türk
dişhekimleri
birliği
dergisi

TDBD

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
Gelliş Tarihi : 24.9.96
N : 55 0055/96

Sayı: 31
Nisan 1996



TDB
10 YAŞINDA



■ İngiltere'de 117 kişi üzerinde 6 aydır yapılmakta olan araştırmalar kısa bir süre önce sonuçlandı.

■ Sonuçlar, Tricloguard içeren Colgate Plax'ın, plasebo ile karşılaştırıldığında, plak kontrolünde % 24 daha fazla etkili olduğunu gösteriyor. Temizlenmesi güç bölgelerde ise bu oran % 50'yi buluyor.

■ Araştırmada, her fırçalamada Plax ile çalkalamanın plak kontrolüne yardımcı olduğu ve Plax'ın hastalarınızı iki fırçalama arasında koruduğu ortaya çıkmıştır.

■ Tüm bunlara bir de fluoridin olumlu etkilerinin, mükemmel bir tadın, ağızdaki ferahlık hissinin eklendiğini düşünün. Artık en gelişmiş ağız gargarasına sahipsiniz: Colgate Plax.

Plax

Plak tabakasına karşı

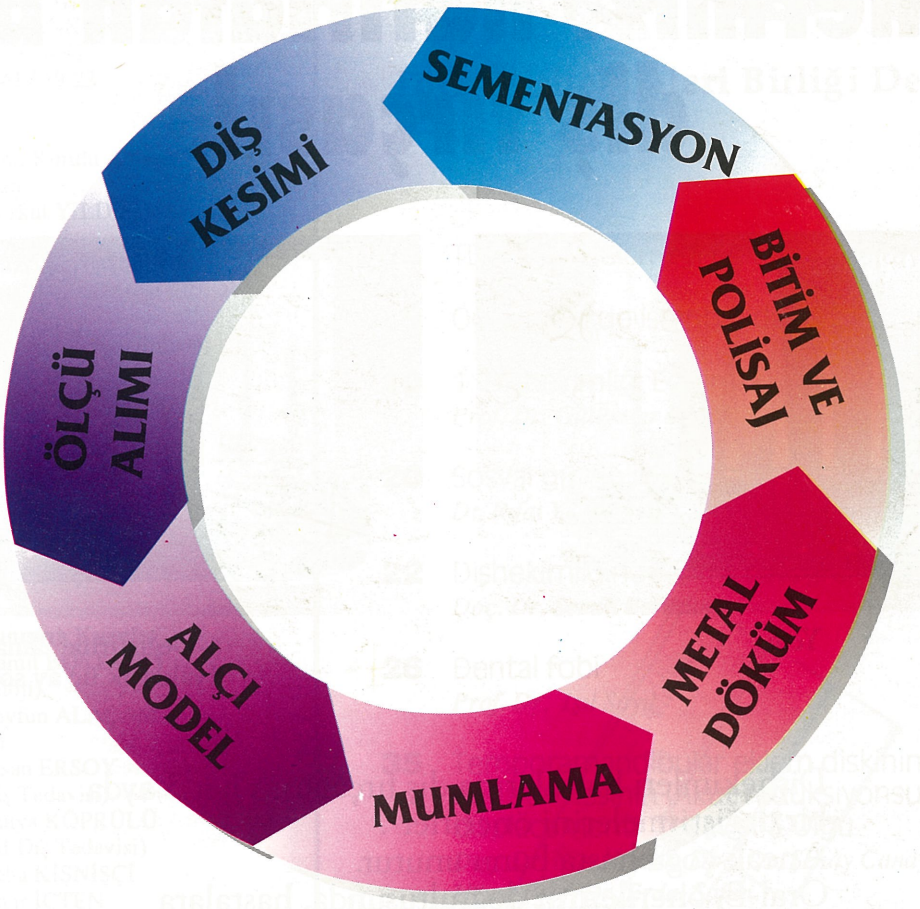


Ağız bakımında dünya lideri

Colgate

COLGATE-PALMOLIVE Değirmen Yolu Sokak Başer Han, No: 7 Kozyatağı - Erenköy - İstanbul

Ölçü, Diş Hekimi ile Diş Teknisyeni arasındaki köprüdür.



Maliyeti ucuz olan ölçü malzemesi hatası, pahalı maliyetli ileriki safhaların da hatalı çıkmasına neden olur.

Protez ve köprüleri ağıza adapte ederken kullandığınız frez, separe ve taş gibi malzemelerin aslında ölçü maddesinin hatasından kaynaklanarak kullanıldığını bilirsiniz.
Bu malzemelerin maliyetlerini ölçü malzemesinin maliyetine eklerseniz Lastic xtra'nın ucuzluğu anlaşılacaktır.

Ölçünüzün netliğini görünce şaşıracaksınız.

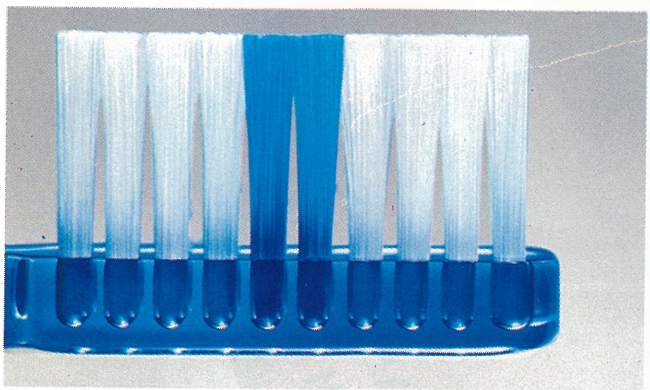


AKDENİZ DİŞ DEPOSU SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
MERKEZ: KIZILAY CAD. NO. 4 ERSARAY PSJ. 1/10 01010 SEYHAN - ADANA
TEL: (0 322) 351 30 90 - 352 75 43 FAX: (0 322) 359 08 73
ŞUBE: GALATASARAY, MEŞRUTİYET CAD. NO. 7 KAT 3 80050 BEYOĞLU - İSTANBUL
TEL: (0 212) 243 46 85

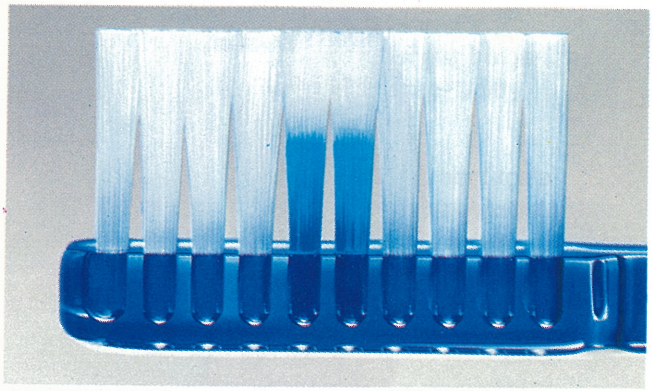
ET 0.216.346 82 72

DENTAL

İşte hastalarınıza önerinizi hatırlatan bir diş fırçası!



Yeni



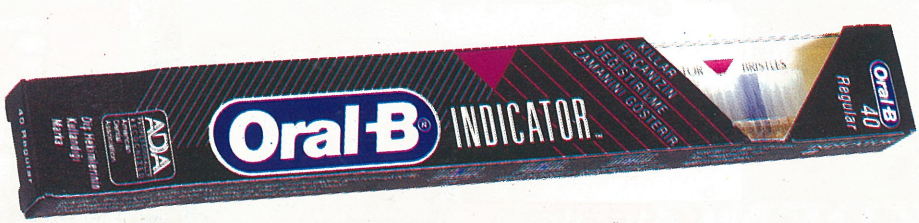
Değiştirme zamanı
(yaklaşık üç ay sonra)

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.

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
Meşrutiyet Cad. 32/8
06420 Kızılay/ANKARA
Tel: (312) 417 74 92
Fax : (312) 417 19 22

Sahibi:
TDB Yönetim Kurulu Adına
Genel Başkan
Dt. Celal Korkut YILDIRIM

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Genel Sekreter Dt. A. Murat ERSOY

TDB Yayın Kurulu Sorumlusu:
Dt. Süha ALPAY
Yayın Kurulu:
Dt. Ayşegül Küçüker ATAMAN
Dt. Mehmet Ali DEĞİRMENCİ
Dt. Neşe ERAD
Dt. Mehmet Ali KILIÇARSLAN

Öğrenci Kolu Temsilcisi:
Zeynep D. AYHAN

Bilimsel Danışma Kurulu:
Prof. Dr. Hamit BOSTANCI
(Periodontoloji)
Prof. Dr. Tayfun ALAÇAM
(Endodonti)
Doç. Dr. Ersan ERSOY
(Protetik Diş Tedavisi)
Prof. Dr. Hülya KÖPRÜLÜ
(Konservatif Diş Tedavisi)
Doç. Dr. Reha KİŞNİŞÇİ
Doç. Dr. Onur İÇTEN
(Ağız Diş Çene Cerrahisi)
Doç. Dr. Serap ÇETİNER
(Pedodonti)
Dr. Dt. Ümit ÜLKÜER
(Oral Diagnoz ve Radyoloji)

Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi:
Meşrutiyet Cad. 32/8 06420
Kızılay/ANKARA
Tel: (312) 417 74 92-Fax : (312) 417 19 22

TDBD Nisan 1996,
31. Sayı 12.000 adet basılmıştır.
TDB üyelerine ücretsizdir.
2 Ayda bir ve yılda 6 sayı yayınlanır.

Yayına Hazırlayan:
Dosya Yayıncılık

Baskı:
Rekor Ofset

Kapak Fotoğrafı:
TDB'nin 10. yılında ilkokul 4. ve 5. sınıfları arasında yapılan "Dişlerimiz ve Biz" adlı resim yarışmasının afişinden.

TDBD

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

5 TDB 1. Dişhekimliği Eğitimi Kurultayı

9 Öğrenciler de İstanbul'daydı

10 1. Dişhekimliği Eğitimi Kurultayı'nın ardından
Prof. Dr. Gülümser Koçak

20 Sosyal güvenlik sistemi geleceğimizdir-I-
Dt. Rıfat Yüzbaşıoğlu

22 Dişhekimliğinde klinik fotoğraf
Doç. Dr. Semih Berksun

26 Dental fobi
Prof. Dr. Işıl Sayıl

35 Temporamandibular eklem diskinin akut yer değiştirmesinin (Akut redüksiyonsuz disk displacement) tedavisi-3 Olgu
Doç. Dr. Nur Hersek, Doç. Dr. Şenay Canay, Dt. Gülay Uzun, Prof. Dr. Erdal Şahin.

38 Ön rehberliğin restoratif dişhekimliğindeki önemi
Doç. Dr. Ayşe Cavidan Akören

41 Meslek kusurları hekim ve dişhekimlerinin sorumluluğu
Dr. Dt. Metin Bozkurt

49 Müşfik Benlioğlu: "Gümrük Birliğinden sonra ucuzluk olmayacak"
Prof. Dr. Cihan Akçaboy

51 Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği Başkanı Sibel Güneş: "Meslek örgütleriyle işbirliği içinde olmayı istiyoruz.

51 Dişhekimliğinde kullanılan bazı araç ve gereçler
Prof. Dr. Erdoğan Turgut

55 Dünya literatüründen seçmeler

56 Kongre-Sempozyum-Kurs-Toplantı





TDB 1. DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİ KURULTAYI

TDB ve TDB'ye bağlı oda temsilcilerinin, 10 fakülte dekan ve/veya dekan yardımcılarının otuzdan fazla sayıda öğrencinin katıldığı TDB, Dişhekimliği Eğitim Kurultayı 8-9 Mart 1996 tarihlerinde İstanbul'da yapıldı.

Toplantıya katılmak üzere yola çıkan İçel ve Gaziantep oda temsilcileri, olağanüstü hava koşulları nedeniyle İstanbul'a ulaşamadan geri dönmek durumunda kaldılar ve kurultaya katılamadılar. Toplantı Tarabya yakınlarında Hakimevi'nde yapıldı. TDB adına İDO'nun üstlendiği toplantı organizasyonu her açıdan kusursuzdu. Dişhekimliği eğitimi gibi önemli bir ulusal sorun geniş bir birliktelik içinde tartışılarak değerlendirildi ve öneriler geliştirildi.

8 Mart Cuma günü sabahı yapılan açılış oturumunda ilk konuşmayı, İDO Başkanı Prof. Dr. Gülümser Koçak yaptı. Konuşmasında başarı için kurultayların devam etmesi gerektiğini vurgulayan Koçak yaptığı kısa açılış konuşmasından sonra, öğrenciler adına konuşmak üzere Stj Dt. Zeynep Ayhan'ı kürsüye çağırdı. Zeynep öğrenciler adına orada olmaktan duydukları memnuniyeti ifade ederken oldukça heyecanlıydı. Daha sonra sırayla, Sağlık Bakanlığı adına Ağız ve Diş Sağlığı Daire Başkanı Dt. Enis Güney ve dekanlar adına İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Mehmet Beyli konuştular. Son sözü alan TDB Başkanı Celal Yıldırım, aynı zamanda Kadınlar Günü olan 8 Mart'ın farklı bir yönüne dikkat çekerek Hacettepe, Marmara, Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültelerinin 3 bayan dekanının isimlerini anarak salona takdim etti.

Kurultay programında yeralan 3 panelden ilki, "Yeni Fakülteler gerekli mi?" başlığı altında tartışıldı.

TDB Başkanı Celal Yıldırım'ın panel yöneticisi olduğu oturumda 19 Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Aslan Akgünlü, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Dekanı Prof. Dr. Mehmet Beyli, Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Köksal Baloş ve Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Ferda Taşar konuşmacı olarak katıldılar.

Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Aslan Akgünlü konuşmasında, yeni açılan fakültelerin, topluma yüksek düzeyde dişhekimliği hizmeti verdiğini, halkın bu hizmete ulaşmak için maddi ve manevi zorluklar çektiğini vurguladı. İyi bir planlama ile 200'e varan öğrencinin yeni fakültelere kaydırılmasının uygun olacağını belirten Akgünlü, politikacıların planlama ve araştırma yapmadan kendi bölgelerinde yeni fakülteler açmak istemelerini doğru bulmadığını ifade etti.

İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Mehmet Beyli konuşmasına 1994 yılında yayınlanan bir araştırmadan sayılar aktararak başladı. Dişhekimliği fakültesi öğrencilerinin % 30'unun birinci tercihini kazandığını, %50'si için dişhekimliğinin 6'ncı veya daha alt tercih olduğunu söyleyen Beyli, araştırmaya göre öğrencilerin %98'inin fakültelerde öğrenci fazlalığından yakındığını açıkladı. "Öğrencilerin eğer yeniden öğrenime başlasalardı sadece %38'inin dişhekimliği eğitimini seçeceğinin ortaya çıktığı araştırmada, bir diğer ilginç sonuç öğrencilerin %13'ünün mezun olduktan sonra dişhekimliği mesleği dışında işler yapmak istemesiydi" diyen Beyli Yedinci 5 Yıllık Kalkınma Planında yeralan "Ağız ve Diş Sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına duyulan ihtiyaç devam etmektedir" ifadesine dikkat çekip, "Ciddi verilere dayanmadan Türkiye'de yeni dişhekimliği fakültesi ihtiyacı varmış gibi bir sonuca varılıyor" dedi. Eğitim yetersizliğine değinerek, "Varolan dişhekimliği fakültelerinin yeterli olduğunu ancak bunların çok daha iyi bir konuma getirilmesi gerektiğini söyleyen Beyli, DPT'nin hekim ve vatandaş sayısını bölerek ülke için dişhekimi açığı olduğu gibi bir sonuca vardığını, bu şekilde hedef saptamayı yanlış bulduğunu belirterek, dişhekimi sayısının az olduğu yerde fakülte açılmasına karşı çıktığını ifade etti.

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı ve YÖK üyesi Köksal Baloş; ÖSYM'ye başvuran ve üniversiteye girebilen öğrencilerin sayısal oranına bakıldığında yeni fakültelere ihtiyaç olduğunu ve özellikle tıp, dişhekimliği, mühendislik gibi fakültelerin vitrin fakülteler olarak değerlendirildiğini söyledi. Esas önemli noktanın kaliteli üniversitelerde kaliteli insanlar yetiştirmek olduğunu ifade eden Baloş, konuşmasında Türkiye'deki yüksek öğrenim sorunlarına geniş yer verdi. 94-95 yılı itibarıyla Türkiye'de 5487 dişhekimliği öğrencisi olduğunu söyleyen Baloş, "Uzun süre fakülte açılmamalıdır" diyerek eski fakültelerden yeni fakültelere öğretim elemanı desteği olması gerektiğini vurguladı. Bir ilde fakülte açmak için 27 parametreye başvurduklarını, ildeki özel araç sayısının bile önemli bir parametre olarak kabullendiğini söyleyen Baloş, konuşmasını bitirirken; "2000'li yıllar kişilerin sizden iyi protez yapmanız değil, dişlerini ağızlarında tutmanızı istediği yıllar olacaktır"





dedi.

Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Ferda Taşar konuşmasının başında açık konuşacağını ve yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasına kesinlikle karşı olduğunu belirtti. Taşar, yeni kurulan fakültelerin ön araştırma yapılmadan açıldığını, metropolitan fakülteler olarak adlandırdığı üç büyükşehir fakültelerinde kadro fazlasının olduğunu ve bu fakültelerden yeni kurulan fakültelere mutlak surette destek verilmesi gerektiğini ancak bunun da tam olarak sağlanamadığını ifade etti. Konuşmasında mesleğimizi tanımlayan Taşar, dikkat, sabır, incelik ve her zaman güleryüzü gerekli kılan bir mesleğe sahip olduğumuzu, dekanlarının 4. toplantısının gerçekleştirildiğini ve bu ilişkilerin sıklaştırılmasının gerektiğini belirtti.

Panel yöneticisi Celal Yıldırım TDB'nin görüşüne yer veren kısa bir konuşma yaptı. Yıldırım konuşmasında, sağlık ve eğitime yapılan harcamaların yatırım niteliği taşıdığının bilindiğini ancak bu konuda çok iyi bir planlama gerektiğini, DPT'nin olaya bakışının sadece nüfusa endeksli olmasının sakınca yarattığını, eğitimin kalitesinin ve istihdamının mutlaka düşünülmesi gerektiğini söyledi.

Oldukça hareketli geçen tartışma süreci sonunda sonuç bildirgesi için Mehmet Beyli, Rıfat Yüzbaşıoğlu ve İnci Oktay'dan oluşan bir komisyon oluşturuldu.

İlk gün öğleden sonra programda yer alan tebliğler bölümünü Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Nesrin Emekli ve Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Muzaffer Gülyurt yönettiler.

Bu bölümde; dişhekimliğinde İngilizce eğitimi, öğrencilerin dişhekimliği konusunda yaptıkları bir anket çalışması, çağdaş dişhekimliği eğitimi, sürekli dişhekimliği eğitimi konuları ve ADO'nun konuyla ilgili görüşleri gündeme getirildi.

Dişhekimliği ve eğitiminin çağdaş düzeye getirilmesi konusunda görüşlerini açıklayan Ege Üniversitesi'nden Prof. Dr. Şükrü Kandemir, muayenhanelerde çok fazla gereksiz diş çekimi yapıldığını, ağız bakımı konusunda hastalara bilgi verilmediğini, odaların yaptığı bilimsel toplantılara katılımın - implant konusu hariç- 1/15 gibi çok düşük oranda olduğunu, dişhekimliği ile ilgili kitap yayınlanmadığını, öğretim üyelerini denetleyen hiçbir mekanizmanın bulunmadığını ve bu işin kişinin vicdanına kaldığını, hasta haklarının mutlaka belirlenmesi ve yasallaştırılması gerektiğini ifade etti.

İstanbul ve Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi öğrencilerinin kendi aralarında yaptığı anket, öğrencilerin 3/4'ünün öğretim üyeleri ve yardımcıları ile ilişkileri istenilen seviyede bulmaması, %92'sinin eğitim olanaklarını yetersiz bulması gibi sonuçlar ortaya koymaktaydı.

Sürekli dişhekimliği eğitimi konularında görüşlerini açıklayan İzmir Dişhekimleri Odası Başkanı Dt. Levent Özses ve TDB Yönetim Kurulu Üyesi Dt. Faruk Erisev, TDB'nin hazırladığı mezuniyet sonrası eğitim yönetmeliğinin Sağlık Bakanlığı'nca ilköğretim dışında zorunlu eğitimin Anayasaya aykırı olduğu gerekçesiyle reddedildiğini, ancak sürekli eğitimin verilecek sertifikalar ve puanlama sistemi ile cazip hale getirilebileceğini belirttiler.

Kurultayın 2. gününde serbest bildiriler kısmında konuşan Dicle üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Mine Akalar, fakültelerimizin nereden nereye geldiği hakkında güzel bilgiler verdi. Akalar, 1960-70 dönemlerindeki eğitim programında "Muayenehane idaresi", "Ergonomi" gibi derslerin olduğunu, ancak günümüzde bu gibi derslerin olmadığını, bunun da bir eksiklik oluşturduğunu ifade etti.

Eğitim kurultayının 2. panel konusu "Dişhekimliği eğitiminde standardizasyon ve Avrupa Birliği" idi. Moderatörlüğünü Prof. Dr. Mine Akalar'ın yaptığı panele Hacettepe Üniversitesi'nden Prof. Dr. Yavuz Aslan, Sağlık Bakanlığı'ndan Belgin Erkilet, İstanbul Dişhekimleri Odasından Dt. Muzaffer Demirci, İstanbul Üniversitesinden Prof. Dr. İnci Oktay ve Ankara Üniversitesinden Prof. Dr. Nuri Yazıcıoğlu konuşmacı olarak katıldılar.

Panelde ilk konuşmacı olarak Belgin Erkilet, 1979 yılından bu yana Avrupa Topluluğunu oluşturan direktifler, tüzükler ve kararlar hakkında genel bir açıklama yaptı. Dişhekimliği ile ilgili Avrupa Topluluğu direktiflerinden örnekler veren Erkilet dişhekimliği eğitiminin 5 yıllık tam gün teorik ve pratik eğitimi kapsadığı ve üye ülkeler için en az iki dalın uzmanlık alanı kabul edildiğini belirtti.

Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekan Yardımcısı Nuri Yazıcıoğlu, dişhekimliği eğitiminin popülasyonun özelliklerine göre olması gerektiğini söyleyerek epidemiyolojik verilerin Sağlık Bakanlığı tarafından tüm bölgeler taranarak elde edilmesi gerektiğini belirtti. Yıllardır Ağız ve Diş Sağlığı Genel Müdürlüğünün kuruluşunu savunduklarını sözleyen Yazıcıoğlu 80'den sonra dişhekimliği eğitimi içinde yeralan olumlu öğelerin kaldırıldığını, eğitimin daha olumsuz bir noktaya geldiğini söyledi. 30 yıl önce dişhekimliği fakültelerinden mezun olanların sıkıntı çekmeden Avrupa ülkelerinde çalıştığını, uyum sorunu olmadığını belirten Yazıcıoğlu, 1988'de İDO Dergisinde yayınlanan bir araştırmada Avrupa ülkeleri dişhekimliği fakültelerinde teorik eğitimin genel eğitim uygulamaları içindeki payının %28, pratik uygulamaların ise %72, Türkiye'de ise bu oranların aynı sıra ile %55.8 ve %44.2 olduğunu belirtti.

Yavuz Aslan konuşmasında fakülteler arasında eğitimde standardizasyonun gerekliliğini vurguladı ve sorunları aktardı. Eğitimin 6 yıla çıkarılabileceği-

ni, intörnlük ve genel dişhekimliği asistanlığı konulabileceğini söyleyen Aslan, yurtdışında yapılan ulusal yeterlilik sınavının yararlı olduğunu ifade etti.

Panelin diğer konuşmacısı İnci Oktay, nitelikli hekimlik özelliklerini geliştiren ve koruyucu dişhekimliği eğitiminin ağırlıklı bir rol aldığı bir eğitim modeli oluşturulmasını önerdi. Oktay 5 yıllık eğitimin uzatılmasını değil bir dişhekimi yanında ya da kamu kliniğinde 1 yıllık bir uygulamadan yana olduğunu belirtti.

