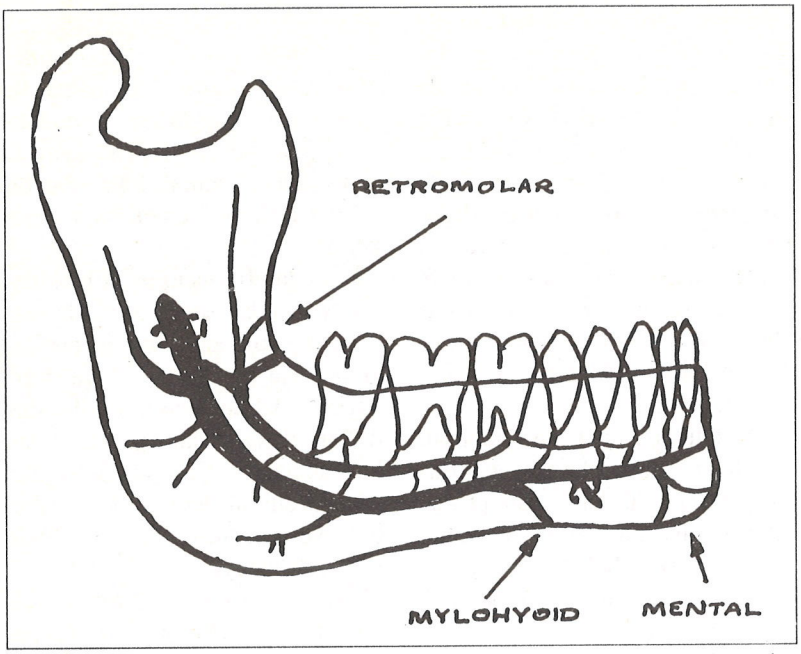
Fleksusdaki ana sinir inferior dental sinirdir. Fakat lingual, buccal ve mylohyoid sinirlerde sık sık inferior dental sinir ile birlikte dişlerin inervasyonunu sağlarlar.

Bu dişlerde restoratif tedavi için inferior alveoler anestezi tek başına yeterli değildir. Tam bir anestezi için inferior alveoler enjeksiyonla birlikte lingual ve bukkal enjeksiyonda yapımalıdır. Mandibuler sinirin yan dallar ile anastomoz yapabilen kompleks anatomisi nedeniyle, hassasiyete neden olan lokalize bölgelere bir miktar infiltratif enjeksiyon gerekebilir.

Tek taraflı mandibuler blok enjeksiyonundan sonra özellikle orta çizgiye yakın, tam olmayan anestezi servikal pleksusun m. transversus colli dalının kesiciler bölgesine doğru dallanmalar yapmasından kaynaklanır[4]. Çok az bir anestezik çözeltinin hassas dişe yakın bölgeye infiltrasyonu genellikle sorunu çözmeye yetecektir.

Zaman zaman, panaromik radyografide çatallanmış bir nervus mandibularis ve inferior yönde konumlanmış ikinci bir mandibuler foramen görülebilir. Bu ikinci dal geleneksel mandibuler blok ve yardımcı enjeksiyon teknikleri ile uyuşturulamayabilir. 3612 hastanın panaromik röntgen incelemelerinde[4] % 0.9 hastada (33 kişi) mandibuler kanalda bifurkasyona rastlanmıştır[5].

Çatallanmış kanal ve büyük olasılıkla inferior yönde konumlanmış ikinci bir foramen tesbit edildiğinde, total anestezi için rutin teknikler başarılı olmuyorsa, anestezik solusyonun deposu için farklı bir bölge düşünülmelidir. Bu tip vakalarda, anestezik solusyon normal anatomik noktalardan aşağıda depolanması daha iyi bir anestezi sağlayabilir. Başarı elde edilirse, anatomik farklılık, gelecekte yapılacak operasyonlarda hatırlanmak üzere hasta kartına not edilmelidir.



Şekil 2: Kemik içi mandibuler pleksusunun şekli. En fazla rastlanan anastomazlar işaretlenmiştir.

Enjeksiyona Bağlı Teknik Hatalar:

- Çok aşağıdan enjeksiyon: Lingula mandibulanın çok aşağısından yapılan enjeksiyon, dişler ve kemik yapılarında yetersiz bir anestezi ile birlikte, lingual anestezi oluşumuna da neden olacaktır. Bu olay n. lingualis'in iç dalının n.alveolarisden ayrıldıktan sonra dağılarak dilin inervasyonunu sağlaması ile açıklanabilir[1]. Foramen mandibulayı bulabilmek için giriş düzleminin tesbitinde, mandibuler dişler ve prosessus alveolarisden ferefans noktaları olarak yararlanılabilir. Enjektör gövdesinin bu referans noktalarına paralel tutulması, iğnenin doğru bir şekilde yönlendirilmesine yardım edecektir.

- Çok derin (Posterior yönde): Mandibuler blok enjeksiyonu çok derin yapılırsa solusyon parotis içine depo edilebilir. Bu durumda mandibuler anestezi elde edilemez, n.facialisde uyuşma ve paralizi görülür. Paralizi geçicidir, anestezik solusyonun emilimi ile beraber kaybolur[4]. Bu kolplikasyona yol açmamak için enjektör, anestezi yapılacak sahanın karşısında, kanin bölgesinde tutulur ve kemik temasını kaybetmemeye dikkat edilir.

- Mesiale doğru: İğnenin doku içinde ramusun mesialine doğru çok fazla yönlendirilmesi anestezide başarısızlığa neden olabilir. Solusyon mesial pterigoid kas içine depolanır. Enjeksiyon, sırasında arzu edilmeyen şiddetli ağrıya sebebiyet verildiği gibi, inflamasyon ve trismus gibi postoperatif komplikasyonlara da yol açılabilir. Bu sorunlara neden olmamak için iğne ramusun mesial yüzeyi boyunca yavaşça ilerletilir.

- Çok yüzeysel: Mandibuler blok enjeksiyonu çok yüzeyel yapılırsa, solusyon pterigomandibuler bölgede depolanacaktır. Sulcus mandibularisden çok uzak olan bu enjeksiyon sonucunda anestezi ya yetersiz olacak ya da hiç görülmeyecektir[4]. Bu problemi önlemek için iğne yeterli derinliğe sokulmalı ve kemik teması kaybedilmemelidir.

- Çok yüksek: Enjeksiyon çok yükseğe yapılırsa solusyon sigmoid çıkıntı içine veya kondil boynunun karşısına depolanacak ve anestezi elde edilmeyecektir. Maksilla ve mandibulada dişler veya dişsiz hastalarda alveol kretleri arasında oluşan açının, göz kararı ve iğne enjektör yardımıyla iki parçaya bölenmesi, mukozaya giriş için yeterli yüksekliğin tesbitine yardım eder.

- Damar içi enjeksiyon: Solüsyonun tümü veya bir kısmı damar içine verilirse anestezi elde edilemez ya da çok az bir etki görülür. İnferior alveoler enjeksiyonda % 2.6 ile % 30 arasında pozitif aspirasyon bildirilmiştir[6]. Aspire edilen kan, direkt damardan veya travmaya uğramış yırtılmış damardan dokulara kanamadan gelebilir[7].

İğnenin girişi sırasında inferior alveoler damara, n.alveolaris inferiora yakınlığı nedeniyle çok kolay irilebilir veya rüptüre yol açılabilir. Damarlar, özellikle bir arter, travmaya uğrar veya delinirse kan hematom şeklinde doku içine yayılabilir. Hematom yüzde şişliğe neden olacak şekilde infraorbital ve tuber anestezisinde de görülebilir[7].

Yetersiz inferior alveoler anestezi, pterigomandibuler ve retromolar bölgede palpe edilebilir şişlik şeklinde, bir hematom ile birlikte görülür. Hastanın dudağında uyuşma olduğu halde tam bir anestezi elde edilememiştir. Bu durumda, yetersiz anestezinin sebebi, Lokal anestezik solusyonun kan ile seyreltilmesi nedeniyle anestezik solusyonun inaktive edilmesidir[7].