İDO Genel Sekreteri Muzaffer Demirci, standardizasyonun İSO tanımını yaptıktan sonra yürürlükteki çok eski kanunlardan söz edip bunların yeniden düzenlenmesi gerektiğini savundu.

Prof. Dr. Turhan Atalay'ın modelatörlüğündeki III. panelde "Sürekli dişhekimliği eğitimi" (SDE) konusunda Ankara Üniversitesi'nden Prof. Dr. Hamit Bostancı, Dt. Faruk Erisev ve Çukurova Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. İlter Uzel görüşlerini açıkladılar.

İlter Uzel konuşmasında 1800'lü yıllarda bilgi yenileme hızının 150 yılda bir gerçekleşirken bunun 1950'lerde 50 yılda bire günümüzde ise bu hızın 5 yılda bire düştüğünü; yani 5 yıl içinde bilgi ve kavramların yüzde 100'e yakın değişim gösterdiğine dikkat çekti. Kursların ücretli olması gerektiğini savunan Uzel yerli konuşmacıların tercih edilmesi gerektiğini de sözlerine ekledi.

Daha sonra sözalan Hamit Bostancı ABD ve Avrupa'da SDE uygulamalarından bahsetti ve "Fakülteler mezuniyet sonrası eğitimi alabilecek dişhekimi yetiştirmelidir" dedi.

Faruk Erisev, TDB ve Odaların yaptığı çeşitli SDE etkinliklerinden sözettikten sonra, SDE kredilendirme çalışmaları ve zorunlu SDE'nin önündeki engelleri tartışmaya açtı. Bostancı bu konuya ilk önce teşvik ile başlanmasını, yaygınlaşmasını ve ancak demokratik katılım ile yasal zorunluluk aşamasına gelinebileceğini ifade etti.

Mezuniyet sonrası eğitim yapan doktora öğrencilerinin eğitimleri ile sorunlarının tartışılmamasının eksikliğini hissettiğimiz, ancak faydalı tebliğler paneller ve toplantılarla oldukça renkli geçen bu kurultay sonunda öğrenci temsilcisi Stj. Dt. Candan Efeoğlu aralarında yaptıkları toplantının sonuçlarını ve TDB Başkanvekili Kazmir Pamir de Kurultayın sonuç bildirgesini sundular.

Türkiye'de dişhekimliği eğitiminin çağdaş düzeye getirilmesi herkesin dileği ve bunun için de hepimize düşen görevler var. Kısa ve uzun vadeler projeler saptanır ve ona göre de akılcı uygulamalarla bunlar gerçekleştirilirse o zaman amaca daha çabuk ulaşılacağı kanısındayız.

Bu projelerin bilinmesi ve uygulanabilirliği, bu tip kurultaylarda tartışılır ve katılımın artması ile daha da coşkulu ve renkli geçer. Kurultay'ın kapanış bölümünde bu coşku tüm salona yansımıştı ve gelecek için umutlanmamak mümkün değildi. İşte bu kıvılcımı İDO Başkanı sevgi dolu ve değerli insan Prof. Dr. Gülümser Koçak ve ekibi çakmıştır. Kurultay sonunda herkesin ayakta alkışladığı, pekçok kişinin gözlerini dolduran ve Türkiye'de ilk kez öğretim üyeleri, Birlik ve Oda yöneticileri ve öğrencileri biraraya getirerek dişhekimliğinde eğitim tartışıldığı böylesi bir kurultayın daha sonrakiler için bir başlangıç oluşturmasını diliyor, bu bağlamda başta TDB ve İDO'nun değerli yöneticileri olmak üzere kurultayın gerçekleşmesinde emeği geçen herkese teşekkür ediyoruz.

Derleyen:
Dr. Dt. H. Tuncay Akdoğanlı

TDB 1. DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİM KURULTAYI SONUÇ BİLDİRGESİ

Kurultay boyunca yapılan konuşmalar ve tartışmalar dişhekimliği öğretiminin, ülkenin yüksek öğretim politikası, insan kaynakları politikası, sosyo-ekonomik koşullar vb. faktörlerden oluşan bir bütünlük içinde incelenmesi ve değerlendirilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır.

Ülkemizde dişhekimi insangücü dağılımı incelendiğinde, büyük kentlerde 2.000 kişiye bir dişhekimi düşerken bu sayının 20.000'ne, 50.000'ne yükseldiği illerimizin de bulunduğu ve dişhekimine toplum talebinin ise çok düşük olduğu görülmektedir.

1- Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılıp açılmamasında, toplumun ağız-diş sağlığı hizmetlerine olan ihtiyaç ve talep dengesi ile insan gücünün dağılımı dikkate alınmalıdır. Bir sonraki Eğitim Kurultayı'na kadar DPT, Dişhekimliği Fakülteleri, Sağlık Bakanlığı ve Türk Dişhekimleri Birliği ortak çalışmalı ve bu konuda karar verilmesine esas olan yukardaki faktörleri değerlendirmelidir. Ancak böylece ülkemiz için gerçekçi bir insan gücü planlaması yapılabilir. Yeni fakültelerin açılmasında da bu plan esas alınmalıdır. Yüksek öğrenime olan talebin de ara insan gücü gereksinimine yönlendirilmesi çalışmaları yapılmalıdır.

2- Dişhekimliği fakültelerinin öğretim üye kapasitesi, fiziki koşulları, öğrenci sayısı, öğretim programları uluslararası ölçülere ve gereksinimlere uygun hale getirilmelidir.

3- Eğitim programları ele alınırken ağız ve diş sağlığı konusunda bireysel-toplumsal düzeyde koruyucu hekimlik programlarına ağırlık verilmelidir.

4- Avrupa Birliği'ne uyumun hangi alanlarda olacağı belirlenip çalışmalara şimdiden başlamak gerekmektedir.

5- Sürekli Dişhekimliği Eğitimi için yasal düzenleme gereklidir. Yasal düzenlemeye kadar motive edici çalışmalar yapılmalıdır. Bu konuda ki mevzuat çalışmalarını ve eğitim biçimini, süresini, hangi kurumlar tarafından yürütüleceğini takip etmek için bir komisyon kurulmalıdır.

6- Son dönemde, yurt dışında özellikle Türki Cumhuriyetler ve Ortadoğu ülkelerinden sahte belge ile ya da yetersiz eğitim sonucu alınmış diplomaların Sağlık Bakanlığına onaylatarak dişhekimliği yapmak üzere başvurularda artış görülmektedir. Bu konuda ciddi önlemler alınarak yasa ve yönetmelikler titizlikle uygulanmalı, aralarında TDB'nin de bulunduğu yeni bir yapı oluşturulmalıdır.



ÖĞRENCİLER DE İSTANBUL'DAYDI

Stj. Dt. Zeynep D. Ayhan

TDB tarafından 8-9 Mart 1996 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenen 1. Dişhekimliği Eğitim kurultayı'na fakültelerden öğrenci temsilcileri de davetliydiler. Eğitim konusunun birebir muhatapları olarak öğrencilere de söz hakkı verilmesi bizleri mutlu etti. Organizasyonu düzenleyen İstanbul Dişhekimleri Odası'nın öğrencilere ilgisi ise çok sıcak. Sanırım en önemlisi ve güzeli de öğrencilere toplantı salonlarında denetlenmeden, özgürce bir tartışma ortamı sağlanmasıydı. Elbette bizlere duyulan bu güven sorumluluklarımızı da artırdı.

Toplantılara 7 fakülteden (A.Ü., G.Ü., H.Ü, E.Ü., İ.Ü., M.Ü., D.Ü.) 30'un üzerinde öğrenci katıldı. İlk günkü oturumda her fakülteden bir temsilci dişhekimliği eğitimindeki sıkıntılarını, sorunlarını dile getirdiler ve tartışılacak konular ana başlıklar halinde belirlendi. İkinci gün, çeşitli alt başlıklar içeren 4 ana madde üzerinde çalışacak komisyonlar oluşturuldu. Komisyonlara mümkün olduğunca her fakülteden bir temsilcinin katılımı sağlandı. Tüm öğrencilerin katıldığı bu komisyonlar şu başlıkları tartıştı.

I. Kontenjan sorunu
II. Öğrenci-öğretim görevlisi ilişkileri
III. Müfredat planlaması
IV. Ekonomik problemler

Daha sonra komisyonların çalışmaları tüm öğrencilerin görüşüne sunuldu ve ortak bir sonuç çıkarıldı.

TDB EĞİTİM KURULTAYI ÖĞRENCİ BİLDİRGESİ

Dişhekimliği eğitimi konusunda öğrencilerin görüş ve önerileri başlıklar altında şu şekilde özetlendi:

I. Kontenjan sorunu

Dişhekimliği eğitiminde eğitim kalitesi temel hedef olmalıdır. Bunun için fiziki, teknik ve akademik imkanlara uygun kontenjan belirlenmesi konusunda fakülte yönetimlerinin tek yetkili kılınmaları akılcıdır. Fakültelerde, temeli kontenjan fazlalığına dayanan çeşitli sorunlarla yüz yüzeyiz. Teorik derslerde aşırı kalabalık olan sınıflar ve anfilerin ideal şartlardan (ses düzeni, ısıtma vs.) uzak olması derslerin verimini düşürmektedir. Öğrenci sayısındaki fazlalık, preklinik eğitiminde demonstrasyonların yetersiz kalmasına yolaçarken; kliniklerde ise yetersiz sayı ve yetersiz çalışma kapasitesindeki ünitler nedeniyle klinik eğitime ayrılan süre etkin kullanılmamakta ve istenilen verim elde edilememektedir. Bunlar, öğrencilerin sene kayıplarında da önemli rol oynamaktadır.

Sonuç olarak; akademik kapasite-kontenjan dengesi kurulmalı, yani fakülte şartlarına göre kontenjan ayarlaması yapılmalıdır.

II. Öğrenci-Öğretim görevlisi ilişkileri

Öğrenci sayısı arttıkça, Öğretim görevlileri ile ilişkiler olumsuz etkilenmektedir. Bu ilişkinin zayıfladığı ölçüde de "usta-çırak" ilişkisine dayanan dişhekimliği eğitim ve öğretiminde kalite düşmektedir. Bu ilişkilerin yetersizliği zaman zaman sorumlu olduğumuz hastalarımız karşısında gelişmekte olan dişhekimliği kariyerimizin zedelenmesine yol açmaktadır. Bu sorunların özveri ile aşılabileceğine inanıyoruz. Düzenli aralıklarla, sınıf temsilcileri ve fakülte yöneticileri arasında sorunlar ve çözümleri üzerinde toplantılar yapılmasını, iletişimin artırılmasını öneriyoruz.

III. Müfredat planlaması

Teorik dersler ve pratik arasında bocalamayı pekçoğumuz yapıyoruz. Teorik derslerin kapsamının kliniğe yönelik olması ve daha verimli olacak şekilde (farklı derslerde aynı konuların değişik şekillerde anlatılmaması gibi) düzenlenmesini istiyoruz. Temel tıp dersleri dahil olmak üzere, dişhekimliği öğrencisinin ihtiyacına yönelik güncel ve yeni bilgilerin aktarılmasını ve kaynak kitap sağlanmasını istiyoruz.

Kütüphanelerin kaynak kitap ve sürekli yayınlar bakımından zenginleştirilmesi, gelişen çağa uygun olarak internet bağlantısının kurulması ve laboratuvarlarda yararlanım sürelerinin artırılmasını (hafta sonları gibi.) istiyoruz.

Teorik derslerde devam zorunluluğunun öğrencinin sorumluluğuna bırakılmasını diliyoruz.

IV. Ekonomik problemler

Dişhekimliği eğitiminin öğrenciler için oldukça yüksek maliyetli bir eğitim olduğu bir gerçek. Bu konu gözönünde bulundurularak, fakültelerin öğrencilere verdiği katkı paylarının artırılmasını, fakülteler ve TDB'nin öğrencilere yönelik yeni burs kaynaklarını bulmalarını bekliyoruz. Döner sermayelerden kaynak aktarımı ile öğrenciler üzerine düşen malzeme maliyetinin azaltılmasını istiyoruz.



İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Prof. Dr. Gülümser Koçak:

1. EĞİTİM KURULTAYI'NIN ARDINDAN

Geç kalınmış olsa da doğru zamanda yapılmış faydalı bir toplantı olduğu söylenebilir.

Bir sonra yapılacaklar bir öncekinin eksikliklerini tamamladığı sürece başarıya ulaşmak için engel olamaz.

"Dişhekimliğinde Uzmanlık" konusu TDB seviyesinde çeşitli platformlarda tartışılırken; katıldığım toplantılar meslek için önemli konuların artık ayrı mekanlarda değil daha da geç kalmadan birarada konuşulmasının gerekliliğini gösteriyordu.

TDB Yönetim kurulunun bu gerçeği görüp kurultayın yapılmasına karar vermeleri doğru ve cesur bir davranıştı.

TDB tarafından bu görevin İDO'ya teklif edilmesi karşısında, var olan potansiyelini değerlendirerek güçlüğü kadar onurlu bir işi kabul etmes İDO'nun yapması gereken bir görev anlayışı olarak telakki edildi.

10 Dişhekimliği Fakültesi Dekanının da bu konuya sıcak bakması ve katkıda bulunmaları ilaveten konu ile ilgili öğretim üyelerinin katkıları bilimsel kimliğin normal bir göstergesi olarak ifade edilebilir.

Kurultayın yapılmasına karar verildikten sonra kısa sürede doğru işlemlerin yapılması gündeme geliyordu.

İDO Yönetim Kurulunda yapılan her iş gibi özellikle "ilk" in hem başarılı hem de sürekliliği sağlaması ilkesinden yola çıkarak kurultayın ana çizgileri belirlendi.

Bu aşamaya kadar hızla devam eden işlemler görüşme safhasında konunun önemi, duyarlılığı, ülke çapında dengelerin sağlanması daha önemlisi amaca yönelik olması açısından zaman alması kaçınılmazdı.

İlk önce 10 Dişhekimliği Fakültesinin Dekanlarına istanbul'da yaptıkları toplantıda kendilerine bilgi verilip, konu hakkında görüşleri, önerileri ve onayları sözlü olarak alındıktan sonra görüşmelere yazılı ve sözlü devam edildi.

Uygun tarih.... süre.... ana konuların seçiminde kriterler.... paneller, konferanslar, serbest bildiri, workshop ve kurumlar arası görüşmelerin hepsinin programa sığdırılması.... İlgili kurumlardan davet edilecek kişilerin saptanması.... Tüm dişhekimliği fakültelerinden temsilci öğrencilerin seçimi bunların İstanbul'a gelmeleri için olanakların sağlanması.... dişhekimleri odalarından katılımı sağlamak ve toplantının faydalı olabilmesi için dikkat edilmesi gereken hususlar.... Böyle bir kurultay için İstanbul'da mekanın seçilmesi, insan gücünün dışında ekonomik boyutunun düşünülmesi....

Bunlar başlangıçta akla gelen sorular ve sorunlardı.

Neden böyle bir açıklamaya gerek vardı.

Çünkü hiçbir toplantı eksiklikleri, hataları ve güzellikleriyle sunulduğu günkü kadar kolay organize edilemiyor.

Bununla beraber sonuç güzel olduğu sürece tüm sıkıntılar, üzüntüler ve yorgunluklar her şeyde olduğu gibi yerini mutluluğa bırakıyor.

Kurultay süresince Fakülte yetkililerinin, Öğretim üyelerinin, Türk Dişhekimleri Birliği ve Oda Yönetim Kurulu Üyelerinin, öğrencilerin aynı mekanda ortak sorunlarını tartışması, çözüme ulaşmak için öneriler sunması bana göre oldukça önemli ve zevkli anlardı.

Geleceğin meslektaşları öğrencilerin, bir saat öncesine kadar birbirlerini tanımamalarına rağmen iki gün süresince ciddi ve geleceğe ümit verecek şekilde toplantılarını yürütmeleri izlenmeye değerdi.

Kurultaydan her ayrılan bu toplantının sürekliliğinin gerekliliğini ifade ettiğine göre hepimize düşen görev bu sürekliliği sağlamaktır.

Bu önemli toplantıya haberdar edilip gelmeyen yetkililer, haberi olup da gelmeyen ve gelemeyenlerin meslekleri adına çok şey kaçırdıları söylenebilir.

İDO olarak önce Eğitim kurultayına karar verdiği ve bu onurlu görevi

bize verdiği için TDB Yönetim kuruluna,

Toplantının gerçekleşmesi için Atatürk (Erzurum), Çukurova (Adana), Dicle (Diyarbakır), Ege (İzmir), Hacettepe, Gazi (Ankara), İstanbu (İstanbul), Marmara (İstanbul) ve 19 Mayıs (Samsun) Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanlarına bizzat katıldıkları ve katkıları için,

Yukarıdaki fakültelerden ve ilaveten Ankara Üniversitesi Dişhekimliğ Fakültesinden Kurultaya katılan yetkililere ve Öğretim Üyelerine,

Kurultaya katılan ve de kötü hava koşulları nedeniyle İstanbul'a gelemeyen tüm dişhekimleri odaları yetkililerine,

Ankara, Dicle, Ege, Gazi, Hacettepe, İstanbul, Marmara Dişhekimliği Fakülteleri öğrenci temsilcilerine,

Bilime, mesleğe ve meslektaşa duydukları saygı ve katkılarından dolayı şükranlarımızı sunarız.

Ne birbirinden daha fazla ne de birbirinden daha az ne ilk ne de son bu konuya emek veren, özveride bulunan herkese ve

Kurultayın organizasyonu süresince birlikte çalıştığım arkadaşlarım;

Prof. Dr. M. Nayır'a (İ.Ü. temsilcisi). Doç. Dr. E Kazazoğlu'na (M.Ü. Temsilcisi), Dt. Nermin Öztürk (İDO Sosyal İşler Komisyonu), Dt. Pınar Satıoğlu (İDO Eğitim Komisyonu), Dt. Demet Sertgöz (İDO Basın Yayın Komisyonu), Dt. Ayten Yıldırım (İDO Mesleki Sorunları Araştırma Komisyonu), Dt. H. Rıfat Yüzbaşıoğlu (TDB Temsilcisi)

Yaşadığım sürece anılarımdan silinmeyecek güzellikler yaşattıkları için burada teşekkür etmek dışında elimden ne gelir?

Bundan sonrası, Türk Dişhekimleri Birliği'nin ivedilikle II. Eğitim Kurultayı'nın organizasyonunu ve tarihini belirlemesine kalıyor. I. Eğitim Kurultayı'ndan beklenen yararlar ancak bu süreklilikle sağlanabilecektir.

Önümüzdeki Kurultayın gerçekleşmesinde de bizim ve herkesin üzerine düşen görevi yerine getireceğinden kuşku duymuyorum.

1. TOPLUM AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KURULTAYI HAZIRLIKLARINA BAŞLANDI

Türk Dişhekimleri Birliği tarafından 8-9 Mart 1996 tarihlerinde İstanbul'da, Türk Dişhekimleri Birliği'nin Sağlık Bakanlığı yetkililerinin, tüm dişhekimliği fakültelerinin dekan ve öğretim üyelerinin ve öğrencilerin katıldığı ve mesleğimizde önemli bir kilometre taşı oluşturacağına inandığımız 1. Eğitim Kurultayının ardından şimdi de 1. Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Kurultayı için hazırlıklara başlandı.

Bu kurultayın hazırlık çalışmaları için 7 Mart 1996 tarihinde istanbul'da bir toplantı yapıldı. Yapılacak Kurultay'ın tarihi, yeri, katılımcıları ve tartışılacak konuları hakkında görüş alışverişinde bulunulan toplantıya Türk Dişhekimleri Birliği yöneticilerinin yanısıra Prof. Dr. İnci Oktay, Prof. Dr. Gülçin Saydam, Prof. Dr. Bihter Yazıcıoğlu, Doç. Dr. Ferda Doğan, Dr. Dişhekimi Metin Bozkurt, Dişhekimi Muzaffer Demirci, Dişhekimi Turgan Ülger, Dr. Dişhekimi Tuncay Akdoğanlı, Dişhekimi Muhittin Gül katıldılar.

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı alanında var olan durumun nasıl düzeltilebileceği, orta ve uzun vadeli hedeflerimiz, öncelikler, hedeflere yönelik devletin hangi kurumları ve hangi sivil toplum örgütleri ile ne düzeyde işbirliğine gidilebileceği, Türk Dişhekimleri Birliği'nin, fakültelerin ve meslektaşlarımızın yeri gibi konuların düzenlenecek kurultay kapsamında tartışılması düşünülüyor.

AVRUPA BİRLİĞİNDE EĞİTİMİN STANDARTLAŞTIRILMASI

İngiltere'nin Galler bölgesinde yer alan Cardiff Üniversitesi dekanı Prof. Dr. Norman Whitehause 27-27 Ocak tarihleri arasında İstanbul'daydı.

26 Ocak'ta Mustafa Nevzat A.Ş. salonundaki konferansında İngiltere'de dişhekimliği eğitiminin nasıl verildiğini anlatan Prof. Whitehause, Avrupa Topluluğu'na üye ülkelerde eğitim denkliğinin ne kadar önemli olduğuna da değindi. Bilindiği gibi Avrupa Topluluğu'na üye ülkelerde bireyler, serbest dolaşım hakkına sahip. A.T. dişhekimlerinin diğer üye ülkelerde serbestçe çalışabilmeleri için ise bu ülkelerin denkliğini tanıdığı bir diplomaya sahip olmaları gerekiyor. Bu durum eğitimde standardizasyonu gerektirmektedir.

"Bir dişhekimi için eğitim, dişhekimliği okuluna girdiğinden çalışmayı kestiği güne kadar sürer" diyen Prof. Whitehause meslek içi sürekli eğitimin önemine değindi. İngiltere'de amaçlarının önce bilim adamı sonra dişhekimi yetiştirmek olduğunu söyleyen Prof. Whitehause, "Dişhekimlerinden beklenen ise tedavi hizmeti vermekten daha öte topluma yönlendirme yetisidir" dedi.

Cardiff Üniversitesi öğretim üyelerinden Elisabeth Treasure da öğrencilerin kendi yaptıkları işlerive literatürü değerlendirebilecek yasal ve etik donanımlarının olması gerektiğini vurguladı.

27 Ocak Cumartesi günü ise Prof. Dr. Whitehause, Elisabeth Treasure TDB ve İDO yöneticileriyle, İDO Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu başkanı Prof. Dr. İnci Oktay, Cardiff Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi ile TDB ilişkilerinin geliştirilmesi amacıyla bir araya geldiler.

Toplantıda her iki ülkede yapılan ya da yapılacak olan toplum ağız diş sağlığına yönelik projelerin ortak değerlendirilebileceği vurgulanırken, bu çalışmalara katılan öğrencilerin karşılıklı değiştirilebileceği ve bu değişime de önümüzdeki sonbahar iki öğrenci ile başlanabileceği kararlaştırıldı.



EXPODENTAL '96 İÇİN BASIN TOPLANTISI

7 Şubat 1996 tarihinde Hilton'da, TDB 3. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi ve Expodental'ın tanıtımı amacıyla bir basın toplantısı yapıldı. ADO Başkanı Onur Şengün, ADO Genel Sekreteri Nezih Yavuz Tan ve TDB Başkan Vekili Süha Alpay'ın katıldığı toplantıda, basın mensuplarına kongre çalışmaları ve Expodental '96 hakkında bilgi verildi.

ADO Başkanı Onur Şengün, 18-22 Haziran tarihlerinde, Sn. Cumhurbaşkanı Süleyman Demirel himayelerinde yapılacak kongrenin 15.000 dişhekimine direk postalama yöntemi kullanılarak ve belli aralıklarla yapılan duyurularla tanıtıldığını vurguladıktan sonra, kongre hazırlıkları ile ilgili açıklamalar yaptı.

10.YIL PROGRAMI

1996 yılı, dişhekimlerinin bağımsız bir birlik oluşturmalarının 10. yılı. Daha öncede meslektaşlarımıza duyurduğumuz gibi Türk Dişhekimleri Birliği 10. yılını geniş bir programla kutlamayı hedefliyor.

Çalışma takvimindeki yoğunluk nedeniyle programın büyük bir kısmı Haziran ayında Ankara'da yapılacak Türk Dişhekimleri Birliği 3. Uluslararası Kongre takvimine dahil edildi.

Bu takvimde yer alan ulusal ölçekteki ilkokullararası resim yarışması Milli Eğitim Bakanlığı'nın desteği ve Sanipak AŞ'nin sponsorluğu ile DİŞLERİMİZ VE BİZ adı altında gerçekleştiriliyor.

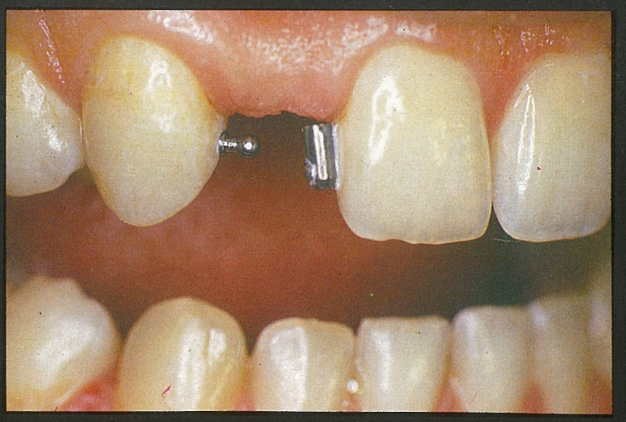
Yarışmanın afişleri ve duyuruları tüm okullara ulaştırıldı. 26 oda bölgesinde yapılacak elemelerde dereceye girenlere ödülleri verilecek. Oda bölgelerinde birinci olan resimler Ankara'da Türk Dişhekimleri Birliği'nin Büyük Jurisi tarafından değerlendirilerek Türkiye 1., 2. ve 3. belirlenecek.

Yine 10. yıl programı içinde verilmesi düşünülen Ağız ve Diş Sağlığı Basın Ödülü içinde hazırlıklar sürüyor.

Türk Dişhekimleri Birliği Genel kurullarında Onur Üyeliklerine seçilen Prof.Dr. Ercümen Konukman, Prof. Dr. Yılmaz Manisalı ve Sayın Şakir Eczacıbaşı 3. Uluslararası kongre programı içinde ödüllerini Ankara'da alacaklar.

10. yılımız ile ilgili birde logo çalışması yapıldı. Odalarımız hazırlanan bu logoyu yıl içindeki tüm yazışmalarda kullanacaklar.

ARTIK SAĞLAM DİŞLERİ KESMEDEN KÖPRÜ YAPMAK MÜMKÜN!



TEDAVİ ÖNCESİ



TEDAVİ SONRASI

UDA® KÖPRÜ SİSTEMİ

AVANTAJLARI

- Mükemmel estetik
- Hızlı ve ağrısız tedavi
- Diş kesimine gereksinim olmaması
- Periodontal dokuların zarar görmemesi
- Allerjik reaksiyon yaratmayan titanyum ankerler



TÜRKİYE MÜMESSİLİ

HAFIZOĞLU SAĞLIK HİZMETLERİ Ltd.Şti. 6029 Sk. No. 2 K.Yaka İZMİR
Tel : 0 (232) 3817773 -323 22 11-Fax : 3237017-Şube : 369 53 90

DİĞER ÜRÜNLERİMİZ

peridenta® Produkte

YENİ



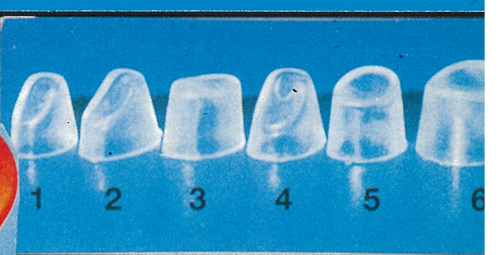
KOLE LASTİKLERİ



(Elastik Retraksiyon Manşetleri)

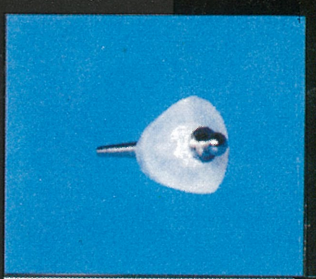






FORM BAŞLIKLARI





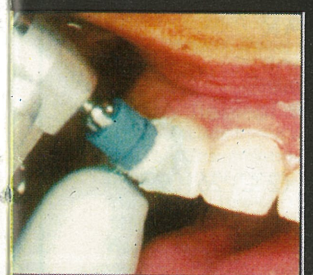
T.C.S. Titanyum - Kompozit - Sistem

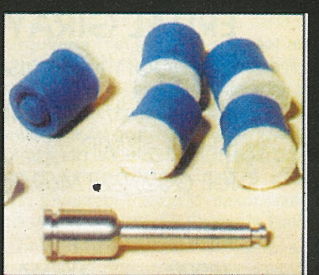
CERRAHİ ASPIRATÖR UCU



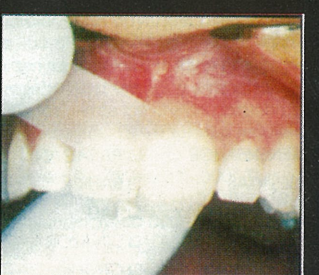


Form Başlığının Uygulanışı





H.P.S. Hijyenik Polisaj Keçe ve Lastikleri



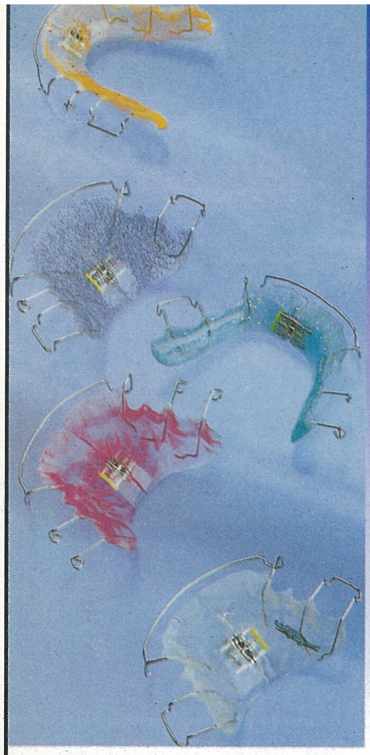
Adaptoflex Matris Bandı



Oto - Polimerizan Karıştırıcı Kabı

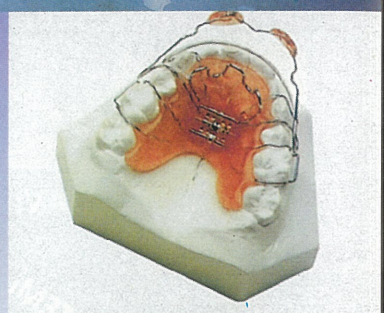
3. ULUSLARARASI DİŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ'ndeki STANDIMIZDA ÜRÜNLERİMİZLE TANIŞIN

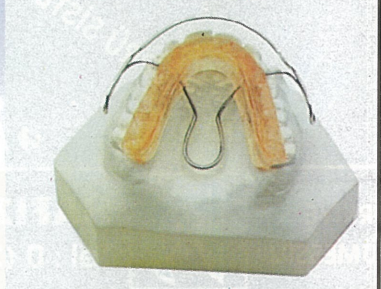
● UDA KÖPRÜ VİDEO GÖSTERİMİ (20 - 23 HAZİRAN'04 ANKARA HİLTON)

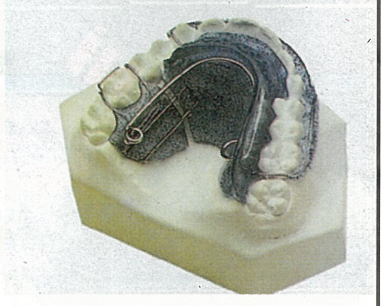


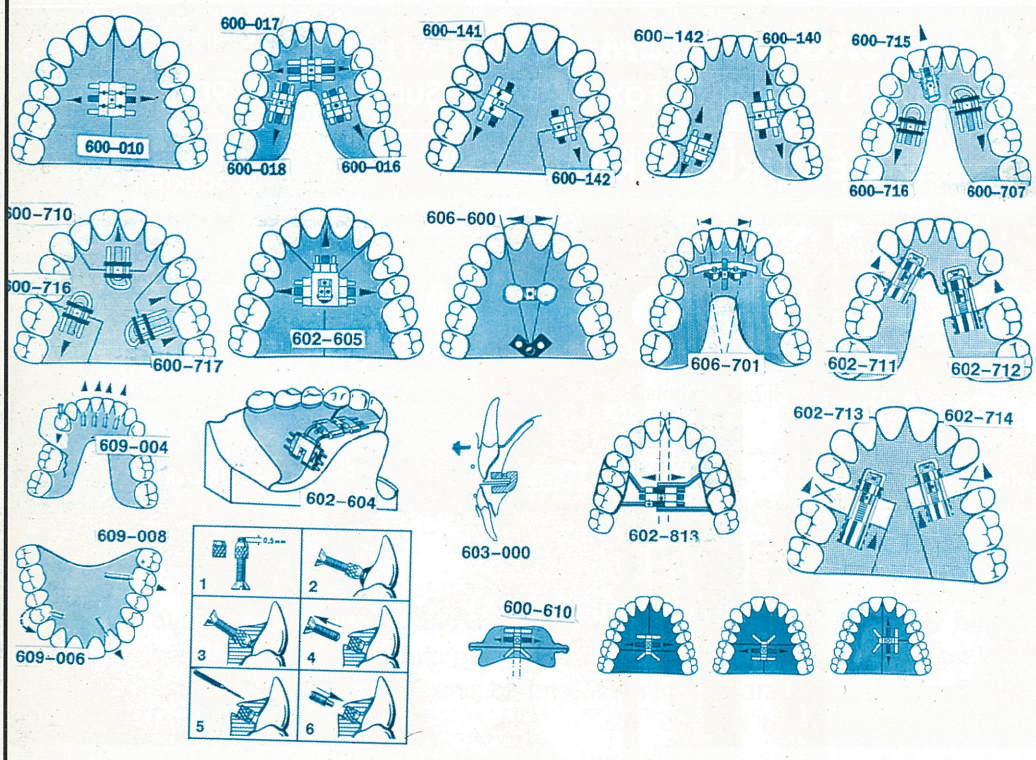












GİRAYLAR ORTODONTİ LABORATUVARI

- Vidasız ve Vidalı Ortodontik Aparey
- Renkli Vidasız Ortodontik Aparey (Kırmızı, Yeşil, Pembe, Sarı, Mavi)
- Renkli ve Renksiz Pullu Vidasız Ort. Aparey
- Renkli ve Renksiz Fosforlu Ort. Apareylere (Her Türlü Resim v.s. Yapılır. FB, GS, BJK, Ayyıldız)
- Gece Plağı Normal Akril Yumuşakçadır.
- Monblok Aktivatör
- Frankel Apareyleri I-II-III
- Ortodontik Model
- Her Çeşit Ort. Apareyler
- APAREY KUTUSU RENKLİ

NOT:
1974 Çapa Üniversitesinde 3 Yıl Kurs.
1979 Ege Üniversitesinde 8 Yıl Çalıştım.
1987'sinde itibaren Kendime Ait İş Yerimde Hizmet Vermekteyim.

RENKLİ ORTODONTİ APAREYİ

- ❑ ŞEFFAF
- ❑ KIRMIZI
- ❑ YEŞİL
- ❑ PEMBE
- ❑ SARI
- ❑ MAVİ
- ❑ MOR

FOSFORLU ORTODONTİ APAREYİ

- ❑ FENERBAHÇE
- ❑ BEŞİKTAŞ
- ❑ GALATASARAY
- ❑ AY-YILDIZ
- ❑ SALYANGOZ
- ❑ BAYKUŞ
- ❑ KURBAĞA
- ❑ UĞURBÖCEĞİ
- ❑ OTOMOBİL
- ❑ PAPAĞAN
- ❑ BALIK
- ❑ KALP
- ❑ DİNAZOR
- ❑ ÖRDEK
- ❑ FİL
- ❑ TİMSAH
- ❑ MOTORSİKLET

ERDAL GİRAYLAR
Ortodonti Teknisyeni

505 Sok. 3/A İzmirspor Tesisleri Yanı
B.Evler - İZMİR
Tel: (232) 2287469 Fax: (232) 2610996

PULLU ORTODONTİ APAREYİ

- ❑ BEYAZ
- ❑ SARI
- ❑ YEŞİL
- ❑ MAVİ
- ❑ KIRMIZI
- ❑ PEMBE
- ❑ KAHVERENGİ
- ❑ GÜMÜŞ

DOSTLUKLAR KOLAY KURULMAZ

EMEK İSTER

YAŞANMIŞ ORTAK GEÇMİŞ İSTER

YAKINLIK İSTER



A L F O X İ L

amoksisilin

DİŞHEKİMLERİYLE DOSTLUK KURMUŞ İLAÇLARIMIZDANDIR

KISA KULLANIM BİLGİLERİ

Tanımı: Alfoxil, semi sentetik penisilin türevi olan amoksisilin içerir. Alfoxil'in oral formları amoksisilin aktivitesine eşdeğer amoksisilin trihidrat içerir. Enjektabl Alfoxil flakonlar ise amoksisilin aktivitesine eşdeğer amoksisilin sodyum içerir. **Endikasyonları:** Farenjit, tonsillit, otitis media, sinüzit, akut ve kronik bronşit, pnömoni, kronik bronşitin akut hecmesi, sistit, üretrit, piyelonefrit, prostatit, gonore, adneksit, puerperal enfeksiyonlar, septik abortus, selülit, abse, empetigo, erizipel, akne, septisemi, menenjit, bakteriyel endokardit profilaksisi, çeşitli cerrahi enfeksiyonlar. **Kontrendikasyonlar:** Penisilin ve türevlerine alerjisi olduğu bilinen hastalarda kontrendikedir. Hamilelerde ve süt veren annelerde kullanımı: Amoksisilin anne sütüne ve plasentaya geçer. Hamilelerde kesin endikasyon konulmadan kullanılmamalıdır. **Yan etkiler/Advers etkiler:** Bulantı, kusma ve diyare genellikle oral kullanıma bağlı olarak görülen gastrointestinal yan etkilerdir. Diğer penisilinlerle olduğu gibi hipersensitiviteye bağlı reaksiyonlar oluşabilir. Bu tip reaksiyonlar penisiline aşırı duyarlılığı veya alerji, astım, saman nezlesi veya ürtikeri olanlarda daha sık görülür. **Aşırı duyarlılık reaksiyonları;** eritematöz makülopapüler deri döküntüleri ve ürtiker şeklindedir. **Dozaj ve uygulama:** Yetişkinler için 8 saat arayla 250-500 mg. 20 kg'ın altındaki çocuklarda; eşit dozlara bölünmüş olarak 8 saat arayla 20-40 mg/kg/gün. Enfeksiyonun şiddetine göre doz artırılabilir. Bakteriyel endokardite karşı profilaksinin endike olduğu hastalarda yapılan diş çekimi ya da dişeti kanamasına neden olan her türlü işlemde, erişkinlerde girişimden 1 saat önce 3 g amoksisilin oral olarak uygulanır; gereğinde 6 saat sonra 1.5 g uygulanır. 10 yaşın altındaki vakalarda erişkin dozunun yarısı; 5 yaş altındakilerde ise erişkin dozunun dörtte biri uygulanır. Son bir ay içinde penisilin kullanmış hastalarda başka bir antibiyotik ile profilaksi uygulanması düşünülmelidir. **Ticari takdim şekilleri, ambalaj içeriği, ruhsat tarihi ve no'su:** 125 mg/5 mL. Oral Süspansiyon (100 mL) 113.000.-TL, 21/10/1983, 132/80; 250 mg/5 mL Forte Oral Süspansiyon (100 mL) 226.000.-TL, 21/10/1983, 132/81; 250 mg Kapsül (24) kapsül 189.000.-TL, 21/10/1983, 132/79; 500 mg Tablet (16 tablet) 325.000.-TL, 21/10/1983, 132/82; 1 g Tablet (15 tablet) 380.000.-TL, 23/03/1994, 168/42; 250 mg Enjektabl Flakon (1 flakon+sulandırıcı) 93.000.-TL, 21/10/1983, 132/84; 500 mg Enjektabl Flakon (1 Flakon+sulandırıcı) 135.000.-TL, 21/10/1983, 132/83; 1 g Enjektabl Flakon (1 Flakon + sulandırıcı) 209.000.-TL, 18/09/1989, 149/59 KDV dahil- (28 Şubat 1996 itibariyle).
Reçete ile satılır.

Ayrıntılı bilgi firmamızdan temin edilebilir.
ABFAR İLAÇ SANAYİ VE TİCARET A.Ş. Büyükdere cad. No: 205 Levent 80650 İSTANBUL
Tel:(0-212) 279 28 20 Fax: (0-212) 264 42 68

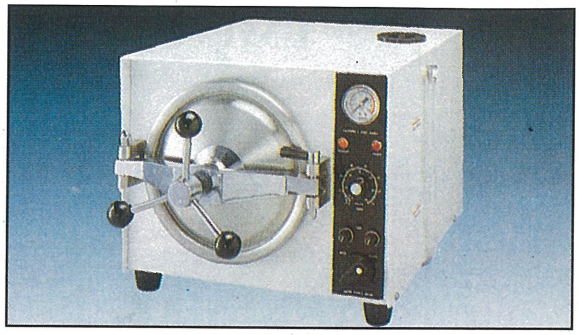
ABFAR

DIŞ HEKİMLERİNİN DİKKATİNE !

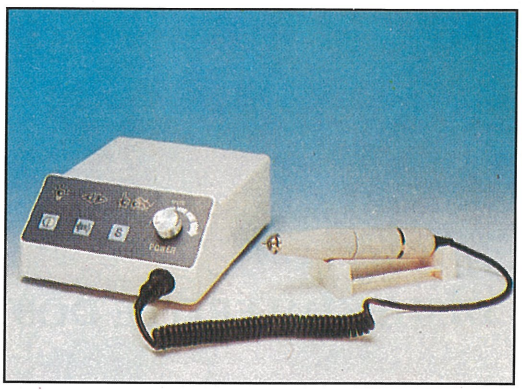


Kim' s Laboratuvar Mikromotoru

K -110 32.000 rpm - 220 V

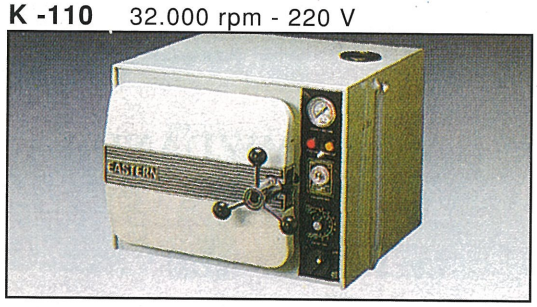


Otoklav
EA - 655
Gücü : 1000 W
Sterilize
Sıcaklığı : 121 C
Emniyet valfli
Aşırı sıcaklık
korumalı

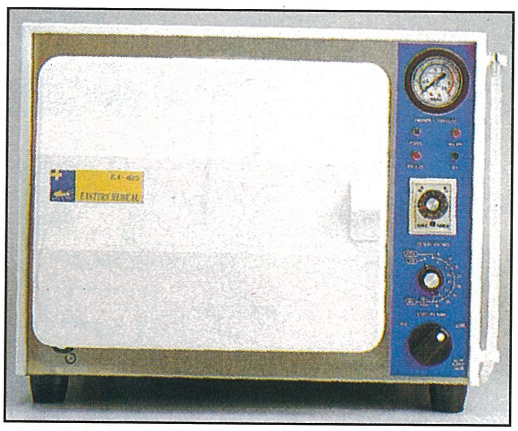


Laboratuvar Mikromotoru KODEN -35

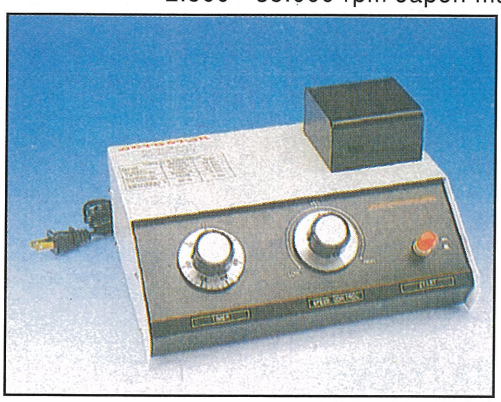
2.500 - 35.000 rpm Japon malı



Otoklav
EA - 699
Gücü : 1700 W
Sterilize
Sıcaklığı : 121 C
Emniyet valfli
Aşırı sıcaklık
korumalı



Otoklav
EA - 622
Gücü : 1450 W
Sterilize
Sıcaklığı :
110 C - 134 C
Full otomatik
fonksiyonlu

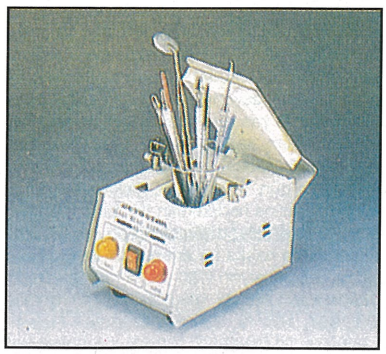


Amalgamatör

Boncuk Sterilizatör



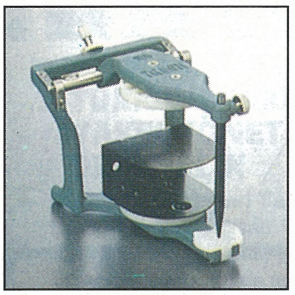
Otoklav EA - 640
Gücü : 900 W
Sterilize Sıcaklığı : 121 C
Basınç kontrol ve Emniyet valfli



AVRASYA
DIŞ TİCARET

Büyükdere Cad.Ejder Apt. No : 63 Kat : 5 Daire : 9 Mecidiyeköy - İSTANBUL
Tel : (0.212) 275 26 46 - 282 79 40 Fax : (0.212) 275 26 46
MERKEZ:Fashion Life Group - TAIWAN
Tel: (886-2) 219 07 59 Fax: (886-2) 219 24 69

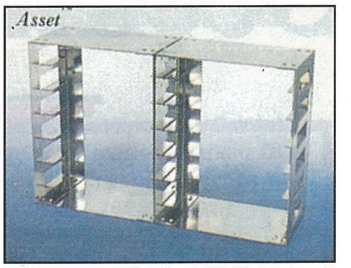
DIŞ HEKİMLERİNİN DİKKATİNE !



Artikülatör Çeşitleri

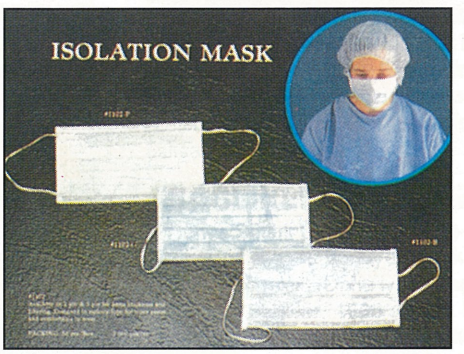
Cep tipi ısıtıcı





Raflar

AVRASYA



Maskeler

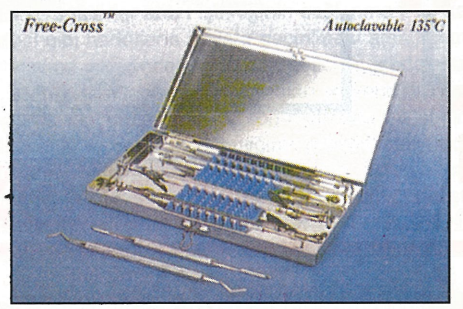


Piezo detertraj seti
ART - P1
" 4 Adet uç ve 2 Kutu
u-files ile beraber "

4

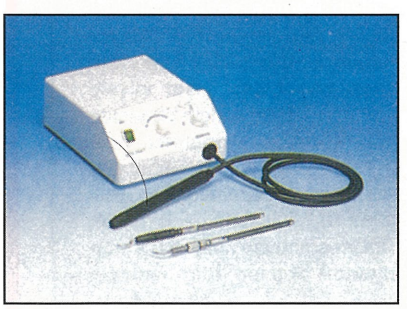


Elektro - koter seti ART - E1
" 3 Çeşit operasyonlu 10 Adımlı
güç pozisyonu 7' li uç seti
ile beraber "



Paslanmaz çelik kutular

AVRASYA



Ultrasonik
detertraj Seti
QM - 2001
" 25 K Ucu ile birlikte "



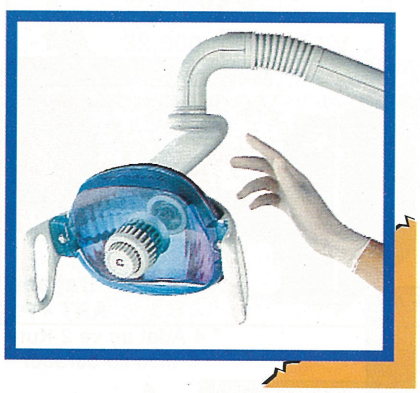
Işınlı Dolgu Cihazı ART - L1
Dünya standartlarında, otomatik
zaman ayarlı ve göstergeli,
zaman ve ısı alarm korumalı,
yüksek güçlü - 40W

AVRASYA
DIŞ TİCARET

Büyükdere Cad.Ejder Apt. No : 63 Kat : 5 Daire : 9 Mecidiyeköy - İSTANBUL
Tel : (0.212) 275 26 46 - 282 79 40 Fax : (0.212) 275 26 46
MERKEZ:Fashion Life Group - TAIWAN
Tel: (886-2) 219 07 59 Fax: (886-2) 219 24 69

Seçiminizi yaptınız mı?