Özellikle mandibuler blok anestezisinde, nervus alveolaris inferiora çok yakın seyreden arteria alveolaris inferior nedeniyle enjeksiyon sırasında yapılacak aspirasyon hematom oluşumunu azaltabilir. Hematom oluşmuş ise, Traeger[7] yeterli bir anestezinin % 4 Prilocain (Citanest) ile Gow-Gates blok tekniği kullanılarak elde edilebileceğini bildirmiştir.

Aşırı Kaygılı Hastalar:

Aşırı kaygılı hastalar, dişhekimleri için en çok sorun yaratan hastalardır. Kaygı ve korku, tam bir aneztezi elde edilse bile, hasta-

nın acıdan yakınmasına neden olabilir. Weinstein ve arkadaşları[8] geçmişte lokal anestezi ile ilgili problemlerle karşılaşmış, tam bir anestezi elde edilememiş hastalar üzerindeki çalışmalarında, birçok konuda benzerlikler bulmuşlardır. Bu hastaların çoğu, kendilerinde tam bir anestezi elde edilemeyeceği düşüncesindedirler.

Aşırı kaygılı ve geçmişte anestezi ile ilgili problemleri olduğu önceden tesbit edilen hastalarda, daha fazla anestezik solusyon, daha geniş bir anestezi alanı ve dikkatli bir enjeksiyon tekniği şeklinde, özel bir tedavi planı uygulanır.

Bu hastalara streslerini azaltacak şekilde yaklaşılmalıdır. Hekim hastasına amacının iyi bir anestezi elde etmek ve onunla sakin ve güvenli bir diyalog kurmak olduğunu anlatmalıdır. Hasta, uygulanacak yöntemin gelişimi hakkında bilgilendirilmelidir.

Dover[4], lokal anesteziden sağlanan analjeziden daha etkili genel analjezi şekillerinin - preoperatif sedasyon, N2O - Oksijen inhalasyon analjezisi, hipnoz veya audio analjezi- kullanılabileceğini bildirmiştir. Bu yöntemlerin her biri hastanın anesteziye karşı olan korku ve önyargılarını yenmesine yardım edecektir. Lokal anesteziye direnen hastaların güvenini kazanmak ve gösterilecek biraz daha fazla özen çoğu zaman yeterli olacaktır.

Enflamasyon ve Enfeksiyon:

Enfekte dokularda yapılan başarısı[3] infiltratif anestezilerde anestezik çözelti genellikle, dokuların çözelti ile ilişkisini kesen asidik doku sıvısına verilir[9]. Bazı bilim adamları enflamasyonun periferik duyu sinirlerinin aktivitesini azalttığını düşünmektedirler[3]. Enflamasyon, duyu reseptörlerinin eşiğini azaltan kimyasal maddelerin yardımıyla aşırı hassas bir bölge oluşturur. Enflamasyon hassasiyete neden olduğu zaman, dışarıdan gelecek bir uyarı hassasiyetin daha da artmasına yol açacaktır. Hassasiyet artışı verilen anestezik çözeltinin miktarının artırılması ile önlenemez. Bu problem, sinirlerin aksiyon potansiyellerini azaltmak için anestezik çözeltinin konsantrasyonunun (Hacminin artırılmasına gerek yoktur) artırılması ile çözümlenebilir.

Etkisiz Anestezik Çözeltiler:

Yaptığınız anestezinin başarısızlığında, anlatılan sebeplerin hiçbirinin etkisi olmadığını düşünüyorsanız etkisiz veya saf olmayan bir çözelti kullanıp kullanmadığınızı kontrol etmelisiniz. Solusyonlar çok ender olarak, depolama sürecinde etkisini kaybetmiş olabilir. Anestezik solusyonlar ile ilgili sorunlarla karşılaşmak istemiyorsanız, solusyonları uygun bir şekilde saklayın, kalite kontrolünden emin olmadığınız markaları ve son kullanma tarihi geçen anestezikleri kullanmayınız. Herhangi bir şüphe durumunda solusyonları imha edin ya da kullanılmayanları kontrol için laboratuara gönderiniz.

Özet:

Yeterli bir rejional anestezi elde edilememesinin nedenleri:

- Anatomik farklılıklar,
- Teknik hatalar,
- Aşırı hassa hastalar,
- Enflamasyon ve enfeksiyon,
- Bozuk, etkisiz solusyonlar,

olabilir.

İyi bir lokal anestezi elde edebilmek için:

- Anestezik solusyon sinire mümkün olduğunda yakın depolanmalıdır.
- İğnenin uygun yerleşimi (solusyonun) bölgenin anatomisine bağlı olduğu için, iğneyi girmeden önce palpasyon ile kemikte anatomik noktalar tesbit edilmeli ve yumuşak doku trajeleri de gözönüne alınarak ilerlenmelidir.
- İğne yerleştirildikten sonra, kan damarlarına enjeksiyonu önlemek için dikkatli bir şekilde aspire edilmelidir.
- Uygun bir şekilde depolanmış solusyonlar kullanılmalı ve son kullanma tarihinin geçip geçmediği kontrol edilmelidir.

Çok sinirli hastalara yaklaşmak için:

- Bu tip hastalara sakin ve güven verici bir şekilde yaklaşılmalı,
- Her safhada yapılmak istenen işlem hakkında hastaya bilgi verilmeli,
- Hastanın stres ve endişelerini olabildiğince çabuk azaltmak için, preoperatif sedasyon, inhalasyon analjezisi, hipnoz veya audio analjezi, yardımcı yöntemler olarak düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. *Milles M. The missed inferior alveolar block: a new look at an old problem. Anesth Prog 1984; 31: 87-90*
2. *Evers H, Haglud J. Local anaesthesia in dentistry. İllustrated handbook on dental local anaesthesia. Astra Lakemedel. 1990.*
3. *Rood JP. Some anatomical and physiological causes of failure to achieve mandibular analgesia. Br. J. Oral Surg. 19977-78; 15:75-82*
4. *Dover WR. The mandibular block injection,why it sometimes fails. Oral Health 1971; 61:12-14*
5. *Grover PS. Lorton L. Bifid mandibular nerve as a possible cause of inadequate anaesthesia in the mandible. J. Oral Maxillofac. Surg. 1983; 41:177-9*
6. *Alling CC, Christopher C.A status report on dental anaesthetic needles and syringes. JADA 1974; 89 (5): 1171-6*
7. *Traeger KA. Hematoma following inferior alveolar injection: a possible cause for anaethetic failure Anesth Prog 1979; 26: 122-3*
8. *Fiset L, Kaufman E, Milgrom P, Ramsay D, Weinstein P. Patient perceptions of failure to achieve optimal local anaesthesia. Gen Dent 1985; 33: 218-20*
9. *De Jong RH, Cullen SC. Buffer-demand and pH of local anaesthetic solutions containing epinephrine. Anaethesiology 1963; 24: 801*

AĞIZ CERRAHİSİ VE ENFEKTİF ENDOKARDİTİS

Dr. Dt. Funda TUĞCU *

ÖZET

Enfektif endokarditis endokardiumun bir enfeksiyonudur. Akut ve subakut olarak sınıflandırılır. Bakteri türlerinin hemen hepsi hastalığın etyolojisinde rol oynamaktadır. Ancak en sık rastlanan patojen S.viridanstır. Dişhekimliği hastalığın gelişimi için tanımlanan en büyük risktir.

Bakteriyal endokarditisden korunmak amacıyla ağız kavitesindeki uygulamalardan önce uygun antibiyotik profilaksisi tavsiye edilmektedir. Dişhekimlerine bu konuda çok önemli görev düşmektedir.

***Anahtar Kelime:** Enfektif endokarditis, antibiyotik profilaksisi, bakteriyemi, dental uygulamalar.*

ABSTRACT

Infective endocarditis in an infection on the endocardium. It may be classified into acute and subacute disease. Almost any species of bakteria takes part in the etiology of the disease, but the most responsible one is streptococcus viridans. Dental practice is most impartant factor in the development of infective endokarditis.

Administration of proper antibiotic prophylaxis before dental managements is advisable to avoid bacterial endocarditis and dentists takes an extremely important role in this duty.