ISO Güvenirliliğin önemi...



ISOSUN LAMP

Dokunmadan kumanda...

ISOTRON Hayal gücünüzü zorlayın!



EURODENT TÜRKİYE TEMSİLCİSİ:

EVRE DENTAL

TIBBİ GEREÇLER SAN. ve TİC. LTD.ŞTİ.

MERKEZ:
Hamalbaşı Cad. Duduodaları Sk.
Bedir Han, 5/201
80070 Galatasaray - İstanbul
Tel : 0212. 293 89 34 / 251 25 65
249 39 17
Fax: 0212. 249 76 28

TRABZON ŞUBESİ:
Uzun Sk. Kolotoğlu Pasajı
No: 58 Trabzon
Tel: 0462. 321 63 03

TÜRK DİŞHEKİMLERİ VAKFI YÖNETİMİNDE DEĞİŞİKLİK

Türk Dişhekimleri Vakfı Olağanüstü Genel Kurulu 6 Nisan 1996 tarihinde TDB Genel Merkezinde yapıldı.

Yapılan seçimlerden sonra vakfımızın yönetim kurulu üyeleri Ekrem Güner, Hüseyin Eminoğlu, Ali Yakar, Yekbun Bucak, Orhan Dirkeç, Filiz Kutman, Cahit Karaören, Faruk Göknar ve İsmet Kemal Yücel, Denetleme Kurulu, Akın Arkün, Gülbin Karaaslan ve Sema Özcan olarak seçilmişlerdir.

Yeni yönetime başarılar dileriz.

ECZACIBAŞI İLAÇ ISO 9001 BELGESİ ALDI

Eczacıbaşı İlaç kuruluşu, modern ilaç üretiminde öngörülen tüm nitelikler tek bir kompleks içinde bütünleştiren 60 bin metrekarelik kapalı alana kurulu **Lüleburgaz** tesislerinde en gelişmiş yöntemlerle üretim yapıyor.

BVQI'nin verdiği **ISO 9001 Kalite Belgesi, Eczacıbaşı İlaç**'ın, beşeri ve veteriner ilaçlar ile bakım ürünlerini kapsayan çalışmalarında uyguladığı kalite düzeyini, tasarımdan üretim, satış satış sonrası hizmetlere dek tüm aşamalarda güvenceye aldığını onaylamaktadır.

DİNAR'DA YARDIMLAŞMA

Dinar'da meydana gelen depremde hayatını kaybeden meslektaşımız Dt. Saadettin Erol ve yine depremde muayanehane ve evleri zarar gören meslektaşlarımız Dt. Ogün Sezen ve Dt. Ahmet Sayar için Türk Dişhekimleri Birliği'nin ülke çapında ve Eskişehir Dişhekimleri Odası'nın bölgesel olarak açmış olduğu yardım kampanyası sonuçlanmış ve toplam olarak 150.000.000.-TL bağış elde edilmiştir.

Eskişehir Oda yönetimi 15 Şubat 1996 tarihinde Dinar'a yaptığı ziyarette toplanan yardımın 75.000.000.-TL'sını ölen Dt. Saadettin Erol'un eşi Aysun Erol'a, 37.500.000.-TL'sını Dt. Ogün Sezen'e ve 37.500.000.-TL'sını Dt. Ahmet Sayar'a vermişlerdir. Eskişehir Dişhekimleri Odası Başkanı Dt. Ahmet Ataç kampanyaya katılan tüm meslektaşlarımıza teşekkür dileğini iletmiştir.

Yardım yapanların listesi: Türk Dişhekimleri Birliği, Bursa Dişhekimleri Odası, Denizli Dişhekimleri Odası, Eskişehir Dişhekimleri Odası, Gürol Adalı (Diş Teknisyeni), Eskişehir Diş Teknisyenleri Derneği, Selmin Atçı (Şehremini/İstanbul), Sadi Bilguvar (Lüleburgaz), Kadir Acar (Merzifon), Eskişehir Dişhekimleri Odası üyeleri ve Oda çalışanları

SAĞLIKLI ŞEHİRLER

Dünya Sağlık Örgütü'nü (DSÖ) kuruluş yıldönümü olan 7 Nisan Dünya Sağlık Günü, her yıl ayrı bir konuya ağırlık verilerek kutlanmaktadır. Bu yıl ana tema olarak "Sağlıklı Şehirler" (Daha iyi bir yaşam için Sağlıklı Kentler) konusu seçilmiştir.

Sağlıklı Şehirler, 1986 yılında DSÖ tarafından Avrupa'da başlatılan bir projedir. Giderek yaygınlaşarak Kıtalardaki 1000'e yakın şehri kapsayan proje ile "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" hedefleri içinde olan; temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hastalıkların ve kazaların önlenmesi, sağlık çalışmalarında toplum katılımlarının ve sektörler arası işbirliğinin sağlanması ile sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi gibi hedeflerin hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır. İlk aşamada şehirlerde karar alma sürecinde yer alan yöneticiler, işadamları ile kamuoyunu oluşturan medyanın sağlığı gündemlerine almaları ve yerel düzeyde halk sağlığını geliştirmek için güçlü bir lobi oluşturmaları, son aşamada ise şehirlerde yaşayanların fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel esenliğinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Projede üzerinde durulan önemli nokta, "Sağlıklı Şehir"in belirli bir sağlık seviyesine ulaşmış olmaktan ziyade, sağlık bilincine ulaşmış ve sağlığı geliştirmeye çalışan bir şehir olmasıdır.

AĞIZ HASTALIKLARI VE ÇENE CERRAHİSİNDE İMMÜNOLOJİ

Prof. Dr. Orhan Güven

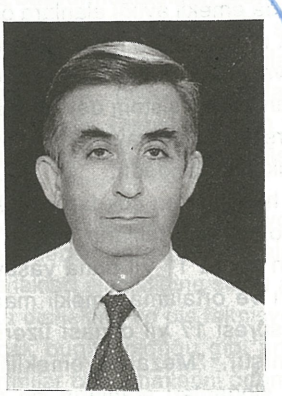
Kitapta esas ağırlığı dişhekimliğinde immünolojinin rolü ve oral kavitedeki immünolojik olaylar teşkil etmektedir, aynı zamanda dişhekimliği öğrencilerinin sorularına da cevap vermektedir.

Eser implant uygulaması, çene cerrahisi, anaflaktik şok veya ağız kavitesinin savunma mekanizması gibi pekçok konuyu içermektedir.

Yeni yayınlanan kitabın II. baskısı Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi yayın memurluğundan 200.000.TL.'na temin edilebilir.

Tel: 0.312.212 62 50

PROF. DR. TAMER KINOĞLU'NU KAYBETTİK



Prof. Dr. Tamer Kınoğlu'nu kaybettik.

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Öğretim üyesi olan Prof. Dr. Tamer Kınoğlu 1935 yılında Kilis'te doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Ankara'ada yaptıktan sonra, önce Almanya'da Meinz sonra İstanbul Üniversitesi'nde sürdürdüğü dişhekimliği eğitimini 1966 yılında tamamlayarak dişhekimi olmuştur. 1972 yılında doktor, 1977 yılında doçent, 1989 yılında da profesör ünvanlarını alan Profesör Doktor Kınoğlu, Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesin'de Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Dekanlık görevlerinde bulunmuştur.

Prof. Dr. Kınoğlu evli ve 3 çocuk babasıydı.

BAŞSAĞLIĞI

Konya Dişhekimleri Odamız üyesi 1955 doğumlu Dişhekimi Rafet Kara ani bir rahatsızlık sonu vefat etmiştir. Yakınlarına ve ailesine başsağlığı dileriz.

DEVREN SATILIK

Akhisar'da devren satılık muayenehane.
Tel: 0.236. 4141842
veya 0.232. 4847245
Dt. Sönmez Oyan

■ SSK'da en çok tartışılan konulardan birisi de sağlık hizmetlerinin sunumudur. Gün geçmiyor ki medyada, SSK Hastanelerindeki (aynı biçimde tüm kamu hastanelerinde) kuyruklar, rezaletler öne çıkarılmasın. Varılan sonuç ise kestirmeden özelleştirme oluyor.

■ Biz dişhekimliği açısından kurumun diğer sağlık hizmetleri için iddia ettiği gibii verimli olduğu kanısında değiliz. 455 kadrolu dişhekimiyle (sözleşmelilerle bunu 1000 sayalım) 25 milyon kişiye yeterli ağız diş sağlığı hizmeti verdiğini iddia etmesi de inandırıcı değildir.

■ Sigortalıların büyük bir çoğunluğu ağız diş sağlığı gereksinimlerinin büyük bir bölümünü özel muayenehaneler yoluyla sağlamaktadır. SSK yönetimlerinin diş sağlığı ile ilgili sorunları çözmek istiyorlarsa var olan yapılanmaları, dikkate almalarında yarar vardır.

Sosyal güvenlik sistemi geleceğimizdir -I-

Rıfat Yüzbaşıoğlu (*)

Elbirliğiyle, tüm toplum olarak çökerttik, en yaşamsal kurumlarımızdan birini daha... adaleti, eğitimi, sağlığı olduğu gibi sosyal güvenlik kuruluşlarımızdan en önemlisi olan SSK'yı da bitirdik sonunda. Vurdumduymazlığımızla, açgözlülüğümüzle, daha çok, daha çok diyen para hırsımızla, gelecek düşüncesizliğimizle, uslu "söz dinlemezliğimizle, har vurup harman savurduk SSK'yı. Şimde yine hep birlikte raporlar hazırlayıp, hazırlatıp, paneller düzenleyip "nasıl kurtarırız"ı tartışıyoruz.

"Hep birlikte" diyoruz çünkü tüm basiretsizliğine ya da bu yöndeki azimli..! çabasına karşın devlet ve hükümetler tek başlarına bu denli başarılı olamazlardı. Sendikalarımızla, işverenlerimizle sahip çıkmayarak, primlerimizi yatırmayarak, populist kararları (sosyal yardım zamları, 11 kez çıkarılan borçlanma yasaları, emeklilik yaş sınırının kaldırılması...vs) alkışlayarak, biriken fonların yağmalanmasına izin vererek bu "başarıyla" önemli oranda katkı sağladık.

Şimdi ise tüm ilgili tarafların ve tüm toplumun üzerine çöken SSK gerçeğiyle karşı karşıyayız. Kurumun 95 yılında 60 trilyon açığının 96'da 210 trilyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu açıklar da devlet bütçesinden karşılanacaktır. (Bütçenin %24'ü) Devlet, kuruluşundan 95 yılına kadar hiçbir parasal katkıda bulunmadığı kurumun var olan fonlarını da gerçek piyasanın çok altında faiz vererek yağmalamıştır. Yapılan hesaplara göre bu miktar 13 milyar dolardır. Şimdi bu yağmanın sonuçlarını yaşamaktayız. TÜSİAD'ın hazırladığı rapora göre (Emekli ve Mutlu) şu anda var olan sigortalıların emekli olduklarında alacakları aylık miktarı 115 milyar dolar, emekli oluncaya kadar ödeyecekleri ise 28.6 milyar dolardır. Şu anda emekli aylığı alanlara ödenecek miktar ise 69 milyar dolardır. Tüm varlıkların ederi 20 milyar dolar olan kurum sistem devam edersе karşılığı bulunmayan 135 milyar dolarlık yük altındadır.

Bu hesaplar en çok tartışma konusu olan, sigortalıların emekli olduktan sonra 11 yıl daha yaşayacakları ve ortalama emekli maaşı alma süresi 17 yıl olması üzerine yapılmıştır. "Mezarda emekliliğe hayır" sloganları atanların ise dayandığı gerekçe SSK istatistiklerinin bile ortalama ölüm yaşını 61-62 olarak göstermesidir. Oysa, SSK Genel Müdürülüğü'nce hazırlanan bir kitapçığa göre (35 soruda SSK gerçeği) "61 ve 62 yaşında ölüm, tüm sigorta emeklilerinin sadece %1.58'idir. Diğer bir anlatımla maaş alanların %92.42'si yaşamlarını sürdürmektedir."

Devlet Planlama Teşkilatı da ortalama yaşam süresini kadınlarda 69, erkeklerde ise 65 yıl, 55 yaşındaki bir kadının geri kalan ömrü 22 yıl, 60 yaşında bir erkeğin ise 16 yıl olarak belirtmektedir. Yine aynı kitapçıkta sigortacılık açısından yaşam süresinin sıfırdan değil 18 yaşından başladığı (Çocuk ölümlerin ortalama yaşam süresi hesaplanırken dikkate alınmadığından), bu nedenle de ortalama yaşam süresinin 70'in üzerine çıktığı belirtilmektedir.

Genellikle, sağlık verilerini kullanırken, Afrika ükelerinin bile Türkiye'den daha çok sağlık harcaması yaptığını pek sık vurgularız. Bu ülkelerin emeklilik yaşı verilerine göz atmakta yarar var.

Emeklilik yaş sınırı

Ülke adı	Kadın	Erkek
Libya	65	64
Zaire	60	62
Hindistan	60	60
Fas	60	60
Tunus	60	60
Ürdün	55	60
Suriye	55	60
Ruanda	55	55
Kenya	55	55
Uganda	50	55

Veriler sloganlarla örtülmeyecek

(*) TDB Yönetim Kurulu üyesi.

kadar açık.

Görüldüğü gibi Uganda'da bile yaş sınırı 50 ve 55. Bizde ise 1969 yılında çıkarılan bir yasayla yaş sınırı kaldırılmıştır. Ön yargılarla, geleceği göz ardı ederek var olan konumlarımızı koruma içgüdüsüyle davranmak yerine, sadece bilimsel verileri kullanarak çözümleri birlikte üretmenin gerçekçe sonuçlara varmamızı kolaylaştıracağı artık anlaşılmalıdır.

Aynı biçimde TÜSİAD raporunda sosyal güvenlik için "başarılı bir örnek" olarak sunulan Şili'deki Özel Sosyal Güvenlik Sistemi modeli kendi konumlarını koruma, kollama içgüdüsünün "talihsiz bir örneği" olmuştur.

Birincisi; bu sistemi sosyal güvenlik olarak nitelemek doğru değildir. İşverenlerin üzerindeki mali yükü kaldırarak işçilerin ödediği payı %8'den %17'ye çıkarmıştır. Sistem bireysel tasarruf sistemine dönüşmüştür.

İkincisi; çoğunluğu ABD şirketlerinin kontrolündeki şirketlerde toplanan fonlar mali piyasalar içinde riske atılarak zarara uğratılmaktadır.

Üçüncüsü ise sistem kaçak çalışmayı özendirmekte, ucuz işgücü pazarını genişletmektedir.

SSK'da en çok tartışılan konulardan birisi de sağlık hizmetlerinin sunumudur.

Gün geçmiyor ki medyada, SSK Hastanelerindeki (aynı biçimde tüm kamu hastanelerinde) kuyruklar, rezaletler öne çıkarılmasın. Varılan sonuç ise kestirmeden özelleştirme oluyor.

Oysa kurumun açıklamasına göre, sağlık hizmetlerinin başlıca sıkıntısı olan **"personel yetersizliği ve açılamayan veya açılıp da yeterince çalışmayan hastanelerin sorumlusu SSK yönetimi değildir,... SSK yönetimi Başbakanlıktan izin almadan atama bile yapamamaktadır (tasarruf tedbirleri nedeniyle)."**

Bu durumun, aynı zamanda, büyük merkezlerdeki yığılmanın önemli bir nedeni olduğu öne sürülmektedir.

Kurumun sağlık hizmetlerindeki verimliliği ayrı bir tartışma konusudur.

Biz dişhekimliği açısından kurumun diğer sağlık hizmetleri için iddia ettiği gibi yeterince verimli olduğu kanısında değiliz.

455 kadrolu dişhekimiyle (sözleşmelilerle bunu 1000 sayalım) 25 milyon kişiye yeterli ağız diş sağlığı hizmeti verdiğini iddia etmesi de inandırıcı değildir.

Kurumun sağlık istatistikleri de bu durumu belgelemektedir. 1993 yılında 1.119.587 olan dişhekimliği polikliniği sayısı 94 yılında %15 azalarak 1.809.692 olmuştur. Yani tüm SSK hizmetlerinden yararlananların ancak 1/13'i 1994 yılında bir kez diş polikliniğine başvurmuştur.

Ne varki tüm toplumumuzda diş tedavi gereksinimi %96'lar civarındadır. Yani gereksinim çokluğuna karşın dişhekimi başvuru sayısı hem yetersizdir hem de giderek azalmaktadır.

Bu durumun tek bir açıklaması vardır. Sigortalıların büyük bir çoğunluğu ağız diş sağlığı gereksinimlerinin büyük bir bölümünü özel muayenehaneler yoluyla sağlamaktadır.

Yani dişhekimliği gereksinimleri için daha az sigorta diş polikliniklerine başvurmaktadırlar. SSK yönetimlerinin diş sağlığı ile ilgili sorunları çözmek istiyorlarsa var olan yapılanmaları, dikkate almalarında yarar vardır. Dişhekimlerinin %90'ı özel muayenehanelerde çalışmaktadır.

Dişhekimliği yüksek düzeyde bilgi ve beceri gerektiren bir alandır. Olanakları alabildiğine sınırlı az sayıda dişhekimi ve diş teknisyeniyle ancak bugün olduğu gibi artık sigortalılar bile, primlerini ödemelerine karşın bu hizmete daha az talepte bulunmaktadırlar. Kurumun özel dişhekimliği muayenehanelerinden, TDB'nin diğer kurumlarla yaptığı "anlaşmalı dişhekimliği" biçiminde yararlanmasının, sorunların çözümüne katkıda olacağı inancındayız.

PROF. DR. CİHAT BORÇBAKAN'I ANMA TOPLANTISI ve I. BİLİMSEL SEMPOZYUMU

A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi kurucusu ve değerli hocamız Prof. Dr. Cihat Borçbakan'ın 5. Ölüm Yıldönümü nedeniyle gerçekleştirilecek toplantı Liverpool Üniversitesi'nden 3 bilim adamının katılımı ile 5-7 Haziran 1996'da A.Ü. Dişhekimliği Fakültesinde yapılacaktır. 5 Haziran sabah oturumunda yapılacak anma toplantısını takiben öğleden sonra başlayacak olan sempozyumda Ağız Hastalıkları, Mandibuler Rekonstrüksiyon Onkoloji, Çene Yüz Deformiteleri, Dudak Damak Yarıkları konularını içeren konferanslar verilecek ve yapılacak operasyonlar ameliyathaneden naklen yayınlanacaktır.

Bilgi için:

Doç. Dr. Funda Tuğcu
Dr. Dt. Serpil Duran
Dr. Dt. Mine Cambazoğlu

Yazışma:

A. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ana Bilim Dalı Beşevler - Ankara
Tel: 212 62 50
213 54 74

DİŞHEKİMLİĞİNDE KLİNİK FOTOĞRAF

Semih Berksun (*)

ÖZET

Klinik fotoğrafı dişhekimleri için hem özel pratiklerinde, hem de bilimsel anlamda çalışmalarına önemli katkılar sağlayacak bir uğraştır. Böyle bir uğraş için asgari özelliklere sahip bir donanım ve konu ile ilgili temel bilgileri de edindikten sonra her hekim klinik fotoğraf çekimlerini kolaylıkla yapabilir. Deneyimle birlikte bu konuda başarılı olmak hiç de zor değildir. Bu makalede klinik fotoğrafiye ilgi duyan hekimler için gerekli olan temel bilgiler özet olarak sunulmaktadır.

GİRİŞ

Bilgi çağı olarak tanımlanan günümüz dünyasında bilgi ve deneyimlerin birikimi, değerlendirilmesi, eğitim ve üretime yönelik olarak kullanılabilmesi için birçok araç kullanılmaktadır. Bu anlamda yararlanılan en önemli araçlardan biri de fotoğraftır. Teknolojideki gelişmelere koşut olarak fotoğraf tekniklerinde de çok önemli gelişmeler olmuş ve bu görsel aracın önemi her alanda olduğu gibi tıp ve dişhekimliği gibi alanlarda da oldukça artmıştır. Artık çok sayıda uzman veya pratisyen dişhekimi mevcut bilgi birikimlerini ve deneyimlerini fotoğraflarla kaydetmeye ve bu deneyimlerini başkalarıyla paylaşmaya çalışmaktadır. Ayrıca fotoğraf gibi etkili bir görsel araç hasta hekim ilişkilerinde hastanın ikna edilmesi ve eğitilmesi amacıyla kullanılabilen önemli bir iletişim aracı olmuştur.

Dişhekimliğinde fotoğrafın kullanımı

Diş hekimliğinde fotoğraf bir çok amaca hizmet edebilir. Bunlardan bazıları şunlardır (1,2,3):

- Kalite kontrolu

Dental fotoğraf etkili bir kalite kontrol aracı olabilir. Büyütülmüş bir fotoğrafta hekim bütün detayları izleyebilir. Böylece başarı ve başarısızlıkları görme imkanı bulur.

- Hasta kaydı ve dökümantasyon

Medikal anamnez, intraoral tablolama, çalışma modelleri ve radyografiler ile intraoral ve ekstraoral fotoğraflar arşiv ve dökümantasyon için kullanılabilir. Ayrıca fotoğraflar etkili bir tedavi planlama aracı olabilir.

- Hasta eğitimi ve vaka sunumu

Hastanın mevcut durumunu yansıtan fotoğraflar öngörülen tedavi planını, hastanın daha kolay anlamasını sağlayacak bir araçtır. Özellikle başarıyla tedavi edilmiş benzer bir vakanın öncesini ve sonrasını gösteren fotoğraflarla desteklenirse tedavi planlamasının hasta tarafından kabul edilmesi oldukça kolaylaşır. İlerlemiş bir periodontal rahatsızlığın, restoratif veya kozmetik tedavilerin sağlayacağı yararların hastaya fotoğraflarla anlatılması, sözle veya yazı ile anlatılmasından çok daha etkilidir.

- Laboratuvarla iletişim

Renkli bir fotoğraf veya saydam (slayt, diapositive) restoratif bir vakada laboratuvarla olan iletişimi oldukça kolaylaştırır. Restore edilecek dişlerin hemen yanında bir renk skalasının fotoğrafı renk uyumunun sağlanmasında yardımcı bir araç olabilir. Her ne kadar iyi bir film, fotoğraf makinası ve ışıklandırmayla bile rengin tüm unsurları %100 yansıtılamasa da, renk skalası ile doğal diş arasındaki görece ilişki önemli bir parametredir.

- Eğitim ve iletişim

Fotoğraf veya slaytlar herhangi bir kongre, konferans veya toplantıda eğitim amacıyla sunulabilir. Ayrıca yayınlarda kullanılabilir ve hasta konsültasyonunda yararlanılabilir. Değişik organizasyonlar vesilesi ile yapılan çalışmalar, diş sağlığı konusundaki duyarlılığı artırmak ve dişhekimliğindeki gelişmelere dikkat çekmek amacıyla toplumun bilgisine sunulabilir.

- Ağız sağlığı konusunda verdiğimiz hizmete güven

Fotoğraflar herhangi bir dental etkinliği anlatmakta çok önemli katkılar sağlar. Fotoğrafı çekilen bir hasta kendine daha fazla önem verildiğini hisseder. Tedavi tamamlandığında tedavi öncesi ve sonrası fotoğraflar kendisine gönderilebilir. Bazı çarpıcı ve dramatik vakaların öncesi ve sonrası, örnek estetik vakalar hastalara muayenehane ziyaretlerinde gösterilebilir.

- Hukuki ve sigorta ile ilgili kullanımı

Her türlü kayıt tutulması yasal zeminde önemli bir savunma aracı olabilmektedir. Ülkemiz genelinde henüz sigorta uygulamaları yaygınlaşmamakla beraber, sigorta ile ilgili anlaşmazlıklarda fotoğraf kaydı ile belgelenen bir vaka, durumu açıklıkla ortaya koyar.

Yukarda sıralanan tüm bu yararlar çerçevesinde, klinik fotoğraf uygulamaları her dişhekiminin ufkunu genişletebilecek bir görsel araç olmasının yanısıra, onların mesleki bilgi ve becerilerini geliştirme yönündeki istekliliklerini canlı tutması ve özendirmesi bakımından da önemlidir.

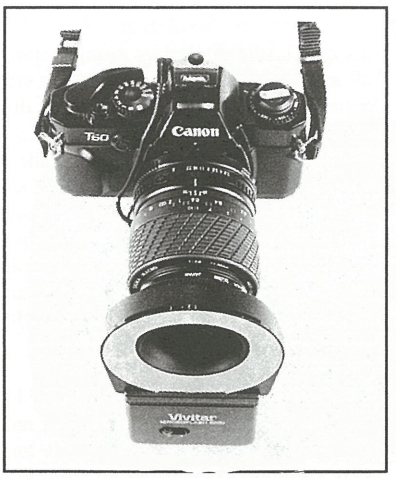
Temel İlkeler

Klinik fotoğrafide başarılı olmak için belirli bir eğitim, deneyim ve donanıma gerek vardır. Ancak bu uygulamaları yapabilmek için profesyonel bir fotoğrafçı olmak ve profesyonel bir donanıma sahip olmak da şart değildir. Klinik fotoğraf uygulamalarını yapabilecek asgari bir donanım ve eğitimle bu işe başlamak mümkündür. Zaman içerisinde edinilecek deneyim ile çok başarılı sonuçlar elde edilebilir.

Klinik fotoğraf donanımı

Klinik çekimlerde kullanılabilecek fotoğraf makinalarının 35 mm. SLR (Single Lens Reflex) olarak adlandırılan tek mercek yansıtmalı türden olması gerekir. Bu tür makinalar çekilecek olan görüntünün objektif içinden filme yansıdığı şeklini bir ayna yardımıyla yansıtarak çekimi yapan kişinin de aynen görmesine imkan verir. Böylece makinadan bakıldığında objektife yansıyan görüntü görülür. Buna karşılık ayrı bir bakaç (viewfinder) sistemine sahip fotoğraf makinalarında görüntü, göz ve film düzlemi aynı seviyede olmadığından "paralax" hatası denilen görüntüleme hatası ortaya çıkar. Ağız ve dişle ilgili çok yakın çekimlerin yapıldığı klinik fotoğrafide bunun önemi büyüktür. Klinik çekimler için gerekli olan 35 mm.lik SLR tipi bir fotoğraf makinası gövdesine ilaveten, bir makro objektif (90-120 mm odak uzaklıklarında), objektifin ucuna tesbit edilecek halka şeklindeki (ring flash) veya nokta şeklindeki (point flash) bir ışık kaynağı, bu işle ilgili temel donanımı oluşturmaktadır. Resim 1,2 ve 3'de klinik çekimlerde kullanılabilecek manuel ve otomatik düzeneklere sahip değişik fotoğraf makineleri görülmektedir. Bunlardan başka yalnızca dişhekimliğine yönelik olarak

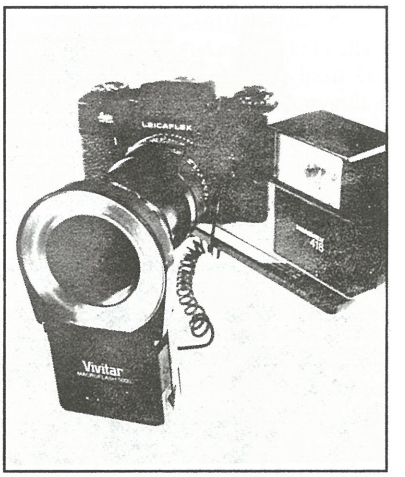
(*) Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı öğretim üyesi.



Resim 1- 50 mm makro objektifli, manue Canon T60 ve ring flaş



Resim 2- Autofocus objektifli Nikon F401 ve ring flaş



Resim 3- 60 mm makro objektifli Leicaflex ile ring ve nokta kaynaklı flaş kombinasyonu

tasarımlanmış "Yaschica Dental Eye" (Kyocera, International) gibi özel fotoğraf makineleri de mevcuttur. Ayrıca yakın çekimlerde kullanılan körüklü sistemler de ağız içi çekimlerde kullanılabilir. Günümüzde mevcut elektronik sisteme sahip fotoğraf makinalarının pek çoğu objektif görüntüsünde, mevcut ışık ortamı ve film özelliklerine göre en uygun pozlamayı yapabilecek pozometre imkanlarına ve hatta "autofocus" özellikleriyle de netlik ayarını otomatik olarak yapabilecek düzeneklere sahiptir. Tabiidir ki tüm bu özelliklerin birarada bulunması makinanın fiyatının da çok yüksek rakamlara çıkmasına neden olmaktadır. Ancak klinik fotoğrafide ışık kaynağı olarak elektronik flaşlar kullanıldığı için bu amaçla kullanılacak fotoğraf makinasının da gelişmiş bir pozometreye sahip olması, çok da gerekli değildir. Ayrıca ağız içi gibi yakın çekimlerde otomatik netleme (autofocus) özelliği de vazgeçilmez bir özellik değildir. Hatta bazı ayarlamaların manuel yapılması birçok durumda daha elverişlidir. Sonuç olarak ekonomik imkanlar ölçüsünde 35 mm.lik SLR tipi asgari özelliklere sahip bir fotoğraf makinası, makro objektif ve halka flaştan oluşan asgari bir donanıma sahip olmak, ağız içi fotoğraf çekimleri için yeterli bir başlangıçtır.

Temel bir donanımın yanısıra, başarılı olabilmek için fotoğraf konusu ile ilgili temel ilkeleri ve terimleri iyi anlamak ve asgari bir bilgiye sahip olmak gerekir. Bundan sonrası tecrübe ile kazanabilecek bir beceridir. Unutulmaması gereken en önemli nokta fotoğrafı çeken makinanın arkasındaki kişidir, makina değil (3).

TERMİNOLOJİ

- Örtücü (shutter)

Örtücü, fotoğraf makinası içinde açılıp kapanarak ışığın belirlenen süre içinde filmi pozlamasını sağlayan mekanik veya elektronik düzenektir. Önceden belirlenen zaman aralığı örtücü süresi olarak tanımlanır. Kamera gövdesi üzerindeki ayar kadranı ile bu süreler belirlenir (Resim 4). Bu kadran üzerinde belirtilen değerlerden her biri bir önceki büyük değerin yarısını ifade eder. Dental fotoğrafide gerekli olan ışık, flaş yardımıyla sağlanır. Flaşlı çekimlerde ise, flaşın çekim anıyla senkronize yanmasını sağlayan tek bir örtücü süresi kullanılır. Bu değer genellikle kadran üzerindeki özel bir işaretle veya renkli bir nokta ile gösterilir. Bu da genellikle saniyenin 1/60'ı veya 1/125'ini gösteren örtücü süresidir. Böylece başarılı bir fotoğraf elde etmek için kontrol edilmesi gereken değişkenlerden biri olan örtücü süresi dental fotoğrafta elimine edilmiş olur. Yakın çekimlerde bu değişkenlerden birçoğu önceden belirli olduğundan başarılı sonuçlar elde edebilmek için asgari bir kamera sisteminin iyi bir manüplasyonu yeterlidir (1, 2, 3).

- Diyafram açıklığı (aperture)

Diyafram açıklığı, objektif içindeki filme pozlanacak ışığın miktarını kontrol eden açılımdır. Diyafram ayarı, diyafram boyutu ve f-stop terimleri aynı şeyi ifade eder. Değişik diyafram açıklık değerleri objektif üzerinde veya makinanın üzerindeki bir kadranda belirlenmiştir (Resim 5). Diyafram değerlerinin herbiri bir önceki yüksek değerin yarısı kadar bir ışık miktarının filme yansımasına izin verir. Ancak diyafram değeri rakam olarak büyüdükçe diyaframın açıklığı küçülür ve ışık miktarı da azalır. Örneğin f32, f22'den daha az bir ışık miktarına izin verir. Bunun nedeni, diyafram değerleri objektifin odak uzaklığının belirlenen diyafram açıklığının çapına oranını ifade eder. Dental fotoğrafide genellikle söz konusu olan görüntüler yakın çekim, ağız içi veya tüm yüz görüntüleridir. Bu nedenle yalnızca iki veya üç diyafram açıklığı kullanmak yeterlidir. Tümüyle otomatik olan sistemlerde bu iki tercih içinde makina kendi ayarlamasını yapar (1, 2, 3).

- Netlik (focus) odaklama

Odaklama görüntünün netliği, keskinliğini ifade eder. Bu iki şekilde sağlanır; eğer bir seri fotoğraf çekilecek ve hepsi aynı çerçevede veya büyütmede olması isteniyorsa, objektif üzerindeki mesafe, netlik ayarı istenen durumda sabit tutulup, makine görüntüye doğru ileri, geri hareket ettirilerek netlik elde edilir. Diğer yol ise, sabit bir konumda görüntü netliği elde edilinceye kadar objektifin odaklama halkası çevrilerek netlik yapılır (1).

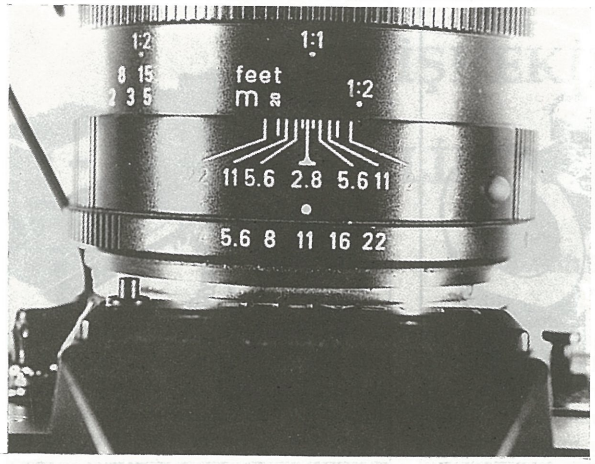
- Objektif (lens) mercek

Fotoğraf makinasının gövdesine takılan ve görüntüyü film üzerine yansıtan mercek sistemi. Dental fotoğrafide yakın çekim görültüler elde etmek için özel amaçlı "macro-lens" veya "close-up" lens tabir edilen objektif sistemleri kullanılır. Mevcut objektiflere uzatma tübü (extension tüp) veya telekonvertör gibi ilave araçlar takılarak da yakın çekim yapmak mümkündür ancak görüntü kalitesi bir makro objektifle elde edildiği gibi değildir (2,3).

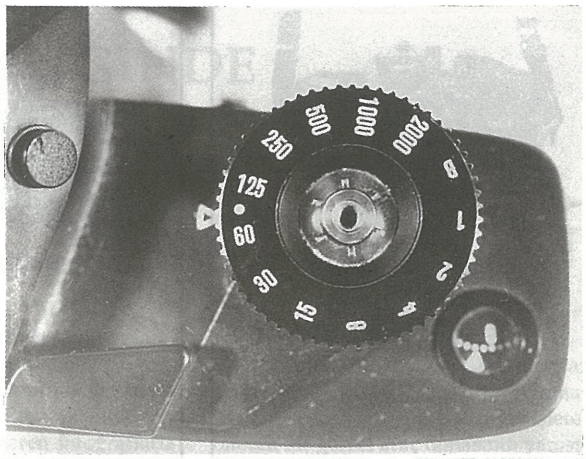
- Odak uzaklığı

Bir objektifin odak uzaklığı film düzlemi ile merceğin optik merkezi arasındaki mesafedir ve milimetre olarak ölçülür. Dental yakın çekim fotoğrafide çok keskin görüntüler elde etmek için uygun odak uzunlukları 90-120 mm arasında değişir. İdeali 100 mm.lik makro objektiflerdir. Ancak 50-60 mm. odak uzaklığına sahip macro objektifler de vardır. Odak uzaklığı büyüdükçe minimum distorsiyon, istenen düzeyde bir büyütme (magnification) ve yeterli bir çalışma mesafesi elde edilebilir (2).

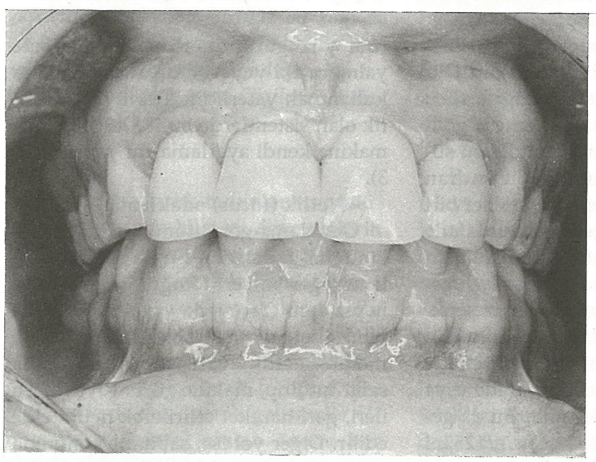
- Film hızı



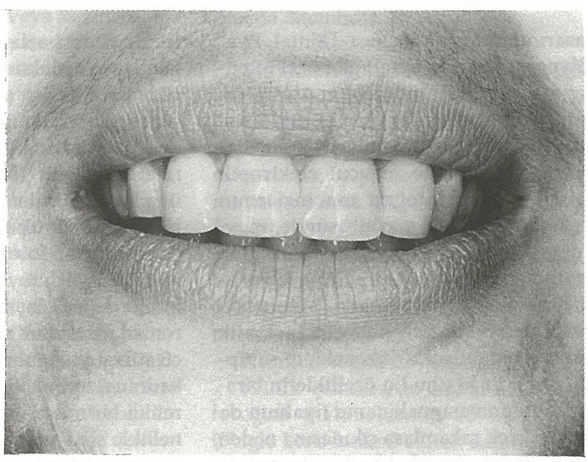
Resim 4- Diyafram açıklıklarının ayarlandığı kadran



Resim 5- Ortücü sürelerinin ayarlandığı kadran



Resim 6- Dental kompozisyon



Resim 7- Dentafasial kompozisyon

Film hızı, bir filmin mevcut ışığa karşı görece duyarlılığını ifade eder. Film hızı arttıkça ışığa duyarlılık da artar. Film hızı ASA, ISO veya DIN olarak ifade edilir. Örneğin 100 ASA'lık bir film 25 ASA'lık bir filme göre daha az ışık gerektirir. Düşük hızlı filmlerde ise elde edilen fotoğraf daha az grenli bir görüntü verir. Flaşlı fotoğraflarda günışığı için hazırlanmış (Daylight) 100 ASA veya daha düşük hızlı filmler tercih edilir (1). Klinik fotoğraf çekimlerinde diapozitif olarak adlandırılan slayt filmi kullanmak daha pratik bir yaklaşımdır. Slaytların arşivlenmesi, herhangi bir şekilde sunumu ve gerektiğinde karta basılması kolaydır. Genellikle bu amaçla 100 ASA'lık Kodak Chrome, Konica Chrome, Ilford Dia gibi filmler kullanılmaktadır.

- Pozlama (Exposure)

Uygun bir fotoğraf elde etmek için filme ulaşması gereken ışık miktarını ifade eder. Fotoğrafdaki bu en önemli tek prensip dört faktöre bağlı olarak kontrol edilir ve sonucun başarısını belirler. Bu faktörler örtücü hızı, diyafram açıklığı, ışık kaynağı ve film hızıdır (1, 2, 3).

Diyafram açıklığı ve örtücü hızının değişik kombinasyonları ile aynı miktarda ışığın makinaya girmesi sağlanabilir. Doğal ışıklandırmayla fotoğraf çekiliyorsa bu önemlidir, ancak flaş kullanıldığında örtücü hızının flaş ile senkronize olması şarttır. Bu nedenle flaşlı çekimlerde sadece diyafram açıklığı ayarlanabilir, örtücü hızı ise sabittir. Tam yüz çekimlerinde, yakın ağız çekimlerine göre daha fazla ışığa gereksinim duyulur. Çünkü film konudan daha uzaktadır. Bu tam yüz çekimlerinde, yakın çekimlere göre daha büyük diyafram açıklığı, yani daha küçük diyafram değerleri anlamına gelir. Yakın ağız içi çekimlerde ortalama f16-f22 diyafram, tam yüz çekimlerinde ise ortalama f5.6 diyafram değerleri kullanılır. Değişik fotoğraf makinalarında bu değerlerde bir birim ileri veya geri diyafram değerleri şeklinde değişebilir. Bu, fotoğraf makinasına, film hızına, macro objektifin tipine ve muhtemel filtre kullanımına bağlıdır (1, 2, 3). Bu konuda uygun pozlama değerlerini bulmak için mevcut donanımla bir deneme filmi çekerek ve her poz için kullandığımız değerleri kaydederek en doğru pozlamayı bulmak mümkündür.

- Işık kaynağı

Pozlamayı etkileyen üçüncü faktör ışık kaynağıdır. Yakın çekimlerde bu ışık kaynağı bir halka (ring) flaş olabileceği gibi uygun konumlandırılmış bir nokta kaynaklı flaş veya her ikisinin kombinasyonu da olabilir. Nokta kaynaklı flaş objektifin uç kısmına yerleştirilen bir döner brakete tesbit edilebilir veya makinaya tesbit edilen doğrusal uzatma kızağı üzerine flaş, açılı olarak yerleştirilebilir(Resim 3). Flaş objektif etrafında döndürülerek her fotoğraf için en uygun konum ayarlanmaya çalışılır. Genellikle bu tür flaşlar doğal ışığa benzer bir ortam yaratırlar ki, bu da fotoğrafta daha fazla gölge, daha fazla derinlik, kontrast ve doku verir. Bu flaşlarla iyi bir sonuç elde etmek için çok sayıda çekim yapıp, flaşın en uygun konumlandırması için deneyim kazanmak gerekir (1).

İkinci seçenek ise objektifin ucuna takılan halka şeklindeki flaşlardır (ring flash). Bu tür bir ışık kaynağıyla görün-

tülenecek alan dairesel bir tarzda ve homojen olarak aydınlatılabilir. Gölgelenme minimum düzeyde olur. Ayrıca flaşın konumu sabit olduğundan kontrol edilmesi gereken değişkenlerden biri daha elimine edilmiş olur (1).

Halka veya nokta kaynaklı flaş kullanımı konusunda tam bir fikir birliği olduğu söylenemez. Bazı üreticiler her iki sistemi de seçenekli olarak kullanıma sunmuşlardır. İki tip flaşın kombine olarak kullanılması da mümkündür.

- Alan derinliği (Depth of field)

Alan derinliği net, olarak odaklanan objenin önünde ve arkasında elde edilen net alan olarak ifade edilebilir. Bu net alan odaklama yapılan cismin 1/3 oranında önünde ve 2/3 oranında arkasında elde edilir (3). Alan derinliğini etkileyen temel unsurlar; konuya olan uzaklık, objektifin odak uzaklığı ve diyafram açıklığıdır. Objektifin odak uzaklığı arttıkça, konuya olan uzaklık azaldıkça ve diyafram uzaklığı büyüdükçe alan derinliği azalır. Ağız içi çekimlerde konuya çok yakın çekimler yapıldığından, yeterli bir alan derinliği elde etmek için diyafram açıklığını mümkün olduğunca kısmak gerekir. Bu nedenle kullanılacak olan fotoğraf makinesinde diyaframın en az f22'ye kadar kısılabilir olması istenir. İdeal olanı diyaframın f32 değerine kadar kısılabilir olmasıdır (1,2).

- Büyütme (Magnifikasyon)

Büyütme çekimi yapılan objenin gerçek boyutu ile film üzerindeki boyutu arasındaki oranı ifade eder. Her iki boyut aynı olduğunda 1:1'lik bir görüntü elde edilmiş olur. Birçok makro objektif yakın çekimlerde 1:1,2 - 1:1,5'luk bir büyütmeyle çekim yapar. Tam yüz çekimlerinde ise 1:8-1:10'luk bir büyütme söz konusu olur. Bazı fotoğraf makinalarında bu oranı belirten göstergeler mevcuttur. Ağız içi çekimlerde her zaman belirli kompozisyonları aynı uzaklıktan ve aynı büyütmeyle çekmek daha doğru bir yaklaşımdır (1, 2).

- Kompozisyon

Kompozisyon basit olarak bir fotoğrafın içeriğini ifade eder. Dental kompozisyon yalnızca dental arkı (Resim 6), dento-fasial kompozisyon dişler ve ağız çevresini (Resim 7), fasial kompozisyon ise tüm yüz görüntüsünü içerir.

İyi bir fotoğraf uygun bir pozlama, alan derinliği ve iyi bir kompozisyonu gerektirir. Dental fotoğrafta ışık kaynağı olarak flaş kullanılması işlemi oldukça basitleştirir. Örtücü hızı değiştirilemez çünkü flaşla senkronize olan bir değerdir. Alan derinliği odaklama yapılan noktaya göre otomatik olarak ortaya çıkar. Büyütme ve kompozisyon çekim yapan kişinin fotoğrafta ne istediğine göre belirlenir. Pozlama ise sadece diyafram açıklığı kontrol edilerek ayarlanır. Kolayca kontrol edilebilen bu çok az sayıdaki değişkene dikkat edilerek dental fotoğrafi oldukça basit ve memnun edici bir uğraş olarak uygulanabilir. Ancak değişen her koşulda kontrol edilmesi gereken bazı unsurların olabileceği de akıldan çıkarılmamalıdır.

ABSTRACT

Clinical photography is a useful asset to the dentists either in their clinical practice or academics. All dentists can do this occupation easily with a basic photographic equipment and basic knowledge. With experience, it is not difficult to be successful. This article provides a basic overview of photographic equipment and basic information for the dentists who is interesting in clinical photography.

KAYNAKLAR

1. King M. Esthetics and oral photography. In: Dale BG, Ascheim WK. Esthetic Dentistry. Lea&Febiger, Philadelphia, London, 1993: 241-265.
2. Swift ED- Quiroz L., Hall SA. An introduction to clinical dental photography Quint. Int 1987; 18:859-869.
3. Tolungüç, A. Dişhekimliğinde klinik fotoğraf uygulamaları. Seminer notları, Ankara 1991.

FDI

FDI KONGRESİ

27 Eylül-2 Ekim 1996

ORLANDO

İlgi duyanlar ve bilgi almak isteyenler;

TDB Yönetim Kurulu üyesi ve Dış İlişkiler Sorumlusu

Dt. Kazmir Pamir'e başvurabilirler.

Tel: 0.212-243 20 27

■ Fobik nevroz teşhisi konulan vakalarda, fobiler diğer psikiyatrik semptomlarla birlikte görülebilir veya başka psikiyatrik sendromlara eşlik edebilir. Depressif hastalarda çok kere özellikle agorafobik çeşitten hafif fobik semptomlar görülür.

■ Korkan hasta önce anksiyetesini azaltan yakınıyla birlikte kabul edilmelidir. Hastaya ağız sağlığı, dişlerinin durumu, gerekiyorsa anestezi hakkında bilgi verilmelidir. O gün yorgunsa, bitkinse, üzgünse müdahaleyi ertelemelidir.