Enfektif (bakteriyal) endokarditis kalbin endotelyal tabakasının mikrobiyal enfeksiyonu ile karekterize bir hastalıktır[18,23]. Enfektif endokarditisin karekteristik lezyonu endotelyal yüzey üzerinde değişik miktarlarda fibrin veya fibrinoid ile trombositlerin birikiminin olduğu yer vejetasyondur[1,7,18]. Bu vejetasyonlar nonbakteriyal trombotik endokarditisdeki gibi steril kalabilir veya enjektif endokarditisdeki gibi kontamine olabilir[23].

Steril vejetatif lezyonlar değişik klinik durumlarda endokardium üzerinde oluşur. Başlangıçta enfeksiyonlar, allerji, stres, yüksek ateş ve hormonal değişikliklerden dolayı bir valvular değişiklik veya distorsiyon söz konusudur[1]. Valvular değişiklikler endotelyum bölgesinde bir farklılaşmaya neden olur. Bu da trombosit birikimi ile neticelenir. Sonuçta kollegen lifleri içeren subendotelyal bağ dokusu açağa çıkar. Trombosit birikimi zarar vermeden embolize olabilir veya daha büyük nonmakteriyal trombotik endokarditis birikimleri oluşturmak üzere stabilize kalabilir[23]. Trombosit birikimine olan bu eğilim, harap olmuş veya açığa çıkmış endotelyum bölgeleriyle sınırlı kalmayarak trombositlerin protetik aygıtlar gibi diğer yabancı yüzeylere hızla tutunmasına neden olur. Nonbakteriyal trombotik endokarditis enfeksiyonu oluştuğunda bakteri ve diğer trombositlerin birikimini stimüle eder ve trombosit-fibrin vejetasyonları bakteriler için bir sığınak oluşturur. Bu durumda fagositler tarafından mekanik obstrüksiyon ortadan kaldırılır ya da bakteri hem antibiyotiklerden hem de konak antikorlarından izole kalabalir[18,23]. Nonbakteriyal endokarditis vejetasyonlarının bir kısmı veya tümü uzak bölgelere taşındığında embolize olabilir. Embolizasyon görülmezse nonbakteriyal trombotik endokarditis çoğunlukla asemptomatiktir [1]. Bakteriyemi olduğu zaman vegetasyon yüzeyleri sekonder olarak efekte olabilir ve enfektif endokarditisin tipik vejetasyonlarına dönüşür[23].

Dolaşımdaki miroorganizmalar zarara uğramış endotelyum ve protetik yüzey gibi endokardial yüzeye tutundukları zaman enfektif endokarditis gelişir. Enfekte, büyümekte olan enfektif endokarditis vejetasyonları kalp kapakçıklarının perforasyonu, chorda tendineae'nin yıkılması, kan akımının engellenmesine bağlı olarak fonksiyonel stenosis, protetik kapak kaybı veya apse olumuşu ile progresif kalp harabiyetlerine sebep olur[23].

Enfektif endokarditis akut ve subakut olarak sınıflandırılır. Akut bakteriyal endokarditis daha hızlı gelişir ve stafilokok aureus gibi virulan organizmaları içerir. Subakut bakteriyal endokarditis daha uzun sürelidir ve genellikle streptokokus viridans gibi daha az virulans organizmaları içerir[18,23]. Son yıllarda araştırmacı hastalığı (stafilokok aureus endokorditisi gibi) etken mikroorganizmaya göre sınıflandırılmaktadırlar[23].

Endokarditisli hastaların klinik semptomları; sistemik enfeksiyon varlığı, ateş, son günlerde kilo kaybı ve anemi şeklindedir. Daha ileri devrede vasküler anomaliler,

(*) *A.Ü. Diş. Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi*

peteşiye neden olabilen embolik fenomen, splinter hemoraji Osler's nodülü, Janeway lezyonu, retinal arterlerin sekonder blokajı ile körlük, değişen üfürümler, felç ve iskemi ortaya çıkar[1,23]. Kalp yetmezliği infektif endokarditisin en önemli komplikasyonudur. Subakut bakteriyal endokarditisli hastaların % 12-35'inde akut bakteriyal endokarditisli hastaların % 50-60'ında embolizasyon beyin, akciğer, koroner arter, dalak ve ekstremiteleri ektiler[18].

Antibiyotik kullanımından önce enfektif endokarditis için ölüm oranı yaklaşık % 100 iken, son yıllarda bu oran % 10-67 arasında değişmektedir[9,10,25].

Enfektif endokarditisin insidansı bilinmemektedir[12,18]. Bu konuda yapılan çalışmalar hastalığın görülme oranının nadir olduğunu göstermektedir[10,25,35]. Bakteriyal endokarditis erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir [22,25,35] ve her iki seks için yaş ortalaması 50'dir.

Hemen hemen bakterilerin tüm tipi enfektif endokarditis oluşabilmektedir[10,15,18,23]. Gram pozitif koklar özellikle hemolitik streptokok ve stafilokok endokarditiste en fazla izole edilen patojenlerdir[17].

Streptotoklar enfektif endokarditis vakalarının % 22-75'inde etken mikroorganizmalardır [2,9,10,25,35]. S. viridans streptokal endokarditis vakalarının yaklaşık % 50'sinde, S. bovis, % 25'inde enterokoklar yaklaşık % 10'unda diğer streptokoklar daha az oranda izole edilir[22,23,25]. Enfektif endokarditis vaklarında streptokokların daha fazla oranda görülmesi zarar görmüş kalp kapakçıkları üzerinde trombosit birikimlerine tutunma yetenekleri dolayısıyladır[15].

Bakteriyal endokarditis hastalarında stafilokoklar % 14-50 oranında bildirilmiştir[9,10,25,35]. Bu gruptan S.aureus normal veya daha önceden zarar görmüş kalp kapaklarını tutabilir ve hızlı destrüksiyona neden olur. Klinik seyir oldukça hızlıdır. Birkaç gün, birkaç hafta içinde bakteriyeminin etkisi ile kalp yetmezliğinden ölüm olmaktadır[23].

Onokoklar, pnömokok, salmonella, bakterioides, listeria, candida, aspergillus, spiroketler, riketsialar infektif endokarditis'de daha nadir izole edilen mikroorganizmalardır[18,23].

Ağız kavitesinde uygulanan birçok cerrahi işlem geçici bir bakteriyemiye sebep olmaktadır. Dental ve tıb literatüründe ağız kavitesindeki uygulamalarda bakteriyeminin sıklığı ve önemi konusunda değişik veriler rapor edilmektedir[19,24]. Cerrahi uygulamanın tipi, kan örneğinin zamanı, mikroorganizma izolasyonunda kullanılan metodların ve laboratuvar işlemlerinin farklılığı çalışma sonuçlarını etkilemektedir[15]. Farklı cerrahi işlemlerin farklı tipte bakteriyemiye neden olmalarında, lokal defans mekanizması ve cerrahi sahadaki bakteriyal kolonizasyon önemli rol oynamaktadır. Ayrıca diş fırçalama, çiğneme, ağız irrigasyonunun sonucu olarak % 25 oranında bakretiyemi oluşturduğu rapor edilmiştir[23].

Herhangi bir nedenle mikroorganizmalar doku içine girdiği zaman lenfatik sistem yolu ile kana geçer ve bakteri retiküloendotelyal sistem tarafından birkaç dakika içinde elimine edilir[15]. Ancak böyle bir durumda anormal kalp kapakçıkları[3,35] veya diğer kardiak anomalili hastalar enfektif endokarditis gelişimi için potansiyel bir risk grubu oluştururlar (Tablo 1) [36].

Günümüze kadar enfektif endokarditis ve dental orijinli bakteriyemi arasındaki ilişkiye yönelik pekçok araştırma yapılmıştır. Bu konuda ilk olarak 1930 yılında Rushton[31] tarafından dişçekimi sonrası oluşan endokarditis vakası rapor edilmiştir. 5 yıl sonra Okell ve Elliott28) diş çekimini takiben streptokokal bakteriyenin yüksek oranda olduğunu bildirmiştir. Daha sonraki yıllarda da yapılan çalışmalar enfektif endokarditisin dental orijinli olabileceğini düşündürmektedir[2,14,22,25,35].

Bu konuda yapılan bir çalışmada Bayliss[2] hastaların yalnızca % 13.7'sinin hastalığın başlangıcından 3 ay önce bir diş tedavisi hikayesi verdiğini belirtmiştir.