DENTAL FOBİ

Işık Sayıl (*)

Fobi, önemli bir tehlike kaynağı olmayan bir nesne veya durumla karşılaşınca duyulan inatçı ve aşırı korkudur. Fobilerin başlıca üç öğesi vardır. Korkulan nesneyle karşılaşıldığı zaman subjektif korku, anksiyete duyma; bu karşılaşmayla ilgili fizyolojik değişiklikler ve bu nesneden kaçınma ve kaçma davranışları. Dolayısıyla gerçekten fobik olan hastalar ender olarak korku duyarlar. Çünkü kendilerine anksiyete veren nesnelerden veya durumlardan sürekli olarak kaçarlar. Fobik nevroz teşhisi konulan vakalarda, fobiler diğer psikiyatrik semptomlarla birlikte görülebilir veya başka psikiyatrik sendromlara eşlik edebilir. Depressif hastalarda çok kere özellikle agorafobik çeşitten hafif fobik semptomlar görülür. Fobi temeldek depresyonu maskeler. Primer fobik nevrozlar başlıca üç tiptir:

1. Agora fobi: Özellikle yalnız başına dışarı çıkma korkusudur. Depresyonla birlikte görülebilir.

2. Klaustrofobi: Kapalı yer-korkusu. Hasta çoğunlukla asansörden, kapalı bir tuvaletten korkar.

3. Sosyal fobiler: Başkaları yanında hissedilen korkulardır. Hasta başkalarının kendisiyle ilgili olarak ne düşüneceğinden korkar. Sıkıcı, gülünç duruma düşme endişesi taşır. Örneğin: Yabancıdan korku (ksenofobi), gözlemcilerden korku (antrofobi) gibi. Baskılı eğitime bağlı olarak geliştikleri üzerinde durulur.

4. Spesifik korkular: Belli bir nesne ya da durumla ilgili korkulardır. Örneğin: Ailurofobi (kedi korkusu), araknofob (örümcek korkusu), sinofobi (köpek korkusu), murofobi (fare korkusu), ophidophfobia (yılan korkusu), akrofobi (yükseklik korkusu), niktofobi (karanlık korkusu) gibi.

Bu korkular buluğ çağı öncesinde her iki cinste de görülürler. Korkunun köken yaşamın erken dönemlerindeki bir travmatik olay ile ilgilidir. Ancak korkunun kökeni çoğu kere hatırlanmaz.

İşte bu spesifik korkulardan biri de **"Dental fobi"**dir. Burada diş tedavisinden kaçışa neden olan, özel kontro edilemeyen, saçma bir korku söz konusudur.

ABD'de yapılan bir araştırmada (1958) toplumun %51'inin dişhekimine muntazam gitmediği saptanmıştır ve bunlardan %9'unun gitmeyiş nedeni korkularıdır (Freidson-Feldman).

Hoş olmayan dental tedavi deneyimi olan ailelerin ya da dişhekimine, dental tedaviye karşı abartılmış korku ile olumsuz tavır almış ailelerin bu korkunun gelişmesinde temel etken olduğu söylenir.

Ayrıca bireydeki nörotik özellikler de bu korkunun gelişmesinde etkili olur.

Çoğu fobik hastada, çocukluklarında dişhekimi elinden ağrılı, travmatik bir deneyim söz konusudur.

Buna ek olarak ağız içine yapılan enjeksiyon, bunu takiben anestezik bir mask oluşması, aletlerin görünümü, çevredekilerin sesi endişe verici diğer faktörler olarak sayılabilir.

Ayrıca fobik hastalarda ağrı eşiğinin düşük olduğu üzerinde de durulmuştur.

Bu korku yaşamın her döneminde gelişebilir. ancak özellikle çocuklukta, sonra ergenlikte, pek azı da yetişkin çağda gelişmiştir.

Özellikle çocuklukta gelişmesi, çocuğun uyaranlara ve travmatik yaşantılara daha duyarlı olmasındandır. İlk travmaya kolay uyum sağlasa da, travmatik olayın tekrarı daha şiddetli reaksiyon ve etkiye sebep olur ve korkuyu yerleştirir.

Çocuğun psikolojik olarak hazırlanmaksızın, ne yapılacağı anlatılmadan getirilmesi, ağrısız olacağına söz verilip ağrılı bir deney geçirme ya da anlayışsız, kaba, sert bir yaklaşım özellikle anksiyeteli çocukta fobi gelişiminin tohumlarıdır.

Dental fobi oluşumunda en etkili faktör dental travmatik deneyimdir.

Bir genetik eğilim üzerinde durulursa da; bunun daha çok model alma nedeniyle olduğu söylenebilir.

Bağımlı kişilik özelliği olanlarda bu fobinin gelişimi olasılığının arttığını söyleyebiliriz.

Birçok araştırmacı kızların erkeklerden daha fazla dental fobi gösterdikleri üzerinde durmuştur. Bazıları ise 11 yaşa kadar ikisinin arasında dental fobi bakımından fark sözkonusu olmadığını, ancak puberteden sonra bunun erkekler aleyhine değiştiğini söylerler.

1. Bağımlı kişilik yapısı
2. Ağrı eşiğinin düşük olması
3. Çocuktaki nörotik özellikler
4. Psikiyatrik hastalık öyküsü
5. Özellikle annenin ya da diğer aile üyelerinin dental fobili olması, hazırlayıcı faktörler olarak sayılırlar.

Bu hastaların ağrı eşikleri de normale göre düşük olarak bulunmuştur. Fobik hasta içe dönük bir tutumla ağrısını dile getirmekten çekinir, minimize ederler.

Demek ki dental fobide predispozan ve presipitan faktörlerden söz edebiliriz. Ancak en önemli faktör dental travmadır.

Korkan hastaya yaklaşım:

"Korkunun ecele faydası yoktur" diye mi yaklaşalım? Korksun ya da korkmasın karşınızdakinin sizden yardım bekleyen bir kişi, bir insan olduğunu unutmamak gerekir. ilk karşılaşmada tanışma ilk iştir. Bundan sonra hastanızı benimseyip ona ismiyle hitap ederek, onun sizin için değerli olduğunu, ona önem verdiğinizi, onu bir eşya gibi görmediğinizi belirten bir tutum içinde olmalısınız.

Korkan hasta önce anksiyetesini azaltan yakınıyla birlikte kabul edilmelidir. Hastaya ağız sağlığı, dişlerinin durumu, gerekiyorsa anestezi hakkında bilgi verilmelidir. O gün yorgunsa, bitkinse, üzgünse müdahaleyi ertelemelidir.

Çocuklar önce psikolojik olarak hazırlanmalı, ne yapılacağı anlatılmalı, abartmadan ve gizlemeden onunla açıkça anlayacağı bir dille konuşulmalıdır.

Ağrısız dişhekimliğine ilk adım 1884'de lokal anestezik kokainin keşfi ile atılmıştır. 1905'de prokoin (novakain) keşfi ile gerçek anlamda ağrısız dişhekimliği başlamıştır. Böylece ağrı-dişhekimliği varsayımı ortadan ancak yaşadığımız yüzyılda kaldırılmıştır.

Günümüz şartlarında, modern dişhekimliği çerçevesinde, yukarıdaki özellikler de dikkate alınırsa dental fobinin giderek bir sorun olmaktan çıkacağı söylenebilir.

(*) Prof. Dr. Ank. Ünv. Tıp. Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

Ağrıya tam isabet.



250 mg parasetamol

150 mg propifenazon

50 mg kafein



Üçlü bileşim, güçlü etki.

Bileşimi: Bir tablet 250 mg parasetamol, 150 mg propifenazon ve 50 mg kafein içerir. **Özellikleri:** Minoset Plus, her ikisi de analjezik ve antipiretik özellikleri olan parasetamol ve propifenazon ile düşük dozda kafein içerir. **Endikasyonları:** Baş ağrısı, migren, diş ağrısı ve diş çekimini takip eden ağrılar, menstrüel rahatsızlıklar, ameliyat sonrası ve romatizmal ağrılarda analjezik olarak; soğuk algınlığı ve nezlede ateş düşürücü ve ağrı kesici olarak. **Doz ve uygulama:** Tek doz olarak yetişkinler için 1-2 tablet, 12-16 yaş arası 1 tablet. Bu doz gerektiğinde 24 saat içinde 3 kez yinelenebilir. **Önlemler:** Analjezik ilaçlar doktora danışılmadan uzun süre kullanılmamalıdır. **Kontrendikasyonları:** Pirazolon ve fenilbutazon içeren bileşiklere karşı alerji, parasetamol, asetilsalisilik asite karşı bilinen duyarlılık veya kafeine karşı bilinen alerji, kalıtsal glikoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği, akut hepatit porfiria durumlarında kullanılmamalıdır. **Yan etkiler:** Nadir olarak alerjik ve aşırı duyarlılık reaksiyonlarına yol açabilir. **Ticari şekli:** Tablet, 20 adet, blisterde. **Ocak 1996 / KDV Dahil Per. Sat. Fi. 97.000 TL. Reçeteli veya reçetesiz satılır. ® Tescilli marka. Daha detaylı bilgi firmamızdan temin edilebilir. Ruhsat sahibinin isim ve adresi:** Roche Müstahzarları Sanayi Anonim Şirketi, P.K. 16 80622 Levent/İstanbul

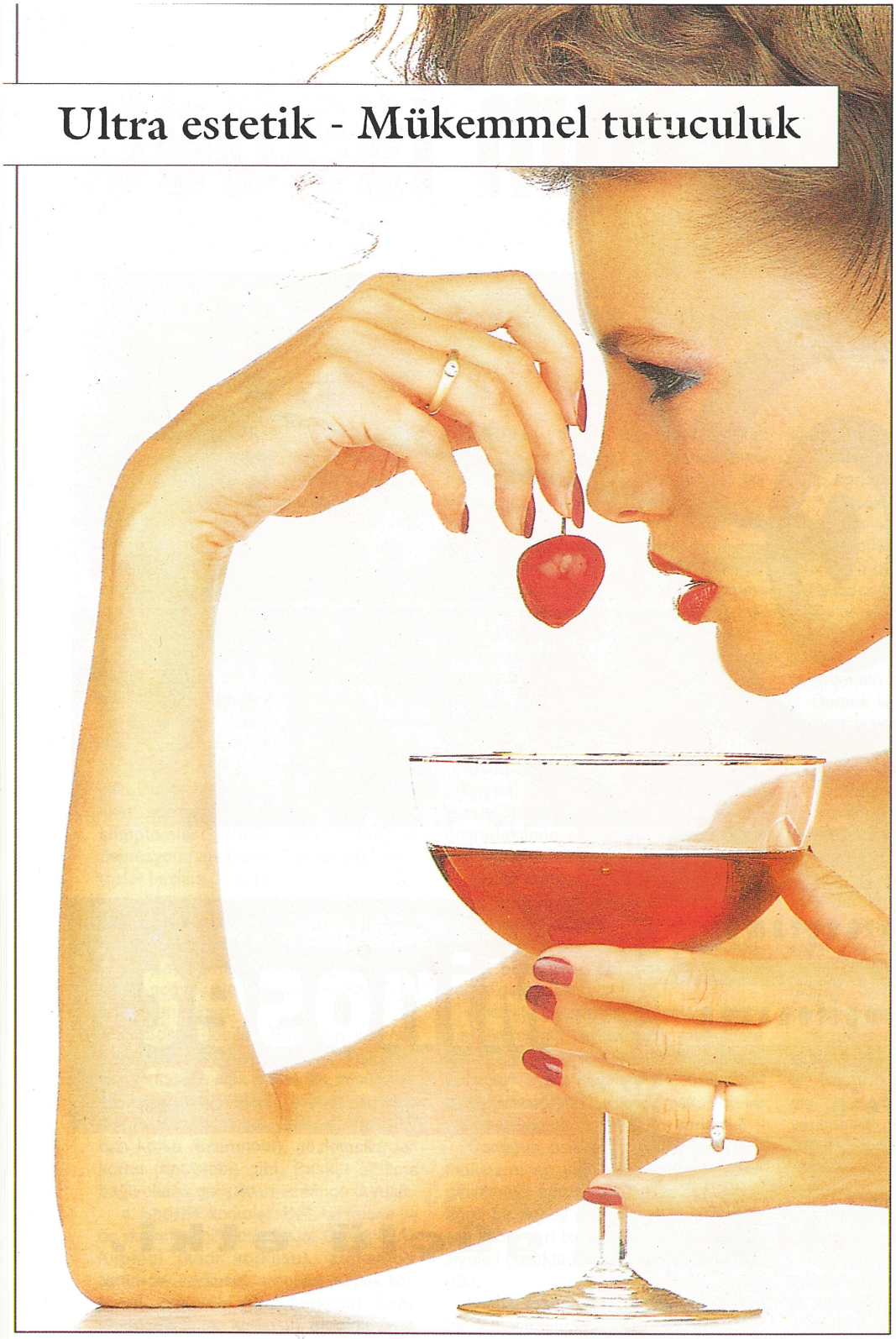
Roche

Roche Müstahzarları Sanayi Anonim Şirketi

Büyükdere Caddesi 181, 80640 Levent - İstanbul Tel: (0-212) 270 00 00 Faks: (0-212) 282 65 84

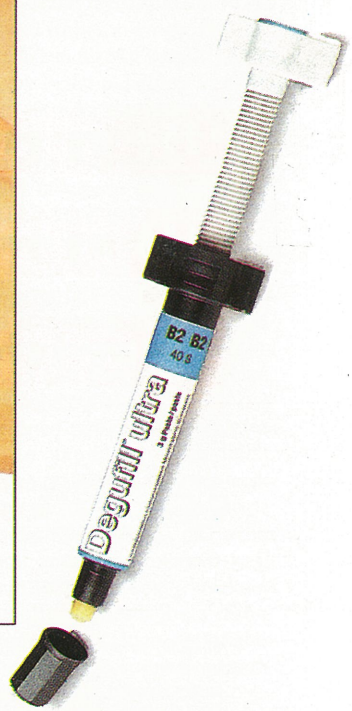
Degussa

Ultra estetik - Mükemmel tutuculuk



YENİ!

Sonsuz renk sabitliği ile mükemmel tutuculuğu olan yeni microhybrid komposit.



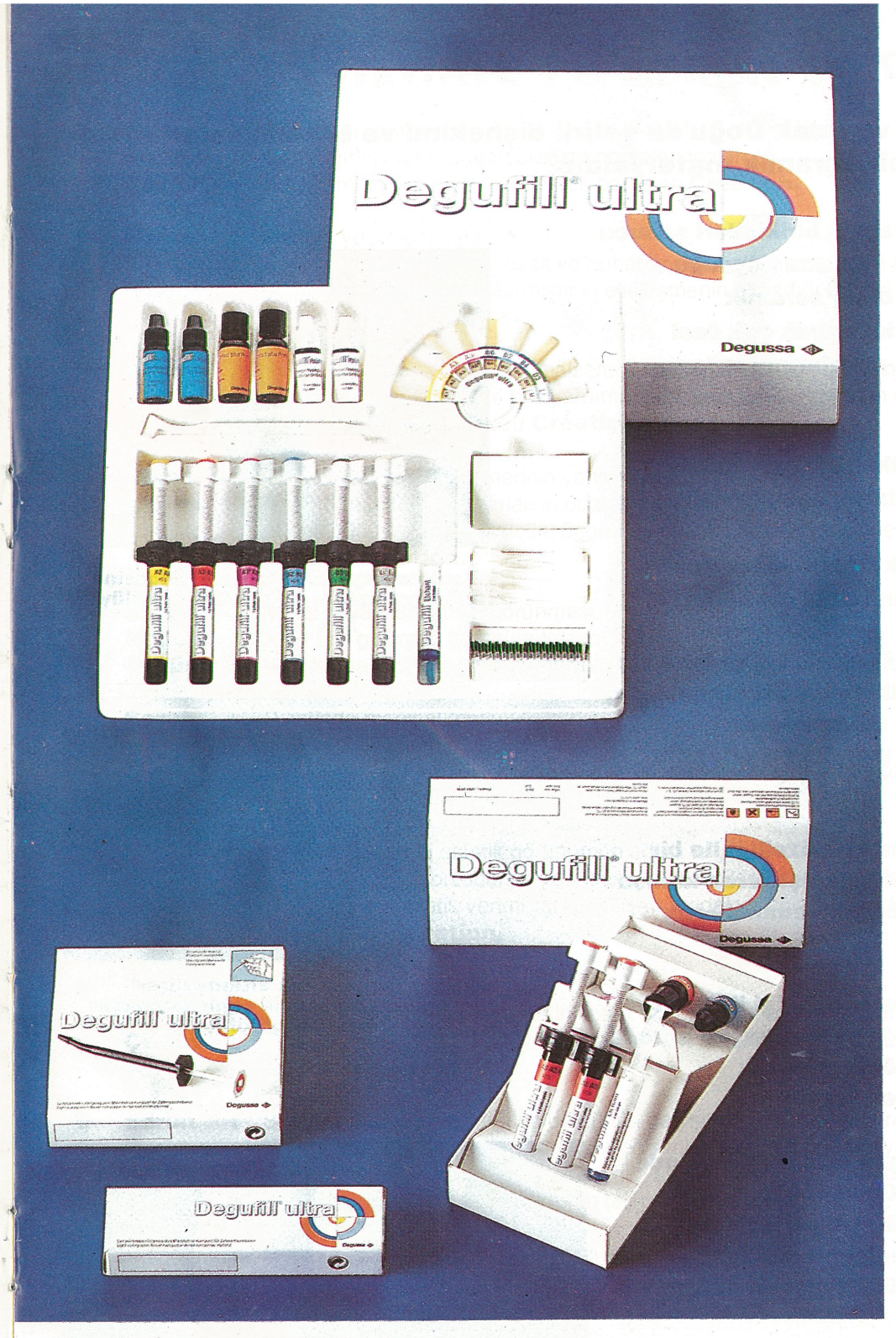
Degufill® ultra

Progressive Dentistry
Degussa Dental Research

Ankara Bölgesi Distribütörü
METRO DİŞ DEPOSU
G.M.K. Bulvarı 17/4
Tel: (0 312) 231 83 76 - 4 hat
Fax: (0 312) 231 05 45
Kızılay - ANKARA

DEGUSSA TİCARET LTD.
Noramin İş Merkezi, Büyükdere Cad.
Üçyol Mevkii 80670 Maslak - İSTANBUL
Tel: (0 212) 285 23 56 (4 hat) - 276 36 24 (4 hat)
Fax: (0 212) 276 87 22 Tlx: 27907 degt.
P.K. 15 80850 Emirgan - İSTANBUL

İzmir Bölgesi Distribütörü
AZI DİŞ DEPOSU
Sağlık İş Hanı 847 Sok. 10/1
Tel: (0 232) 483 41 28 - 425 37 50
Fax: (0 232) 441 12 18
Konak - İZMİR



6 x 3 g in rotary-plunger type syringes
Shades: A2; A3; A3.5; B2; LI
1 x 2 ml Degufill Etchant
2 x 2.5 ml Degufill Contact Plus Primer
2 x 2.5 ml Degufill Contact Plus Bond
1 shade guide
1 brush holder
10 plastic nozzles for etching gel
1 transfer pad
50 disposable brushes
Product no. 4340 0001

Small assortment package
2 x 3 g syringes
Shades: A1; A2; A3; A3.5; A4; B2;
B4; D3; LI,
1 x 2 ml Degufill Etchant
1 x 2.5 ml Degufill Contact Plus Primer
1 x 2.5 ml Degufill Contact Plus Bond
1 x 2.5 ml Degufill Polishing Gel
10 plastic nozzles for etching gel

Product no.:

Shade A1:	4343 0100
Shade A2:	4343 0101
Shade A3:	4343 0102
Shade A3.5:	4343 0103
Shade A4:	4343 0107
Shade B2:	4343 0104
Shade B4:	4343 0105
Shade D3:	4343 0106
Shade LI:	4343 0112

Single syringe
1 x 3 g in rotary-plunger type syringes
Shades: A1; A2; A3; A3.5; A4;
B2; B4; D3; LI,
Product no.:

Shade A1:	4341 0011
Shade A2:	4341 0001
Shade A3:	4341 0002
Shade A3.5:	4341 0003
Shade A4:	4341 0007
Shade B2:	4341 0004
Shade B4:	4341 0005
Shade D3:	4341 0006
Shade LI:	4341 0012

Direct application syringe
10 x 250 mg paste
Shades: A2; A3; A3.5; B2;

Product no.:

Shade A2:	4345 0201
Shade A3:	4345 0202
Shade A3.5:	4345 0203
Shade B2:	4345 0204

Degufill® ultra

Ankara Bölgesi Distribütörü
METRO DİŞ DEPOSU
G.M.K. Bulvarı 17/4
Tel: (0 312) 231 83 76 - 4 hat
Fax: (0 312) 231 05 45
Kızılay - ANKARA

DEGUSSA TİCARET LTD.
Noramin İş Merkezi, Büyükdere Cad.
Üçyol Mevkii 80670 Maslak - İSTANBUL
Tel: (0 212) 285 23 56 (4 hat) - 276 36 24 (4 hat)
Fax: (0 212) 276 87 22 Tlx: 27907 degt.
P.K. 15 80850 Emirgan - İSTANBUL

İzmir Bölgesi Distribütörü
AZI DİŞ DEPOSU
Sağlık İş Hanı 847 Sok. 10/1
Tel: (0 232) 483 41 28 - 425 37 50
Fax: (0 232) 441 12 18
Konak - İZMİR

Degussa

creation nedir?

Avrupa, Amerika ve Uzak Doğu'da belirli dişhekimi ve teknisyenlerin kullandığı butik bir seramik materyaldir.

Willi Geller'in 20 yılı aşkın birikimleri sonucu özenle hazırladığı ve imzasını koyduğu creation irridescent diğer seramik materyallerinden farklı olarak çok özel renklendirme ve ışık oyunlarının sırlarını taşır.

Creation ile düşündüklerinizi yaratabilir, yaratıcılığınızın sınırlarını aşabilirsiniz.

Creation'u dental sektördeki diğer ticari porselenlerden ayıran temel özellikler;

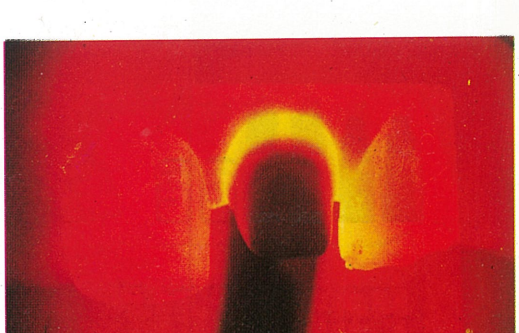
1. **Creation fiber optik niteliği ışığı kendi iç katmanlarına özellikle diş eti altına iletir, bu da diğer metal seramiklerde önlenemeyen gri, mor diş eti effektini ortadan kaldırır.**

2- **Creation monocromatik özelliği ile bir bukalemun gibi renk değiştirerek komşu yan dişten renk alır, mükemmel renk uyumu sağlar.**

3- **Creation fluoresence özelliği ile hem kırmızı, hem mor, hem de günışığı altında natural bir dişin gösterdiği ışık yansımalarını aynen sergiler.**

4- **Creation opalesence özelliği sayesinde naturel bir dişin günün değişen saatlerinde değişik ışık şartlarında gösterdiği renk değişimlerini aynen kopya edebilen mükemmel bir seramik materyaldir.**

5- **Creation irridesence seramik materyali görünür spectrumdaki tüm renkleri ve dağılım harmonisini tam bir natural diş gibi içerir.**



Kızılötesi ışık altında kole bölgesine yığılı seramiğin ışığı iletimi görülüyor.



Mor ışık altında dişeti bölgesine yığılı seramiğin ışınımı görülüyor.



Skala rengine ulaşmanın en pratik yolu *creation* kullanmaktır.