Guntheroth[14] diş fırçalama, diş ipi, çiğneme gibi günlük alışkanlıklara bağlı olarak gelişen enfektif endokarditis diş fırçalama, diş ipi, çiğneme gibi günlük alışkanlıklara bağlı olarak gelişen endokarditis'in dental uygulamalar sonucu ortaya çıkanlara oranla çok daha fazla olarak görüldüğü belirtmiştir. Bu durumdan ötürü herhangi bir enfektif Endokarditis'in kesin sebebini ispat etmek mümkün olmamaktadır.

Dental işlemler öncesi antibiyotik profilaksisi uygulanılmasının veya daha iyi bir ağız hijyeninin enfektif endokarditisi önleyeceğine dair kesin kanıt olmamasına rağmen, çoğunlukla herhangi bir müdahaleden önce uygun bir antibiyotik profilaksisi uygulanması tavsiye edilmektedir[26,32,33].

Araştırmacılar antimokrobiyal ajanların enfektif endokarditise neden olan mikroorganizmalar üzerinde bakterisidal etkileri oldukları zaman yarar sağlayacaklarını belirtmişlerdir[15]. Bununla beraber hayvan çalışmaları antibiyotiklerin bakteriyostatik olarak etkili olduklarında enfeksiyonun gelişimini önleyebileceğini göstermiştir. Antimikrobiyal ajanlar da öldürücü etkileri ile ya da bakterilerin kalp kapaklarına tutmasını önleyerek etkili olmaktadır [11].

Günümüzde enfektif endokarditis profilaksisinde farklı ülkeler değişik antimikobiyal ajanlar ve uygulamalar önermektedir. (Tablo 2)[6,15,30].

Durack[9] antibiyotik prafilaksisine rağmen enfektif endokarditis gelişebileceği belirtmiştir. Bu nedenle penisiline dirençli

S.viridansa karşı etkili olunabilmesi için profilaksiden önce antibiyogram yapılması önerilmektedir [20,21]. Ayrıca topikal antimikrobiyal profilaksi yapılması konusunda enfektif endokarditis ile ilgili uluslararası komitelerin bir önerisi olmamasına rağmen, araştırmacılar ağız kavitesinde bulunan patojen potansiyelinin eliminasyonunu önermektedir[19,24]. Gould[13], hekimler tarafından topikal antiseptik kullanımının oldukça az olduğunu rapor etmiştir. Klorheksidin dişhekimliğinde yaygın olarak kullanılan bir antiseptiktir. Son zamanlarda % 0,5'lik vankomisin uygulamasının streptokoklara karşı etkili olduğu bildirilmektedir[4].

Enfektif endokarditis profilaksisinde dişhekimlerine çok önemli görev düşmektedir. Profilaksi için uygun olmayan antibiyotik kullanımına engel olmak ya da bu konuda yapılacak ihmallerin önüne geçmek için risk grubu altındaki kalp hastalarının bilgilendirilmesi alıncak en önemli tedbirdir. Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada dişhekimleri ve doktorlar arasındaki diyaloğun yetersizliğinden ötürü hastaların yarısına yakın bir kısmına profilaksi uygulanmadığı bildirilmiştir[5]. Ayrıca birçok araştırmacı enfektif endokarditis için risk altındaki hastaların çoğunun antibiyotik profilaksi gerekliliğinden habersiz olduğunu belirtmiştir[7,8,29]. Benzer sonuçlar enfektif endokarditis için risk altındaki çocukların ebeveynleri için de rapor edilmiştir[34]. Yine risk grubu altındaki birçok hastada görülen kötü ağız hijyeni bu konudaki bilgi yetersizliğinin göstergesi olmaktadır [16,26,29].

Bakteriyal endokarditis için risk oluşturan hastalara ağız kavitesindeki müdahalelerden önce yapılacak uygun antibiyotik profilaksisi mikrobiyal kolonizasyonu önleyerek, buna bağlı postoperatif ve tedavi sonrası komplikasyonları azaltacaktır.

Tablo 1- Enfektif endokarditis için risk oluşturan hastalar[36].

Yüksek derecede riskli hastalar	Önceden enfektif endokarditis hikayesi olan hastalar Protetik kapak taşıyan hastalar Mitral yetersizlik Aort kapak hastalığı Patent ductus arterious'lu hastalar Ventriküler septal defekt Aort koarktasyonu Marfan sendromu
Orta derecede riskli hastalar	Mitral Stenosis Trikuspit kapak hastalığı Pulmoner kapak hastalığı Mitral kapak prolapsı Sifilitik kalp hastalığı Fallot tetralojisi Kalsifiye valvulitis Son6 ay içinde (protez olmaksızın) kardiak lezyon operasyonu geçirenler.
Düşük derecede riskli hastalar	Atriyal septal defektli hastalar Kardiak, nonvalvular anomaliler (Örn: asimetrik septal hipertrofi) 60 yaşın üzerindekiler
İhmal edilebilecek derecede düşük riskil hastalar	Dejeneratif kalp hastalığı (valvular defekt olmayanlar) Kardiak lezyonu cerrahi olarak tedavi görmüş ancak üzerinden 6 ay ya da daha fazla süre geçmiş hastalar.

Tablo 2- Farklı ülkelerin Enfektif endokardit riski altındaki hastalarda, dental işlemler ve üst solunum yoluna yönelik işlemlerde tavsiyelerin özeti [6,15,30].

PENİSİLİNE ALLERJİSİ OLMAYANLAR		PENİSİLİNE ALLERJİSİ OLANLAR
İşlemden 1 saat önce 2 gr Penisilin V ağızdan ve 6 saat sonra 1 gr penilin V	Amerika (AHA, 1985) (Dişetini kanatan dental işlemler ve oral cerrahi)	İşlemden 1 saat önce ağızdan 1 r Eritromisi stearate ve 6 saat sonra 0,5 gr. eritromisin
Çocuk Dozları:	Ampcilin : 50 mg/kg Eritromisin : İlk doz 20 mg/kg, takiben 10 mg/kg Gentamisin : 2.0 mg/kg	
İşlemden 1 saat önce ağızdan 3 gr. tek doz amoksilin	İngiltere (BSAC, 1990) (Diş çekimi, periodontal tedavi veya cerrahisi)	İşlemden 1 - 2 saat önce ağızdan 1.5 gr. Eritromisin sterarate ve 6 saat sonra 0.5 gr. eritromisin
10 yaş altı çocuklar: Yetişkin dozununun yarısı 5 yaş altı çocuklar: Yetişkin dozunun 1/4'ü		10 yaş altı çocuklar: Yetişkin dozunun yarısı 5 yaş altı çocuklar: Yetişkin dozunun 1/4't
İşlemden 1 saat önce ağızdan 3 gr. tek doz amoksilin	İsviçre (SAEP, 1984)	İşlemden 1 saat önce ağızdan 600 mgr. klindamisin
İşlemden 1 saat önce ağızdan 3 gr. Amoksisilin	İsviçre (SSAC, 1988)	İşlemden 1 saat önce ağızdan 600 mgr. klindamisin

Tablo 3- Farklı ülkelerin Enfektif endokardit açısından yüksek risk altındaki hastalarda, dental işlemler ve üst solunum yoluna ait işlemlerde tavsiyelerin özeti [6,15,30].

PENİSİLİNE ALLERJİSİ OLMAYANLAR		PENİSİLİNE ALLERJİSİ OLANLAR
İşlemden 0,5 saat önce 1-2 gr. İ.M. veya İ.V. ampisilin + 1.5 mgr/kgr i.M. veya İ.V. gentamisin ve 6 saat sonra 1 gr Penisilin V	U.S.A. (AHA 1985) (protez kapaklı hastalar ve yüksek riskli hastalar)	İşlemden 1 saat önce başlanan, 1 saatten uzun sürede yavaşça verilen, İ.V. 1 gr Vankomisin.
Çocuk Dozları:	Penisilin V: 27 kg. üzerindeki çocuklar için tam yetişkin dozu 27 kg.'dan az olanlar yetişkin dozu yarısı Penisilin G: İlk doz 50.000 Ü/kg, takiben 25.000 Ü/kg. Vankomisin : 20 mg/kg. Çocuk dozları yetişkin dozunu aşmamalıdır.	

PENİSİLİNE ALLERJİSİ OLMAYANLAR		PENİSİLİNE ALLERJİSİ OLANLAR
1 gr. Amoksilin (İ.M) + ağızdan, 6 saat sonra 0.5 gr Amoksisilin	İngiltere (BSAC, 1990) (Genel anestezi altındaki hastalar)	İndüksiyondan önce 120 mgr İ.V. Gentamisin'i takiben, 1 saatten uzun sürede verilen 1 gr İ.V. Vankomisin
10 yaş altı çocuklarda Amoksilin: Yetişkin dozun yarısı Gentomosin: 2 mg/kg		10 yaş altı çocuklarda Vancomisin: 20 mg/kg (İ.V) Gentamisin: 2 mg/kg (İ.V)
İşlemden 1 saat önce ağızdan 3 gr. Amoksisilin ve 6 saatte bir, 7 doz 750 mgr	İsviçre (SAEP, 1984)	İşlemden 1 saat önce ağızdan 600 mgr. klindamisin ve 6 saatte bir 7 doz, 300 mgr
İşlemden 1 saat önce ağızdan 3 gr. Amoksisilin	İsviçre (SSAC, 1988)	İşlemden 1 saat önce ağızdan 600 mgr. klindamisin

KAYNAKLAR

1- *Angrist, A.a., Oka, M.: Pathogenesis of bacretial endocarditis. JAMA 1963; 183: 249-252.*

2- *Bayliss, R., Clarke, C., Oakley, C., Somerville, W.: The teeth and infective endocarditis. Br Heart J 1983; 50: 506-512.*

3- *Braimbridge, M.V., Eykyn,S.J.: Prosthetic valve endocarditis. J. antimicrob Chemother 1987; 20 Suppl. A. 173-180.*

4- *Borthen-Svinhufvud, L., Heimdahl, A., Nord, C.E: Effect of topical administration of vancomycin versus chlorhexidine on alpha-hemolytic streptococci in the oral cavity. Oral Surg 1988; 66: 304-309.*

5- *Buckingham, J.K., Gould, I.M., Tervitt, G., Williams, S.: Prevention of endocarditis: communication between doctors and dentists. Br Dent J 1992; 172: 414-415.*

6- *Committee on Rheumatic Fever and Infective Endokarditis of the American Heart Association: prevention of bacterial endocarditis. JADA 1985; 110:98-100.*

7- *De Geest, A.F.E., Schoolmeestres, I., Willems, J.L., De Geest, H.: Dental health, prophylactic antibiotic measures and infective endocarditis: An analysis of the knowledge of susceptible patients. Acta Cardiol 1990: 45: 441-453.*

8- *Duffin, P.R., McGimpsey, J.G., Pallister, M.L, McGowan, D.A.: Dental care of patients susceptible to infective endocarditis. Br Dent J 1992; 173: 169-172.*

9- *Durack, D.T., Kaplan, E.L., Bisno, A.L.: Apparent failures of endocarditis prophylaxis: analysis of 52 cases submitted to a national registry. JAMA 1983: 250: 2318-2322.*

10- *Falace, D.A., Ferguson, T.W.: Bacterial endocarditis. Oral Surg 1976; 42: 189-195.*

11- *Glauser M.P. Bernard, J.P., Moreillon, P., Francioli, P.: Successful single-dose amoxicillin prophylaxis against experimental streptococcal endocarditis: evidence for two mechanisms of protection. J Infect Dis 1983; 147: 568-578.*

12- *Gould, I.M.: Prevention of Infective endocarditis. Br. Dent. J. 1988; 164: 31-32.*

13- *Gould, I.M.: Current prophylaxis for prevention of infective endocarditis. Br Dent J 1990; 168: 409-410.*

14- *Gunthroth, W.G.: How important are dental procedures as a cause of infective endocarditis? Am J Cardiol 1984; 54: 797-800.*

15- *Hall, G., Heimdahl, A.: New trends in antibiotic prophylaxis of infective endocarditis in patients undergoing surgery in the oral cavity. Swed Dent 1989; 13: 193-200*

16- *Holbrook, W.P., Willey, R.F., Shaw, T.R.D.: Dental health in patients susceptible to infective endocarditis. Br Med J 1981; 283: 371-372.*

17- *infective endocarditis (Editorial) Lancet 1984; 1: 603-604.*

18- *Jaspers, M.T., Little, J.W.: Infective endocarditis: a review and update. Oral Surg. 1984; 57:606-615.*

19- *Jones C.J., Cutcher, J.L., Goldberg, J.R., Lily, G.E.: Control of bacteremia associated with extraction of teeth. Oral Surg 1970; 30:454-459.*

20- *Leviner, E., Tzukert, A.A., Benoliel, R., Baran, O., Sela, M.N.: Developme of resistant oral viridans streptococci after administration of prophylactic antibiotics: Time management in the dental treatment of patients susceptible to infective endicarditis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987; 64: 417-420.*

21- *Leviner, E., Tzukert, A.A. Wolf, A. Shaul I, S., Sela, M.N.: Hospital personnel with penicillin resistant streptococcus viridans: a case for consideration in the prevention of bacterial endocarditis. Oral Surg 1984; 58: 394-396.*

22- *Lowes, J.A., Williams, G, Tabaqchali, S., Hill, I.M., Hamer J., Houang, E., Show, E.J., Rees, G.M.: 10 years of infective endocarditis at St. Bartholomew's hospital: Analysis of clinical fatures and treatment in relation to prognosis and mortality. Lancet 1980; 19:133-136.*

23- *McCarthy: Essential of safe dentistry for the medically compromised patient. W.B. Saunders Company, Toronto 1989.*

24- *McGowan, D.A.: Dentistry and endocarditis. Br. Dent. J. 1990; 169: 69.*

25- *Mostaghim, D., Millard, H.O.: Bacterial endocarditis: a retrospective study Oral Surg 1975; 40: 219-234.*

26- *Morris, G.K. Infective endocarditis: a preventable disease? Br Med J. 1985; 290: 1532-1533.*

27- *Okell, C.C., Elliott, S.D.: Bacteremias and oral sepsis with special reference to the aetiology of subacute endocarditis. Lancet. 1935; 229: 869-872 (Bak 18).*

DİŞHEKİMLERİ ARAÇ VE GEREÇLERİNDE YENİLİKLER

Prof. Dr. Erdoğan TURGUT

PERİOTEST: Periodontal dokuların sağlıklı olup olmadığını, dişlerdeki mobilite derecesini, oklüzal travmanın olup olmadığını belirleyen bir alettir. Kadın ve erkekler için ayrı ayrı olmak üzere her diş için belirli bir numara mevcuttur. Bu numara ile aletin verdiği numara karşılaştırılır. Aletin ucu dişin kronuna dik olarak dokundurulur. Uç doğru temas etmedi ise alet uyarır. Periotest değeri hem aletin kadranından okunur, hem de sesli olarak duyulur. Dişler oklüzyonda iken ve değilken, periotest değerleri arasındaki fark 6-10 arasında ise oklüzal travma yok demektir. -8, +9 mobil değil, +10, +19 I. derecede mobil, +20, +29 2. derecede mobil, + 30, + 50 3. derecede (Çok mobil) anlamına gelir. Ankilozlu dişler ve imaplatların normal değerleri -8, +3 arasındadır. Böylece implantların iyileşme durumlarını da gösterir.

- Siemens AG Medical Engineering Group Dental Sector Farikstrasse 31, D-6140 Bensheim-GERMANY

QUICDAM: Tatbik edilmesi kolay bir rubber-dam'dır. Klempe ihtiyaç yoktur. Deri ile temas etmez. Dental ark genişliğine göre küçük, orta ve büyük boyları vardır. Bir şablonla izole edilecek dişler işaretlenir. Sonra buralardan zımba ile delinir. İkiye katlanarak hasta ağzına yerleştirilir. Dişler mevcut deliklerden geçirilir. Kolelerin intibakı için mumlu diş ipliği kullanılır. Posterior dişlerde koleleler ligatür konabilir. Hastayı yaralanma ve aspirasyondan, hekimi enfeksiyondan korur. Kuru bir çalışma ortamı sağlar.