RENK VE ESTETİKTE 10 SORUN 10 ÇÖZÜM

1- **Sorun** : Rengin gri çıkması.
Neden : Cam ağırlıklı feldispattan üretilen porselen tozları.
Çözüm : Kalsiyum feldispattan üretilen tek porselen **Creation.**

2- **Sorun** : Rengin yeşile çalması.
Neden : Porselen tozunun metal oksit ve buharlarından etkilenmesi.
Çözüm : Yapılan çalışmalar göstermiştir ki etkileşmenin olmadığı tek porselen **Creation.**

3- **Sorun** : Opaker yansıması.
Neden : Yeterli örtücülüğe yardımcı malzemelere rağmen sahip olmayan porselen tozları.
Çözüm : En yetersiz mesafelerde bile yardımcı malzeme kullanmaksızın opaker yansıması olmayan tek porselen tozu **Creation.**

4- **Sorun** : Opakerin kristal taneciklerinin yansıması.
Neden : Sonradan dökülen yuvarlak iri opaker kristalleri.
Çözüm : Emsallerinden 300 kat küçük, üçgen prizmatik kristallerini içinde barındıran tek opak **Creation.**

5- **Sorun** : Metal altyapı silüetinin görünmesi.
Neden : Aşırı ışık geçirgen porselen tozları.
Çözüm : Işığı kırma indisi doğal dişe en yakın olan tek porselen **Creation.**

6- **Sorun** : Dişetinde marjinal morluk.
Neden : Serbest dişeti cebine ışık iletemeyen tozlar.
Çözüm : **Lityum oksit** içerdiği için naturel dentin kristali gibi ışık iletme özelliğine sahip tek porselen **Creation.**

7- **Sorun** : Model üzerindeki estetik görünümün ağıza takıldığında kaybolması.
Neden : Opalescence, fluorescence ve iridesence özellikleri doğru ayarlanmamış porselen tozları
Çözüm : %98 renk ve estetik verimliliği ile çalışan model ve ağızda renk farklılığı yaratmayan tek porselen **Creation.**

8- **Sorun** : Camsı, cansız görüntü
Neden : Doğru renklendirilmemiş dentin şeffat materyali ve bunların uyumsuz renk geçişleri
Çözüm : Opak dentin seffat ve diğer ara materyalleri arasında problemsiz renk geçişi olan tek porselen **Creation.**

9- **Sorun** : Skalaya uygun çalışıldığı halde günün değişen ışık şartlarında renk uyumsuzluğu oluşması.
Neden : Naturel dişin ışığa karşı gösterdiği değişimleri taklit edemeyen yetersiz porselen tozları.
Çözüm : Her katmanı naturel diş katmanları gibi ayarlandığı için naturel dişin gösterdiği renk değişimlerini aynen taklit edebilen tek porselen **Creation.**

10- **Sorun** : Renk ve estetiğin sağlanamaması.
Neden : Sıradan porselen tozları.
Çözüm : **Creation.**

UNUTMAYINIZ, MÜKEMMEL AYRINTILARDA GİZLİDİR...

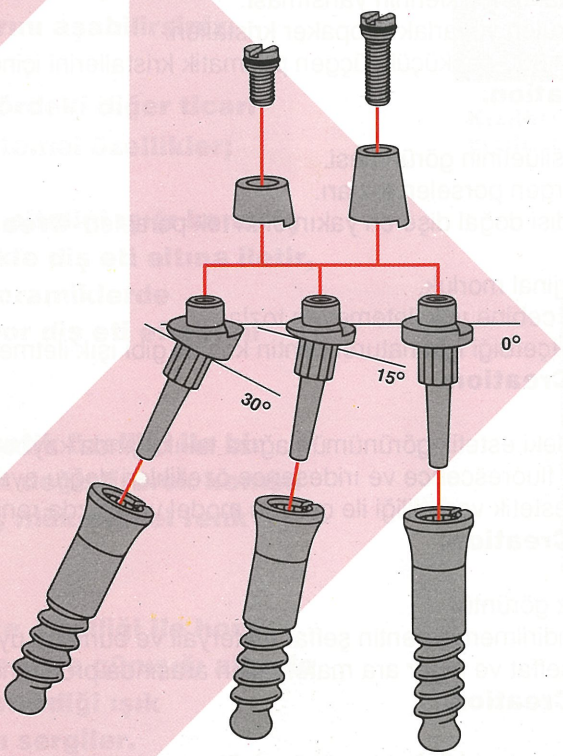
Kullanan laboratuvarlar ve ürün hakkında bilgi için;
Tel: 212. 251 23 59-243 34 37
Hamalbaşı Cad. No: 4/1 Galatasaray 80070 İstanbul

al dental ltd. şti.

Gelişmiş bir implant sistemine karar verin

The IMPLA B.I.T. System

- **IMPLA B.I.T Sistemi implanta yeni başlayanlar için kolaydır.**
  5 tip implant ve bir abutment sistemi tüm endikasyonlara uygundur.



- **Patentli bihexagonal tutan ara parçalar parelel olmayan abuntmentler için**
  0°, 15° ve 30° çeşitlerine sahiptir.
  IMPLA implantın adıdır.
  1959 yılından beri iyi tanınır.

IMPLA
SCHÜTZ DENTAL
Çelik Tıbbi Cihazlar, Gereçler Ticaret ve Sanayi Ltd. Şti.
İthalat ve İhracat
Sönmez İş Sarayı Kat: 1 No: 137
BURSA
Tel: (0224) 223 41 84 Fax: (0224) 221 08 86









İMGE SİMGE EVRE LIARRE

Çeşitleri Sorunuz!

LIARRE ELETTRONICA TÜRKİYE TEMSİLCİSİ:

EVRE DENTAL

TIBBİ GEREÇLER SAN. ve TİC. LTD.ŞTİ.

MERKEZ:
Hamalbaşı Cad. Duduodaları Sk.
Bedir Han, 5/201
80070 Galatasaray - İstanbul
Tel : 0212. 293 89 34 / 251 25 65
249 39 17
Fax: 0212. 249 76 28

TRABZON ŞUBESİ:
Uzun Sk. Kolotoğlu Pasajı
No: 58 Trabzon
Tel: 0462. 321 63 03









Unit: Pnömatik sistem, Otomatik kontrollü hijyenik dizayn ile mikropsuz, özgür çalışma ortam
Koltuk: Hijyenik malzemesi ve ortopedik tasarımı ile hasta konforu,

kalitenin markası

DEN-TAL-EZ, INC.

kontrollü esneklik



Unit'te Kampanya 9.750 $

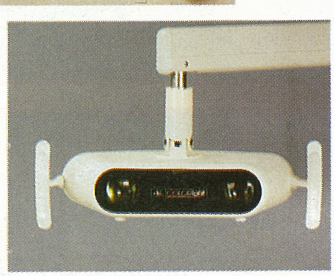
Kompresör ve vakum hariç..



Hand Pieces: Ergonomik yapısı ile üstün kullanım rahatlığı ve sağlamlık,



Reflektör : Ayarlanabili lensler sayesinde gölgesiz görüş keskinliği ve gün ışığı kalitesinde renk seçimi,



Kompresör : Sessiz, teflon yapım, bakım gerektirmez,
Vakum makinası : Sessiz, yüksek emiş gücü,

ERDENT SAĞLIK
Hizmetleri ve Ticaret Limited Şirketi

TEMPOROMANDİBULAR EKLEM DİSKİNİN AKUT YER DEĞİŞTİRMESİNİN (AKUT REDÜKSİYONSUZ DİSK DİSPLACEMENT) TEDAVİSİ-3 OLGU

Nur Hersek (*), Şenay Canay (**), Gülay Uzun (***), Erdal Şahin (****)

Temporomandibular eklem (TME) sorunları olan çok sayıda hasta ülkemizde tedavi için hangi merkeze başvurması gerektiğini bilememektedir. Bu makalede kliniğimizde bu hastaların tedavisi için bir grup bulunduğunu ve akut dönemde hastanın gelmesi ile tedavi edilen üç olguyu tanıtmayı amaçladık.

Redüksiyon-tıpta bir organı normal yerine getirme anlamında kullanılmaktadır. "Redüksiyonsuz disk displacement", diskin normal yerinde bulunmaması, yer değiştirdiği anlamında kulanılan bir terimdir. TME'de kondil disk uyumunun bozulması sonucu disk normal yerini değiştirip zamanla kondilin tamamen önüne geçebilir. Kondil ağzın açılması sırasında diski yakalıyorsa buna redüksiyonlu, yakalayamıyorsa redüksiyonsuz disk displacement adı verilir (Resim 1). Redüksiyonsuz disk displacement oluşmuşsa, aniden hastanın ağız açıklığı kısıtlanır, ağzı açmaya zorlayınca ağrı vardır. Bu akut duruma "closed-lock" veya kilitlenme adı verilir (1-5). Hasta bu evrede tedavi edilmez ise olay kronikleşir.

1. OLGU

27 yaşında bayan ameliyathane hemşiresi hasta, ağzını açamama ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 2 sene kadar önce sol TME'inden "click" sesi gelmeye başlamış ve bazen ekleminde takılmaları olduğunu, 1 hafta önce ise yemek yerken aniden bir kilitlenme olduğunu ve sesin geçtiğini ağzını fazla açmaya zorlayınca ağrı hissettiğini belirtti.

Hastanın maksimum ağız açıklığı 25 mm idi. Açma sırasında sol tarafa 5 mm defleksiyon vardı (Resim 2, 3). Sağ lateral hareket normal (8 mm), sol lateral hareket ağrılı ve kısıtlıydı (3 mm). TME radyografılarında sol eklemde kısıtlı hareket gözlendi. Sol TME'in aktif ve pasif muayenelerinde ağrı vardı ve eklemde translasyon (kayma hareketi) yoktu. Ağız içi muayenede tüm dişlerin bulunduğu ve lateral hareketlerde interferans olduğu görüldü.

Tanı: Akut redüksiyonsuz disk displacement.

Tedavi: Hastaya alt çenesini sağa (etkilenmeyen ekleme doğru) kaydırarak, daha sonra ağzını bu pozisyondan maksimum açması söylendi (Resim 4). Bu hareketin yaptırılması ile hastanın öne ve birazda mediale yer değiştirmiş olan diskinin yakalanabildiği anlaşıldı. Daha sonra bu ileri (protruziv) pozisyonda, ön dişleri baş başa gelecek şekilde kalması istendi (Resim 5). Ağız maksimum açtırılarak ağız açıklığı ölçüldü ve 46 mm'ye çıkana kadar 2-3 kez dikkatlice hastanın bu hareketleri tekrarlaması istendi. Ağız açıklığı normale döndükten sonra, diskin kondil üzerinde tekrar yer değiştirip, ağız açıklığının tekrar azalmaması sağlanmalıdır. Bu durumun korunması, diskin kondil üzerindeki bu pozisyonu kaybetmemesi için, mandibulayı intercuspal pozisyonun 3 mm kadar önünde pozisyonlandıran bir "anterior repositioning splint" (AP) takıldı (Resim 6). Hastaya altı hafta boyunca günde 24 saat süreyle sadece oral hijyen için ağızdan çıkartabileceği belirtilerek bu splint kullandırıldı. Altı haftadan sonra kilitlenmenin tekrarlamadığı görülerek splint kullanımı azaltılarak bir ay sadece geceleri kullandırıldı. Tedavi bitiminde eklem ve kas ağrısı defleksiyon, eklemde ses yoktu, lateral hareketler normal sınırlarda ve ağrısızdı. Maksimum ağız açıklığı 46 mm'ye ulaşmıştı (Resim 7).

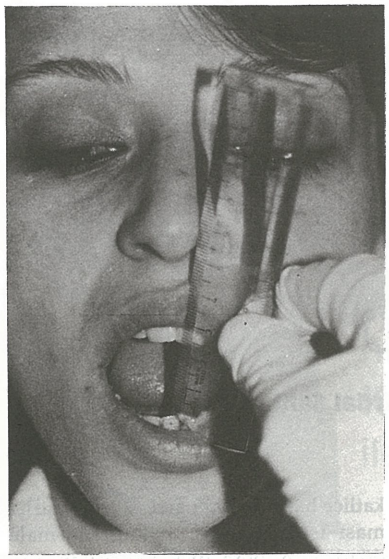
2. OLGU

Üç gün önce ağzını açmada güçlük ve sol TME bölgesinde ağrı şikayeti olan 22 yaşında dişhekimliği öğrencisi bayan hasta kliniğimize başvurdu. Altı ay önce sol TME'de ağzını açma ve kapama sırasında "click" sesi duymaya başlamıştı, hasta yıl sonu sınavları nedeniyle yoğun bir çalışma programı içindeydi. Maksimum ağız açıklığı 22 mm idi, açma sırasında sol tarafa 5 mm defleksiyon vardı, sol lateral hareket normal (8 mm) sağ lateral hareket kısıt-

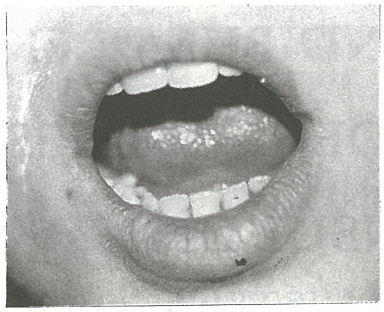


Resim 1- Disk tamamen kondilin önüne geçmiş.

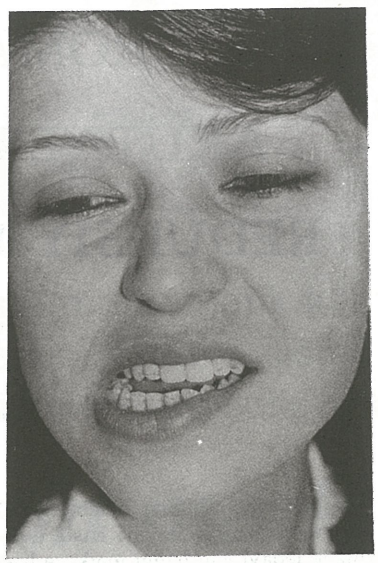
(*) Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD Öğretim Üyesi
(**) Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD Öğretim Üyesi
(***) Dt., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD Araştırma Görevlisi
(****) Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD Öğretim Üyesi.



Resim 2- Kısıtlanmış ağız açıklığı.



Resim 3- Açma hareketi sırasındaki defleksiyon.



Resim 4- Maksimum sağ lateral hareket yaptırılması.

lıydı (3 mm) kas muayenesinde solda aktif ve pasif durumda, lateral ve posteriorda ağrı vardı. Ağız içi muayenede tüm dişlerin bulunduğu, intercupal ilişkinin iyi olduğu, Sınıf 1 okluzyon türü ve kanin koruyuculu oklüzyon bulunduğu görüldü.

Tanı: Akut Redüksiyonsuz Disk Displacement.

Tedavi: Öncelikle sağa doğru yaptırılan lateral hareketle disk yakalanmaya çalışıldı, ancak sonuç vermedi. Bu durumda ekleme manüplasyon yapılarak disk normal yerine getirilmeye çalışıldı. Bu amaçla sağ elin baş parmağı, sağda ikinci molar dişin üzerine, diğer parmaklar mandibulanın alt kenarına yerleştirildi. Sabit kontrollü kuvvet molar dişler üzerine aşağı doğru uygulanırken, aynı anda parmaklar çene ucundan yukarı doğru kuvvet uyguladı, sol el ile de kafa kaidesi ve eklem kavrandı (Resim 8). Bu uygulamayla eklem boşluğu genişletilerek, mandibula hafif sola kaydırılarak kondilin diski daha rahat yakalaması sağlandı. Sonra hasta mandibulayı protrüzyona alarak baş başa pozisyonda kapattı, disk yakalanana kadar bu işlem 3-4 kez tekrarlandı. Manüplasyon sonucu disk yakalandı ve ağız açıklığı 43 mm'ye ulaştı. Hastaya hemen bir AP splint takıldı ve 6 hafta kullandırıldı.

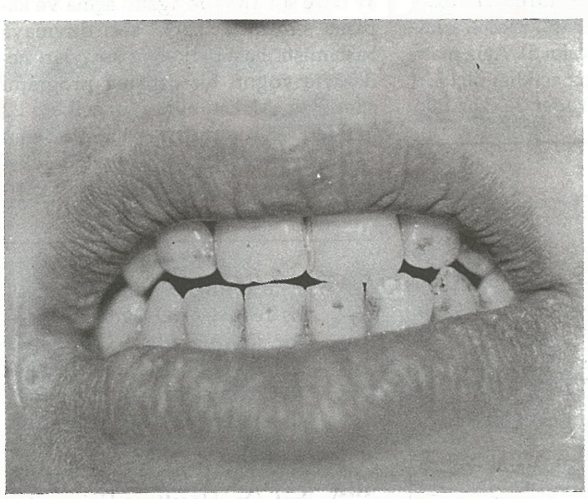
3. OLGU

19 yaşındaki bayan hasta, sağ eklemde takılma hissi, ağrı ve ses şikayeti ile birçok hekime başvurmuş ancak bir sonuç alamamıştı. Üniversite sınavlarına hazırlanan hasta yemek yerken aniden ağız açıklığının kısıtlandığını farketmişti. Kliniğimize başvurduğunda 1 aydır ağzını rahat açamadığından ve sağ eklemdeki ağrıdan yakınıyordu. Ağız açıklığı 35 mm idi ve redüksiyonsuz disk displacement olgularında görülen tüm klinik bulgular vardı.

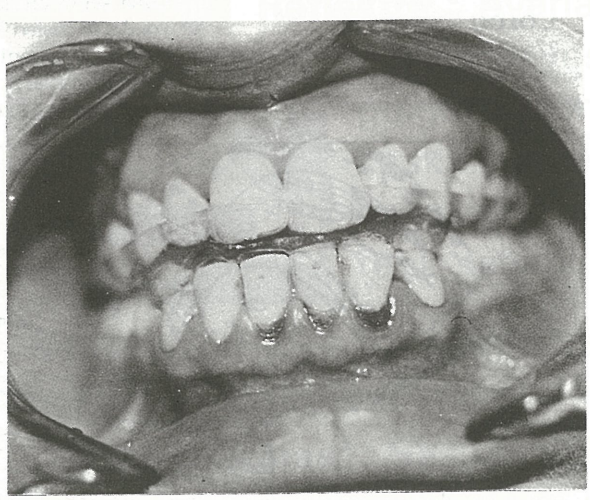
Tedavi: Hastanın sol lateral hareketle diski yakalayamadığı görüldü, manüplasyon denendi. İlk seans 5-6 kez denenen manüplasyonda sonuç başarısızdı, bunun üzerine iskelet kaslarının gevşemesi için 2 mg Valium sabah akşam kullandırıldı ve aynı zamanda hastaya bir kas gevşetici splint uygulandı. Manüplasyon birkaç gün arayla denendi, ancak sonuç başarısızdı. Bunun üzerine hastaya "pivoting splint" yapıldı. Bu splinti günde 5-6 kez takarak alt çene ucunda yukarı doğru elle basınç yapılması söylendi. Bu splintin amacı bu kuvveti uygulayarak kondil başının fossadan uzaklaşmasını ve diskin daha kolay yerine gelmesini sağlamaktır. Sık yapılan kontrollerde 2. hafta sonunda aniden ağız açıklığının 52 mm'ye çıktığı görüldü. Hastaya hemen bir AP splint uygulandı.

TARTIŞMA

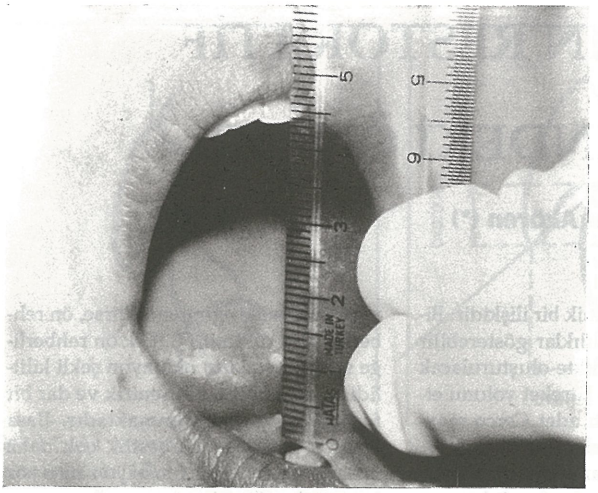
Redüksiyonsuz disk displacement hastalarında, akut durumda tedavide başarı şansı oldukça yüksektir (4). Öncelikle hastanın lateral hareketle diski kendisinin yerine alıp alamadığına ba-



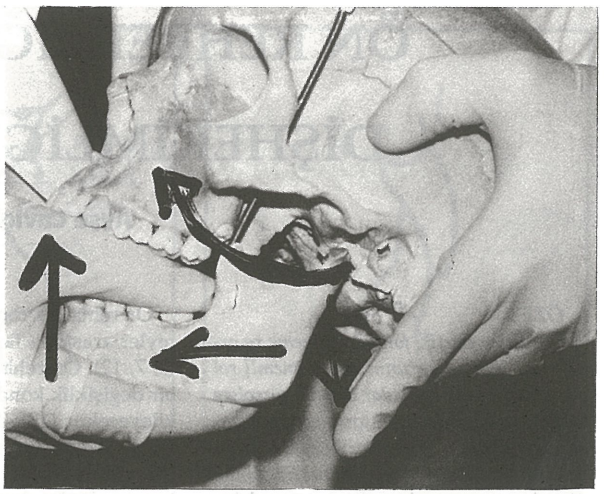
Resim 5- On dişler başbaşa pozisyonda.



Resim 6 - "Anterior Repositioning Split" (One konumlandırıcı split) hastaya takılmış.



Resim 7- Tedavi bitiminde ağız açıklığı 46 mm.'ye ulaşmış.



Resim 8 - Manülüpasyonda uygulanan kuvvetlerin yönü.

kılır (3, 4), sonuç başarısız ise manüplasyona geçilir. Manüplasyondan da sonuç alınamayan olgularda pivoting splint uygulanması önerilir.

Disk yerine alındıktan hemen sonra bir öne konumlandırıcı splint takılmalıdır (1, 2, 4, 5). Her üç olgumuzda da tedavi bitiminden sonra, 5 ay ile 12 ay arası bir süre geçmiş olup hastaların yakınmalarında herhangi bir geri dönüş görülmemiştir.

KAYNAKLAR

1- Solberg WK. Temporomandibular disorders. 1st ed.London: BDJ, 1986;99-101.

2- Rocabado M.Arthrokinematics of the temporomandibular joint. In Gelb H. 3 rd ed: Head, neck and TMJ pain and dysfunction. St Louis: Ishiyaku Euro America, Inc. 1991; 543,544.

3- Minagi S, Nozaki S, Sato T, Tsuru H.A manipulation technique for treatment of anterior disk displacement without reduction. J Prosthet Dent 1991; 65: 686-691.

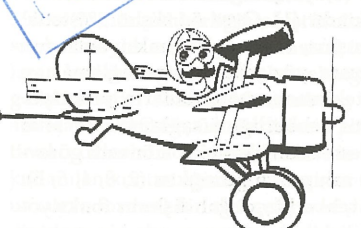
4- Okeson J.P. management of temporomandibular disorders and occlusion 3rd ed. St Louis: Mosby Year Book, 1993; 413-417, 488.

5- Kai S, Kai H, Tabata O, Tashiro H. The significance of posterior open bite after anterior repositioning splint therapy for anteriorly displaced disk of the temporomandibular joint. J Craniomand Pract; 11: 146-152.

FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...FLAŞ...

Türk Dişhekimleri Birliği'nin gelenekselleşen Uluslararası Kongrelerinin üçüncüsü 20-22 Haziran 1996 tarihleri arasında Ankara'da yapılıyor.

zaman akıp gidiyor....



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ ÜÇÜNCÜ KONGRESİNİN HAZIRLIKLARI TAMAMLANIYOR!!!!!
YURT DIŞINDAN ve İÇİNDEN YÜZLERCE MESLEKTAŞIMIZ KAYDINI YAPTIRDI,

YA SİZ?

* Dişhekimliğinde ileri teknolojileri ve yeni ürünleri tanımak istemez misiniz?
* Klinik uygulamalarınızda yeterli estetiği sağlayamadığınızdan şikayetçi misiniz?
* Ağız mukozası lezyonlarını tanımakta zorluk çekiyor musunuz?
* Endodontide tekrarlayan tedavilerde yeni yaklaşımları biliyor musunuz?
* Porselenlerde başarısızlık nedenlerini merak ediyor musunuz?
* Hastalarınız dişlerinin ağartılması isteği ile başvuruyorlar mı?
* Dental implantolojide son yaklaşımlar ilginizi çekiyor mu?
* Elma ve çikolatadan hangisinin çürük oluşumunda daha etkili olduğu konusunda yapılan çalışmanın şaşırtıcı sonuçlarını öğrenmek ister misiniz?
* Kompozit dolgulardaki son gelişmeleri dinlemek ister misiniz?

SİZİN İÇİN YURTİÇİ VE YURTDIŞINDAN GELECEK ÖĞRETİM ÜYELERİNİN HAZIRLADIĞI: 40 KONFERANS, 6 PANEL, 40 SERBEST BİLDİRİ, 40 POSTERİ İZLEYEMEDİĞİNİZ İÇİN ÜZÜLMEK İSTEMİYORSANIZ, HEMEN KAYDINIZI YAPTIRIN!