Her pakette bir şablonla birlikte 25 adet bulunur. Latex'den daha sağlam ve kokusuz olan Aukuflex'den yapılmıştır.

VIVADENT

Etablissement Vivadent Bendererstrasse 2

FL- 9494 Schaah/ LİECHTENSTEIN

CARIDEX (Caries removal system): I ve II no'lu solüsyon karıştırılır ve aplikatöre takılan özel bir uçla çürüğe püskürtülür.

I. Solüsyon: Sodium hypochloride + saf su

II. Solüsyon: Soduim hydroxide + Soduim chloride + N - monochloro-DL-2- aminobutyric acid + saf su ihtiva eder.

Çürüğü yumuşatır, fakat sağlam dokuya etki yapmaz. Yumuşayan çürük solüsyon püskürtülürken aplikatörün ucu ile uzaklaştırılır. Sonra turla kavite düzeltilir. Bir faydası da kavite yüzeyine bonding ajan daha iyi yapışır. Ayrıca dentin tüplerinde bakteri bulunmaz veya çok az bulunur. Anesteziye lüzum olmadan kavitenin hazırlanmasına olanak sağlar. Turla çalışma süresini azaltır.

Solüsyonlar oda ısısında ve karanlıkta saklanmalı, karıştırıldıktan sonra 1 saat zarfında kullanılmalıdır. Şişe açıldıktan itibaren 7 gün içinde bitirilmelidir.

National Patent Dental Products, Inc. 789 Jersey Avenue, New Brunswick, N.j. 08901 U.S.A.

K.14 photo stain remover: Beyaz gömleklerdeki I. ve II. banyo solüsyonlarının hasıl ettiği lekeleri, ne kadar eski olurlarsa olsunlar çıkarır. Leke üzerine dökülür, sonra yıkanır. Şişe karanlıkta saklanmalıdır.

MICROCOPY LIGHTEN X

(x-ray lightener): Fazla ışın verildiğinde veya I. banyoda uzun süre bırakıldığı için koyu çıkan filmlerin birkaç saniyede açılmasını sağlar. Böylece tekrar film çekmeğe lüzum kalmaz ve hasta tekrar ışın almamış olur. Ayrıca ekonomi sağlanır. Bir kutu 300 film için yeterlidir. Kristal halinde olup, suda eritilir. Koyu film bu solüsyonu takiben fiksere konur ve suda yıkanır.

MICROCOPY

3120 Moon Station Rd. P.O. Box 2017 Kennesaw (Atlanta) Georgia 30144 - 9017 U.S.A.

RVG Radio / Visio/ Graphy: Ağız içine minyatür bir aparey vasıtası ile, radiografik görüntü bir ekrana aksettirilir. Apareye steril ve dispozabl bir kılıf takılır. Bir röntgen makinası ile film çeker gibi aparey ışınlanır. Banyo problemi olmaksızın, görüntü ekrana akseder.

Endodontik tedavi yapılırken, ağızda rubber-dam varsa bile aparey ağıza konabilir. Ancak 7 yaşından büyük çocuklarda kullanılabilir.Apareyin alt kısmı yuvarlak olup, hastaya ağrı vermeden ağız tabanının aşağı doğru iter.

Hastanın aldığı ışın miktarı azdır. Ekrandaki görüntü büyültülüp küçültülebilir. Birkaç görüntü bir arada görülebilir. Bu görüntülerden, rpinter ilave edilmişse, resim elde edilebilir. Görüntü ve bilgiler bir komputüre aktarılıp muhafaza edilebilir.

TROPHY

106, Rue dela Jarry, 94307 Vincennes Cedex, FRANCE

hekim ve sigara

Doç. Dr. Özen AŞUT



Tüm hekimlerin sorumluluğu...

- Bir ülkenin hekimleri arasında sigara içme oranı % 55 ise, (Batı ülkelerindeki % 4-10'a karşılık),
- Hekimler, sağlık konusunda toplumda önemli bir yere sahipseler,
- Hekimler, yaşam biçimleri ile "toplumun sağlıklı yaşam" kararlarında etkili oluyorlarsa,
- Hekimler kendileri de sağlıklı kalmak istiyorlarsa,
- Bir ülkede sigaraya başlama yaşı onbir ise,
- Bir ülkede çağdaş toplumların tersine, sigara içme oranı giderek artmakta ise,

Bu konuda düşünmek ve eyleme geçmek, tüm hekimlerin sorumluluğudur.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI

Fiyatı: 30.000 TL.

ULUSLARARASI "DENTAL TEKNOLOJİ VE MATERYALLER" SEMPOZYUMU

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

KÖLN ÜNİVERSİTESİ
DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON "DENTAL TECHNOLOGY AND MATERIALS"

UNIVERSITY OF ANKARA
FACULTY OF DENTISTRY

UNIVERSITY OF KÖLN
FACULTY OF DENTISTRY

TARIH : 21 - 23 EKİM 1993
DATE : 21st - 23rd October 1993
YER : Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
PLACE : University of Ankara Faculty of Dentistry

DİŞHEKİMİNE ŞUA İZNİ

Kamuda çalışan dişhekimlerinin daha önce sahip oldukları, ancak bir süredir yararlanamadıkları (bir) aylık şua izni ile ilgili olarak dişhekimi Nilüfer Dilaver, çalıştığı Boğaziçi Üniversitesi'ne karşı T.C. İstanbul 1. İdare Mahkemesi'nde açtığı iptal kararını kazanmıştır. Bu karar kamudaki tüm dişhekimleri için emsal teşkil edebilir. Mahkeme kararı şöyledir:

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 103. maddesinde; Hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan personele, her yıl yıllık izinlerine ilaveten bir aylık sağlık izni verileceği hükme bağlanmıştır. Dişhekiminin mesleği itibariyle fiilen radyasyona maruz kaldığı, radyoaktif ışınlara sebebiyet veren cihazlarda çalıştığı anlaşıldığından Dişhekimi Nilüfer Dilaver'in Sağlık izninden de yararlandırılması gerekirken, aksine fiili hizmet süresi zamanında yararlandırılabilme koşulları aranmak suretiyle aksine tesis edilen dava konusu işlemde mevzuata uyarlık bulunmaktadır. 24.02.1993 gününde oybirliği ile karar verilmiştir.

XIII DÜNYA İMPLANTOLOJİ KONGRESİ

19 - 22 Ağustos 1993

Swis Otel İstanbul

Türk Oral İmplantoloji Derneği
ve
International Congress of Oral Implantogists
Organizasyonu

TDB 2. ULUSLARARASI DİŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ

20- 26 Haziran 1994

Değerli Meslektaşlarım,

Türk Dişhekimleri Birliği 2. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ni İstanbul'da gerçekleştiriyoruz.

Kongerelerin ve fuarların mesleğimize çok büyük katkıları olduğunu hepimiz biliyoruz.

Amacımız, kongre ve fuarların belli bir takvim içinde yürütülmesinin sağlanması ve sizlere başarılı bir organizasyon sunulmasıdır.

2. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin İstanbul'da yapılmasından sevinç duyuyor ve kongre süresince birlikte olmayı arzuluyoruz.

Eser Cilasun
Türk Dişhekimleri Birliği
Başkanı

Dear Collengues;

2. International Dentistry Congress of Turkish Dentists' Association will be held in İstanbul

All of us know that congress and fairs contribute a great deal to our profession.

Our aim is to arrange for the performance of congresses and fair within a given schedule and present you with a successful organization.

We are glad to hold the 2. International Denstistry Congress in İstanbul and request your company at the Congress.

Eser Cilasun
President,
Turkish Dentist' Association

Merhaba,

Bilimsel ve mesleki etkinliklerin en yoğun olduğu organizasyonlar uluslararası kongre ve fuarlardır.

Dişhekimliği ile ilgili teknolojik ve bilimsel gelişmelerin sunulacağı ve ağız - diş sağlığı politikalarının tartışılacağı 2. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ni düzenlemenin mutluluğunu yaşıyoruz. 1. Uluslararası Kongre'nin başarısı bizlere güç verdi. Sizlerle birlikte her zorluğu aşacağımızı biliyoruz.

Unutmayın! Lütfen not alın! Haziran 1994'de "Bu Şehr-i Stanbul"dayız. Sizleri bekliyoruz.

Celal Yıldırım
Türk Dişhekimleri Birliği Genel Başkan Vekili
Kongre Organizasyon Komitesi Başkanı

Deat Colleagues;

International Congresses and Fairs are the centers of intense scientific and professional activity.

We enjoy the pleasure of holding the 2. International Dentistry Congress where the technological and scientific developments in dentistry will be presented and policies of mouth and tooth health will be discussed. The success achieved in the 1. Congress gives us support. We know that we wil be able to overcome any difficulty together with you. Please do not forget to note! We will be in İstanbul in June 1994. We are looking forward to see you.

Celal Yıldırım
Vice President, Turkish Dentists' Association
Head of Congress and Organization Commitee

Değerli Meslektaşlarım,

Türk Dişhekimleri Birliği 2. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin düzenlenmesi Merkez Yönetim Kurulu tarafından İstanbul Dişhekimleri Odası'na verilmiştir. Bu zor ama o oranda zevkli organizasyonu gerçekleştirmenin heyecanını taşıyoruz. Sizleri 1994 Haziran'ında kıtaların birleştiği kentte, İstanbul'da bekliyoruz.

Kazmir Pamir
İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı
Organizasyon Komitesi Genel Sekreteri

Dear Colleagues;

The task of organizing the 2. International Dentistry Congress of Turkish Dentists' Association has been assigned to İstanbul Chamber of Dentists by the Central Administration Board. We live throught the excitement of dealing with this difficult but also pleasant event. We request the pleasure of your company at the Congress te be held in June 1994 at İstanbul, the city where the continents meet.

Kazmir Pamir
Secretary General of Organization Committee
President, İstanbul Chambre of Dentists'

ORGANİZASYON KOMİTESİ
ORGANIZATION COMMİTTEE

Başkan Chairman	: Celal Korkut YILDIRIM
Genel Sekreter General Secretary	: Kazmir PAMİR
Sayman Treasurer	: Mustafa TATAR
Mesleki Sorunlar Araştırma Komitesi Proffessional Problems Research Committee	: Rıfat YÜZBAŞIOĞLU
Bilimsel Komite Scientific Committee	: Turhal ATALAY Taner YÜCEL
Sosyal Komite Social Committee	: Ali UÇANSU
Sergi Komitesi Exhibition Committee	: Tatyos BEBEK
Teknik Komite Technical Committee	: Ali İZAR
Basın Yayın Komitesi Pres Committee	: Demir TEMUÇİN
Basın ve Halkla İlişkiler Komitesi Publication and Public Relations Committee	: Sedat KÜÇÜKAY
Kayıt Komitesi Registration Committee	: Muzaffer DEMİRCİ MURAT ERSOY
Yazışma Adresi	: İstanbul Dişhekimleri Odası Meşrutiyet Cad. Ferah Apt. No: 182/7 Şişhane 80050 İstanbul Tel: 244 44 42 293 25 70 293 25 71 Fax: 244 59 09

GENEL BİLGİLER
GENERAL INFORMATION

Yer	: Harbiye Kültür Sitesi - İstanbul
Place	: Harbiye Cultural Center - İstanbul
Tarih	: 20-26 Haziran 1994
Date	: June 20-26, 1994
Kongre Dili	: Türkçe - İngilizce
Official Language	: Turkish - English
Kongre Sekreterliği çalışma saati	: 09.00 - 12.00 - 13.00 - 17.00
Working hours	: 09.00 - 12.00 - 13.00 - 17.00

- Kongre programı, sosyal etkinlikler, otel rezervasyonları ve katılım formları 2. duyuruda bildirilecektir.

- Information about congress programm, social activities, hotel reservation, application forms will take place in the nexst announcement.

- Kongre süresince Harbiye Kültür Sitesi'nde dişhekimliği araç, gereç malzemeleri ile ilgili fuar "Expo - Dental '94 İstanbul" düzenlenecektir.

- During the congress and exhibition Expo-Dental '94 İstanbul, about dental apparatus and materials will be held at Harbiye Cultural Center.

- Dişhekimliğinin tüm dallarında serbest bildiriler verilecek, poster, dia, video gösterimi ve masa demostrasyonları yapılacaktır.

- Free communication, covering all the branches of dentistry will be presented. Video, dia, poster presentation and tale demonstration will be held.

- Kongrenin ana konusu dişhekimliğinde estetik ve dişhekimliğinde ilaç kullanımı olarak saptanmıştır. Bu konularda sempozyum, panel ve konferans düzenlenecektir.

- The main topics are aesthetics in dentistry and drug using in dentistry. Symposium, panels and conferences will be organized on these subjects.

- Türk Dişhekimleri Birliği'nin 2. Kongresinde sizleri İstanbul'da bekliyoruz.

- We hope to see you in İstanbul

KONGRE - SEMPOZYUM - KURS - TOPLANTI

* Türk Oral İmplantoloji Derneği ile Swiss-Hotel'de International Congress of Oral Implantologists ile birlikte **XIII. Dünya İmplantoloji Kongresi.** 19-22 Ağustos 1993 ANKARA

* **Dünya Ağız İmplantoloji Kongresi** 20-22 Ağustos 1993 - İSTANBUL

* **81. FDI Kongresi** 29 Ağustos - 2 Eylül 1993 Göteborg-İSVEÇ
Başvuru: TDB

* **Türk Pedodonti Derneği'nin 8. Bilimsel Kongresi** 29 Ağustos - 4 Eylül 1993 Sunrise - MANAVGAT

* **12. Internasyonel Ceramics Simpozyomu** 1-2 Eylül 1993 Bremen
Tel: 0421/320027
Fax: 0421/324344

* **4. Uluslararası Koruyucu Dişhekimliği Kongresi** 3-6 Eylül 1993 - İSVEÇ

* 7-9 Eylül 1994 tarihleri arasında **Avrupa Protez Birliği** (EPA)'nın İstanbul The Marmara Otelinde 18. Yıllık Kongresi Prostotonti ve İmplantoloji Derneği

* **AIDS Workshop** 12 Eylül 1993 Bilkent/ ANKARA

* **Alman Parodontoloji Derneği Yıllık Toplantısı** 17-18 Eylül 1993 Bremen
Tel: 0421/320027
Fax: 0421/324344

* **Endodontide Temel ve Modern Prensipler Workshops.** 22.10.1993 Köln. Haytt - Hotel Prof. Dr. C. Löst. Tübingen. Yazışma Adresi: Congerss Partnar. Ammostrasse 220. D - 28213 Bremen

* **3. G.A.K. Toplantısı** 29 Eylül 1993 Avusturya Geschaftsstelle das Gnatehdogischen

* **İmplant - Protez Enternasyonel Sempozyumu** 05.11.1993 Bremen Tel: 0421/320028

* 8 - 9 - 10 Kasım 1993 **IDA Kongresi** Tel - Aviv Fair Grounds 49. Bar Kochva St; Tel. Aviv 972 - 3 - 5288054 / 5287751 Fax: 202642

* **Oral İmplantoloji Derneği 10. Sene Kongresi** 18.11.1993 Münih
Tel: 08142/53910

* Türk Dişhekimliği Bilimsel Kuruluşunun 85. yıl kutlamaları ve **5. EXPO-DENTAL Ankara Uluslararası Sergi ve Sempozyumu,** 19-22 Kasım 1993, Atatürk Kültür Merkezi ANKARA

* **16. Sâo - Paulo Dişhekimleri Toplantısı** Ocak 1994 Güney Amerika

* **I. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi** 7-9 Ocak 1994 Vietnam.

* **17. Asya Pasifik Dişhekimliği Kongresi** 3-9 Şubat 1994 Filipinler

* **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

3M Valux Plus restoratif

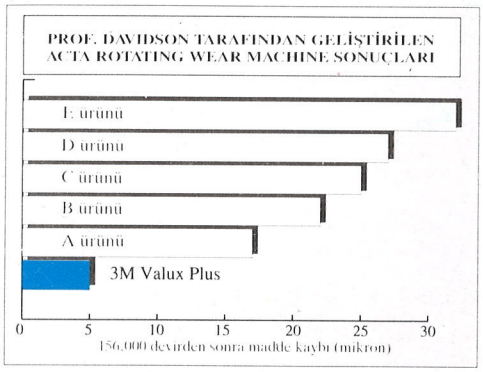
● Süper Estetik

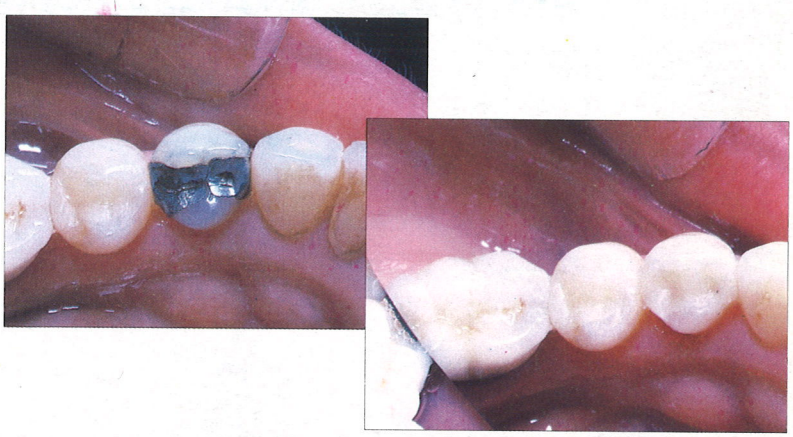
Altı vita rengin her biri, dentin ve mineye uygunluk gösterebilmesi için eşit derecede opak ve translusenttir. Sonuçta, restoratif komşu dişlerden ayırt edilemeyen daha doğal bir görünümdedir.



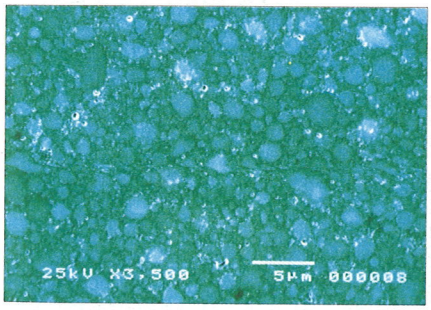
● Yükşek Aşınma Direnci

Yüksek aşınma direnci, yuvarlatılmış dolgu partiküllerinin yüksek cilalanabilme özelliği ile kombine edildiği zaman, çok daha düzgün bir yüzey meydana getirir ve parlaklığını uzun süre korur.

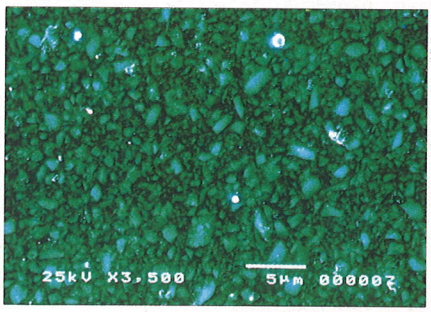




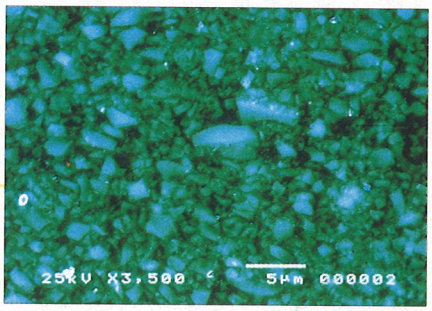
Valux Plus



A ürünü



B ürünü



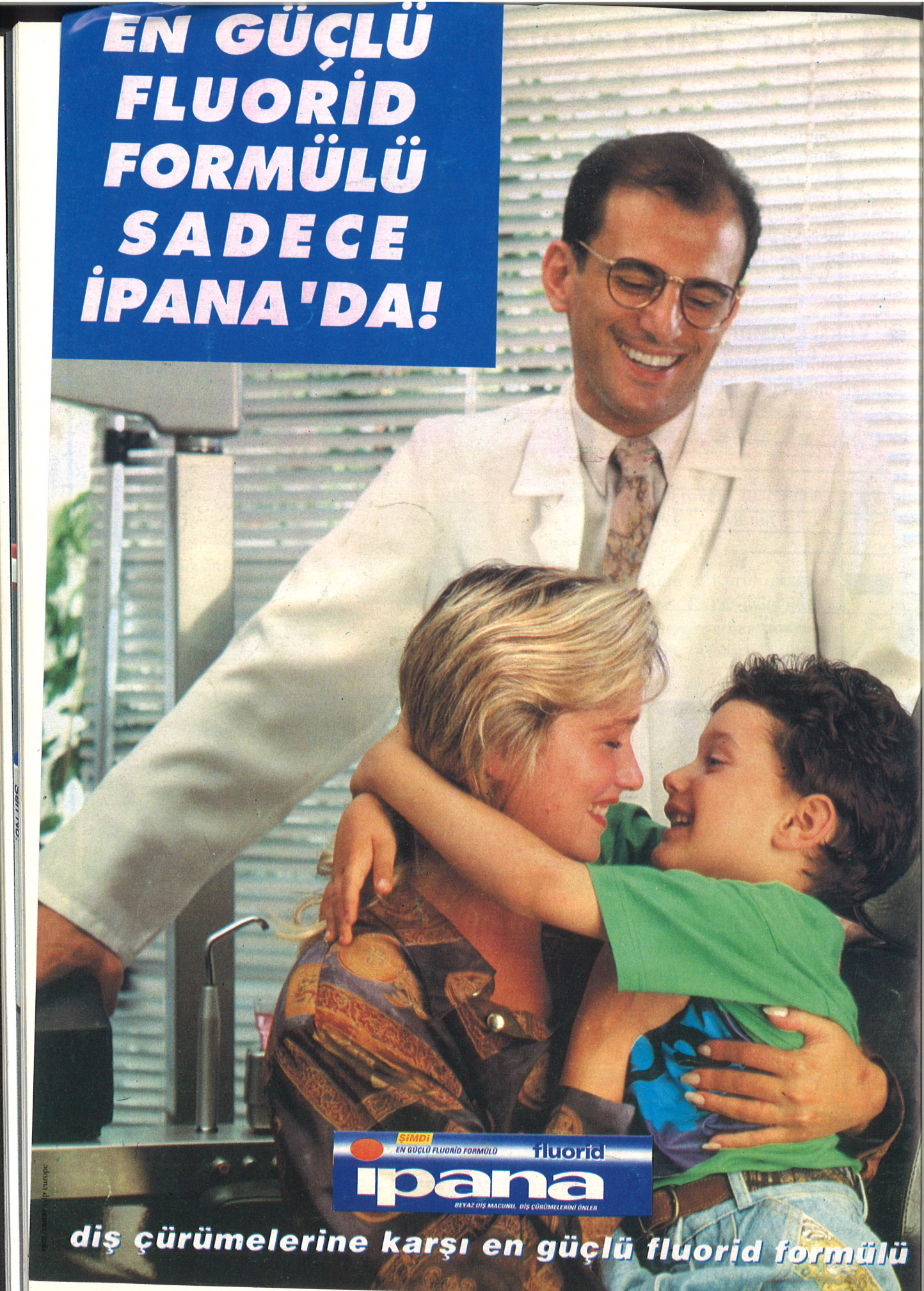
● Anterior ve posterior restorasyonlar için teknolojisi süper bir üniversal restoratif

Farklı belirgin özellikleri; yuvarlatılmış dolgu partikülleri, arttırılmış güç, kullanma kolaylığı, estetik ve aşınma direnci. Partiküller % 84,5 'lik bir ağırlıkla tüm rezin içine dikkatli bir şekilde dağıtılmıştır ve radyoopaktır.



3M Sanayi ve Ticaret A.Ş.
Büyükdere Cad. Noramin Iş Merkezi
Kat: 4 No: 414-416
Maslak 80670
Istanbul

3M


EN GÜÇLÜ
FLUORİD
FORMÜLÜ
SADECE
İPANA'DA!
ŞİMDİ
EN GÜÇLÜ FLUORİD FORMÜLÜ
fluorid
ipana
BEYAZ DİŞ MACUNU, DİŞ ÇÜRÜMELERİNİ ÖNLER
diş çürümelerine karşı en güçlü fluorid formülü