TEL: 0312 479 79 24-FAX: 0312 479 79 25

ÖN REHBERLİĞİN RESTORATİF DİŞHEKİMLİĞİNDEKİ ÖNEMİ

Ayşe Cavidan Akören (*)

ÖZET

Ön dişler estetik, fonetik, çiğneme ve arka grup dişlerin korunmasında önemli rol oynarlar. Ancak bu kadar önemli görevlere sahip olan ön-dişlerin restorasyonu sırasında, dişhekimleri ön rehberliği göz ardı etmektedirler. Ön rehberliğin bu ihmali, ön dişlerin yanısıra, arka dişler ve çevre dokuların da yıkımına neden olabilecektir. Bu nedenle bu makalede, ön rehberliğin önemini bir kez daha vurgulamak ve ön rehberliğin kondil yolu ile birlikte mandibula hareketlerini, arka tüberküllerin şekillendirilmesini nasıl etkilediğini ve ideal okluzyonun oluşturulmasında, ön rehberlikte dikkat edilmesi gereken kurallar üzerinde durulmuştur.

Ön dişlerin restorasyonu sırasında, genelde hastalar estetiğin son derece önem taşığıdığı buna karşılık, bu dişlerin çok az kuvvete maruz kaldığı inancını taşımaktadırlar. Dişhekimleri tarafından da ön rehberlik göz ardı edilmekte, ancak hastalarda bu dişlerle ilgili aşınma, boyut düşmesi gibi bir problem ortaya çıktığı zaman önem kazanmaktadır (1). Oysa ön dişlerin estetik, konuşma, ısırma gibi fonksiyonlarının yanısıra, yüz yüksekliğini sağlamak ve desteklemek, mandibuların propriyoseptif rehberliğini sağlamak ve arka dişleri korumak gibi çok önemli görevlere sahip olduğu açıktır (2, 3, 4, 5, 6). Ön rehberlik, doğal dişlerin fonksiyonel ilişkilerinin uyumunda bir anahtar olarak görev yapar (2, 7, 8,9).

Ön dişlerin kesici kenarlarında oluşturulacak 1 mm'lik bir değişiklik, hastanın bu dişleri yadırgamasına neden olur. Yanlış restorasyon söz konusu ise estetik bozukluğun yanı sıra, geride kalan dentisyonun yıkımına da neden olabilir (7). Ön rehberlik açılanmasının ihmali baş ve boynun gnatolojik yapılarında travma etkisi yaratabilir (10).

Ön rehberlik, nötrokluzyonlu veya distookluzyonlu bir kişide alt ön dişlerin kesici kenarının, üst ön dişlerin palatinal yüzeyi boyunca kaydığı yoldur (11). Yani normal okluzyonda üst altı ön dişin palatinal eğimleri ön rehberlik faktörü gibi düşünülebilir (9). Ancak mesiookluzal bir ilişki sözkonusu ise alt ön dişlerin lingual yüzeyleri üst ön dişlerin labial yüzeyleri ya da kesici kenarları boyunca kayarlar (11).

Ön rehberlik dinamik bir ilişkidir. Bireyler arasında farklılıklar gösterebilir (2, 7, 12). Ön rehberlikte oluşturulacak bir değişiklik kondil hareket yolunu etkileyecektir (13). Altı adet Cerco maymunu üzerinde yapılan bir çalışmada, maymunların dört kanin dişi birden okluzyon düzlemine kadar kısaltılmış ve sonuçta eklemde aşınma olduğu gözlenmiştir (14). Buradan da anlaşılacağı gibi ön rehberlik ve kondiler rehberlik birbiri ile bağımlı faktörlerdir (15).

Üst ön dişlerin palatinal yüzeyleri içbükey ve dışbükey olarak iki bölümden oluşur. Alt keser dişlerin temas noktası bu içbükey ve dışbükey bölümün birleşme noktasıdır (16) (Şekil 1).

Ön rehberlik terimi ile yalnızca keser dişlerin rehberliği anlaşılmamalıdır. Lateral hareketlerde ön rehberliğin kanin dişleri tarafından gerçekleştirildiği unutulmamalıdır (17). Düz protruziv harekette ön altı dişte düzgün bir temas oluşur (12), ancak en az dört keser dişin teması da yeterli olacaktır (18). Arka bölgede temas olmamalıdır. Grunert ve arkadaşları (19), splintlerle ön rehberliğin ve balanslı oklüzyonun oluşturulduğu bireylerde kas aktivitelerini karşılaştırmışlar ve ön rehberliğin kas aktivitesini azalttığını gözlemişlerdir.

Kanin dişlerin palatinal yüzeyi lateral hareketlerde etkilidir. Bu dişler çenenin rehberliğini yapmaları nedeniyle çabuk aşınmaya maruz kalabilirler (20). Mandibula kütlesel olarak Bennett hareketini gerçekleştirirken, bir alt temas noktasının, üst karşıtının palatinal eğimi boyunca kesici kenara kadar izlediği yol, lateral ön rehberliği oluşturur (12, 21). Protruziv ve lateral hareketler arasındaki herhangi bir hareket de lateroprotruziv ön rehberliği gösterir (21).

Hobo (15), protroziv hareket sırasında, molarlar bölgesinde 1.1 mm, lateral hareketler sırasında ise çalışan tarafta 0.5 mm dengeleyen tarafta 1 mm'lik bir diskluzyon oluştuğunu belirlemiştir.

Protruziv ön rehberlik açısı:

Alt ve üst keser dişlerin kesici kenarlarının tepe noktalarını birleştiren doğru ile horizontal referans düzlemi arasındaki açıdır (6, 22) (Şekil 2). Üst ön dişlerin kısaltılması veya labiale alınması, ön rehberlik açısını düzleştirme etkisine sahiptir. Üst ön dişler uzatılır veya palatinale eğimlendirilirse, ön rehberlik açısı dikleşir (7). Dik ön rehberliğe sahip hastaların okluzyon şekli kilitlidir. Çok az bir uzun sentrik ve dar bir fonksiyon zarfı bulunmaktadır. Başa baş konumda ise serbestlik çok daha fazladır ve geniş bir fonksiyon zarfı söz konusudur (23, 24).

Overjet (horizontal overlap) ve overbite (vertikal overlap), kesici seviyesi ve labio-lingual eğimleri, immediat yana hareket ve eminentia açısı gibi bazı faktörlerin ön rehberlik üzerinde etkisi vardır (11, 12).

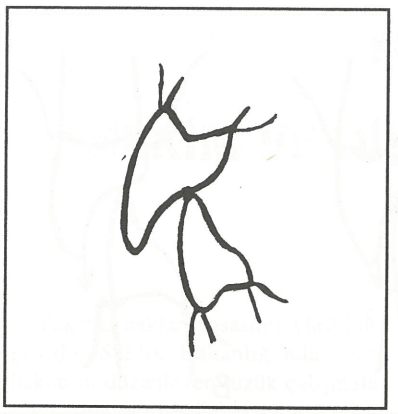
Overjet, üst keserlerin palatinal yüzeyinin kesici 1/3'ü ile alt keserlerin labial yüzeyleri arasında horizontal uzaklıktır, overbite ise en uzun alt ve üst keser dişlerin kesici kenarları arasındaki vertikal uzaklıktır (11).

Overjet ön dişlerin sağlığını etkilemede, overtibe'dan daha önemlidir. Yeterli bir overjet varsa genellikle, artmış overbite iyi tolere edilebildiği için ön dişlerde minimal mobilite ve kemik kaybı söz konusu olur (11). Yeterli overjet olduğunda üst ön dişleri uzatmak mümkündür. Overjet azsa ön rehberlik açısını dikleştirmeden, üst ön dişleri uzatmak mümkün olmaz. Dik bir ön rehberlik açısı fonksiyonla uyumlu değilse, üst kesici kenarlar labiale alınmalıdır (7). Overjet yeterli değilse yıkıcı bir etki oluşturur. Bu yıkıcı etki temas miktarına bağlıdır. Temas miktarı arttıkça, yıkıcı kuvvetler artar (Şekil 3) (11).

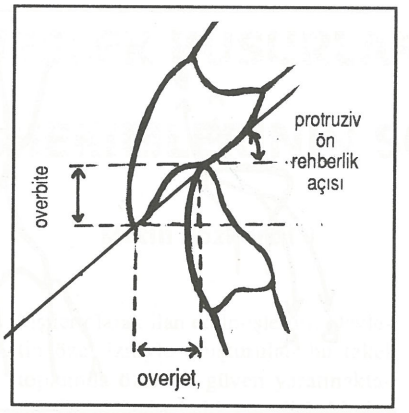
Alt ön dişlerin kesici seviyeleri ve labio-lingual eğimleri ön rehberlik üzerinde etkilidir. Bazı dişler supraokluzyonda veya labioversionda olabilir. Bu dişler diğer dişlere göre daha fazla kuvvetin etkisi altında kalırlar (11).

Doğal dişlenmede alt ve üst ön dişlerin teması, kuvvetlerin uygun dağılımı için gereklidir. Ön dişlerde normalde temas varsa ve bu temas kaldırılırsa, dişler temas edene kadar sürerler (8). Dişlerdeki aşırı dik lateral eğimler travmayı davet eder ve palatinaldeki bu dik eğimler rahatlatılmalıdır (7,8).

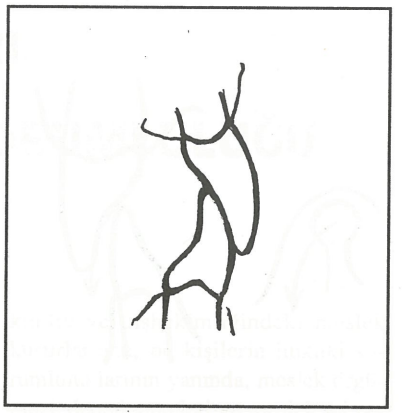
(*) Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi.



Şekil 1- Alt ve üst keser dişler arasındaki temas noktası (16)



Şekil 2- Protruziv ön rehberlik açısı, overjet, overbite (22)



Şekil 3- Alt ve üst ön dişler arasında artmış temas miktarı (11)

Ön rehberlik ve tüberkül açılanması ilişkisi:

Kesici noktası ve kondiler aks birbirine paralel kayma hareketi yaptığında, kondiler rehber eğim ile ön rehber eğim aynı boyutta olacağından, tüberkül açılanması da aynı olacaktır (25). Ön rehberlik hiçbir zaman kondiler rehberlikten düz olmamalıdır (12, 26). Ön rehberlik azaldığında tüberkül yüksekliğindeki azalma, kondiler rehberlik azaldığı zamankinden daha fazladır (27). Ön rehberliğin tüberküllere kondiler rehberlikten çok daha yakın oluşu nedeniyle, tüberkül açılanması üzerindeki etkisi, molarlarda kondiler rehberlik etkisinden %60, premolarlarda %100 daha fazladır (10). Ön rehberlik kondiler rehberlikten daha dikse ve molar tüberkül eğimi kondil eğimine paralelse, protruziv harekette arka bölgede diskluzyon oluşur (Şekil 4), ancak molar tüberkül eğimi ön rehberliğe paralelse, ön rehberlik kondiler rehberlikten dik olsa bile, protruziv harekette arka bölgede diskluzyon oluşmaz (Şekil 5) (15). Ön rehberlik parabolik olduğu zaman, arka dişler üzerinde dışbükey veya parabolik okluzal konturlar gerektirir (9).

Overjet ve overbite ilişkisi de tüberküllerin şekillendirilmesinde rol oynar. Overbite artarsa, ön rehberlik açısı artar ve tüberkül açıları dikleşir (6). Overjet çok azsa veya hiç yoksa, tüberküller uzun, fossalar derin olur. Overjet arttıkça, tüberküller daha kısa, fossalar daha sığ olarak şekillenir (12).

Ön rehberliğin eminentia açısı ve immediat yana hareket ile olan ilişkisini inceleyecek olursak, eminentia açısı dik olduğu zaman, üst ön dişlerin palatinal içbükeyliği sığ olur (Şekil 6), açı düzleştikçe palatinal içbükeylik derinleşir. İmmediat yana hareket arttıkça üst ön dişlerin palatinal içbükeylikleri artar (Şekil 7) (2,12).

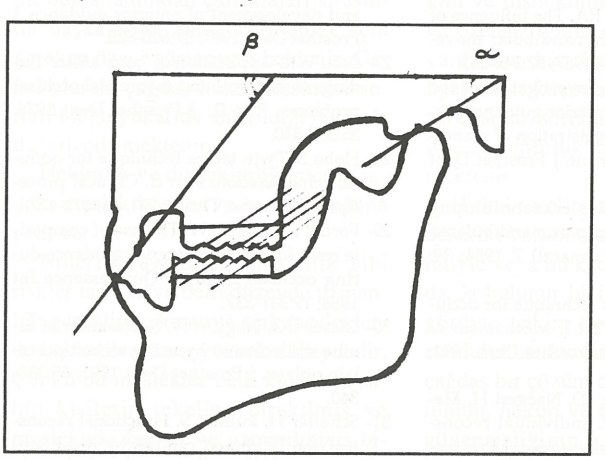
Ön rehberliğin uyumlandırılması:

Ön dişlerin restorayonu sırasında veya temporomandibular eklem rahatsızlıklarında bazı hastalarda ön rehberliğin uyumlandırılması gerekir. Dişhekimi ön rehberliği uyumlandırırken, protruziv hareketlerde ön dişler arasında erken grup teması olmasına, arka dişler arasında hiç temas olmamasına çalışmalıdır. Ön dişler arasındaki grup kontaktı en azından orta çizginin her iki yanında birer çift dişi içermelidir. Lateral ön rehberlikte ise üst kanin dişinin palatinal yüzeyi temporomandibular eklem determinantları ile uyumlu bir eğim vermelidir (18).

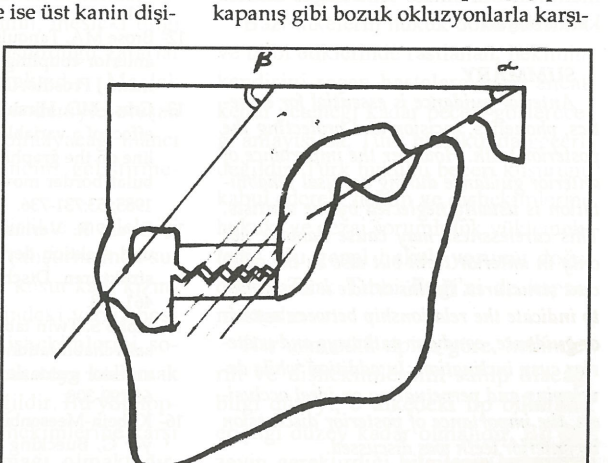
Ön rehberliğin uyumlandırılmasında, alt ön dişlerin restorasyonu ilk sırayı almalıdır. Sentrik ilişkide bütün alt keser dişler üst ön dişlerin palatinal yüzlerinde iz bırakana kadar, möllemeler yapılır. Ön dişler yoksa geçici restorasyonlar üzerinde uyumlamalar yapılmalıdır. Daha sonra uzun sentrik miktarı belirlenir. Düz protruziv harekette, ön dişler arasında grup fonksiyonu sağlanır. Lateral gezinmelerde mölleme ile ideal stres dağılımı oluşturulur (7).

Ağızda uyumlandırılan ön rehberlik yolları, bireysel ön rehberlik tablası hazırlanarak, artikülatöre transfer edilir ve restorasyonlar tamamlanır (6, 7). Hobo (28), ön rehberliğin oluşturulmasında kolaylık sağlayan, iki insizal tablanın kullanıldığı, twin tables tekniğini geliştirmiştir. Kubein-Meesenburg ve arkadaşları (16) ise, üst ön dişlerin palatinal yüzlerinin şekillendirilmesinde kullanılan kontur eğimini veren (contour curve former) bir alet geliştirmişlerdir.

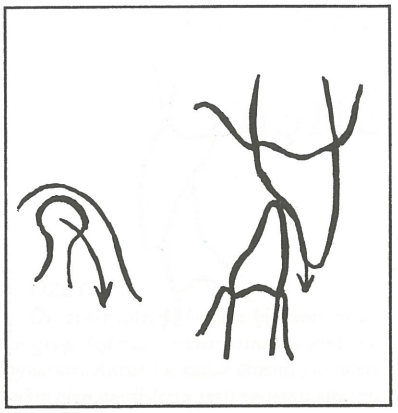
Bazı hastalarda, açık kapanış, çapraz kapanış gibi bozuk okluzyonlarla karşı-



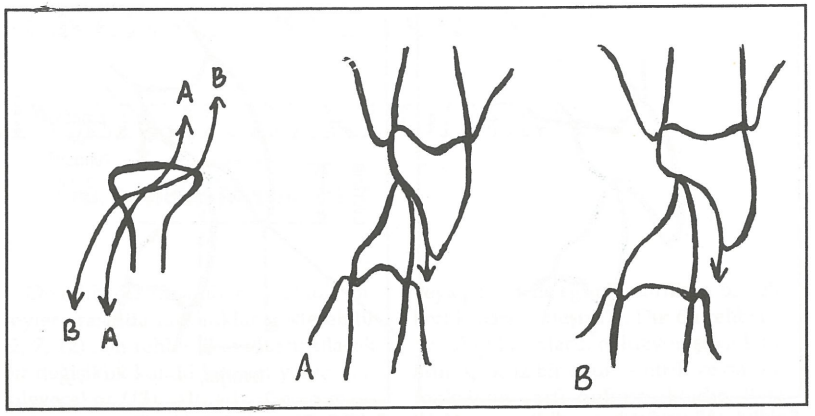
Şekil 4- On rehberlik açısı (ß) kondiler rehberlikten (a) daha dikse ve molar tüberkül eğimleri kondil yoluna paralelse, protruziv harekette arka bölgede diskluzyon oluşur (15)



Şekil 5- Molar tüberkül eğimi ön rehberliğe paralelse, ön rehberlik açısı (ß) kondiler rehberlikten (a) daha dik olsa bile, protruziv harekette arka bölgede diskluzyon oluşmaz (15)



Şekil 6- Eminentia açısı dikse, üst ön dişlerin palatinal içbükeyliği sığ olur (2)



Şekil 7- Immediat yana hareket arttıkça, üst ön dişlerin palatinal içbükeylikleri artar(2)

laşılabilir. Bu durumlarda okluzyon, sellektif mölleme yaparak veya kompozit resin ile restorasyon yapılarak düzeltilebilir (4, 29). Okluzyonda olmayan veya aşınmış kanin dişlerinde rehberliğin iadesinde, resin bağlı porselen restorasyonlar kullanılabilir (30, 31).

Ön dişler düzgün şekle ve pozisyona sahipse ve restorasyon gerektiriyorsa bu dişlerin kesici kenar pozisyonu değiştirilmemelidir. Öncelikle bir taraf santral dişi ile diğer taraf lateral dişi prepare edilip ölçü alınmalı, bireysel ön rehber tablası hazırlanmış artikülatörde mum modelaj şekillendirilmeli, sonra kalan dişlerin preparasyonu tamamlanmalı ve daha önceki modelaja göre restorasyonlar bitirilmelidir. Bu şekilde dişlerin kesici kenar pozisyonu değiştirilmemiş olacaktır (7).

Sonuç olarak eğimler dişlere hareket verdirmeksizin, bütün gezinme hareketlerine izin veriyorsa, sentrik stoplar stabilse, estetik, fonksiyon ve fonasyon kabul edilebilir durumdaysa, dişler dil ve dudaklar ile uyum içinde ise, ön rehberliğin gereksinimleri karşılanmış demektir. Hastanın ve dişhekiminin memnun olmaması için hiçbir neden kalmamıştır.

SUMMARY

Anterior guidance is essential for esthetics, phonetics, incision and protecting the posterior teeth. However the importance of anterior guidance during occlusal rehabilitation is usually neglected by the dentists. This carelessness may cause damage not only in anterior teeth but also in the adjacent structures. In this article it was aimed to indicate the relationship between anterior guidance, condylar pathways and posterior cusp inclination. In addition while developing and perpetuating an ideal occlusion, the importance of posterior disclussion by anterior teeth was discussed.

KAYNAKLAR

1- Chasens Al. Controversies in occlusion. Dent Clin North Am 1990; 34:111-123.
2- Broderson SP. Anterior guidance - The key to successful occlusal treatment. J Prosthet Dent 1978; 396-400.
3- Ehrlich J, Hochmann N, Yaffe A, Rehabilitation of anterior teeth, esthetic and functional considerations. Quintessence Int 1984; 15:605-610.
4- Ehrlich J, Yaffe A, Hochmann N.Various methods in achieving anterior guidance. J Prosthet Dent 1989; 62:505-509.
5- Lucia VO. Principles of articulation. Dent Clin North Am 1979; 23: 199-211.
6- Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. The CV Mosby Co, St Louis, 2nd ed. 1989: 125, 130, 508.
7- Dawson PE. Evaluation diagnosis and treatment of occlusal problems. The CV Mosby Co, St Louis, 2nd ed. 1989: 247-297.
8- Schuyler CH. An evaluation of incisal guidance and its influence in restorative dentistry. J Prosthet Dent 1959; 9:374-378.
9- Schuyler CH. The function and importance of incisal guidance in oral rehabilitation. J Prosthet Dent 1963; 13:1011-1029.
10- Scott WR. Application of 'cusp writer' findings to practical and theoretical occlusal problems. Part I. J Prosthet Dent 1976; 35:211-221.
11- Ross IF. Incisal guidance of natural teeth in adults. J Prosthet Dent 1974; 31:155-161.
12- Brose MA, Tanquist RA. The influence of anterior coupling on mandibular movement. J Prosthet Dent 1987; 57:345-353.
13- Gross MD. Hirsh N. Investigation of the effect of a variable anterior guidance incline on the graphic registration of mandibular border movement. J Prosthet Dent 1985; 53:731-736.
14- Ewers R. Verlust der eckzahnführung und reaktion der temporomandibularen strukturen. Dtsch Zahnarztl Z 1984; 39: 461-468.
15- Hobo S. Twin tables technique for occlusal rehabilitation: Part I. Mechanism of anterior guidance. J Prosthet Dent 1991; 66:299-303.
16- Kubein-Meesenburg D, Naegerl H, Meyer G, Buecking W. Individual reconstruction of palatal concavities. J Prosthet Dent 1988; 60:662-672.
17- Hobo S, Ichida E, Garcia LT. Osseointegration and occlusal rehabilitation. Quintessence publishing Co Tokyo, Berlin 3rd ed 1991; 383-402.
18- Beyron H. Occlusion, point of significance in planning restorative procedurs. J Prosthet Dent 1973; 30: 641-652.
19- Grunert I, Kofler M, Gausch K, Koronenberg M. Masseter and temporalis surface electromyography in patients wearing complete dentures comparing anterior and posterior occlusal concepts. A pilot study. J Oral Dehabil 1994; 21:337-342.
20- Stallard H. Eliminating tooth guidance in natural dentitions. J Prosthet Dent 1961; 11:474-479.
21- Kaplan RL. Symposium on occlusal rehabilitation. Concepts of occlusion, gnathology as a basis for a concept of occlusion. Dent Clin North Am 1963:577-590.
22- Turfaner M. İnsan dişleri ve okluzyon ilişkileri. Bozak Matbaası, istanbul 1982, 138.
23- Mann AW, Pankey LD. Symposium on occlusal rehabilitation. Concepts of occlusion. The PM philosopy of occlusal rehabilitation. Dent Clin North Am 1963:621-636.
24- Murrel GA. The problems of functional conflicts between anterior teeth. J Prosthet Dent 1972; 27:591-599.
25- Christensen FT. The effect of incisal guidance on cusp angulation in prosthetic occlusion. J Prosthet Dent 1961; 11:48-54.
26- Kohno S, Nakano M. The measurement and development of anterior guidance. J Prosthet Dent 1987; 57:620-625.
27- Scott WR. Application of 'cusp writer' findings to practical and theoretical occlusal problems, Part II. J Prosthet Dent 1976; 35:332-340.
28- Hobo S. Twin tables technique for occlusal rehabilitation: Part II. Clinical procedures. J Prosthet Dent 1991; 66: 471-477.
29- Ford RT, Douglas W. The use of composite resin for creating anterior guidance during occlusal therapy. Quintessence Int 1988; 19:331-337.
30- Glaser CG, Nagy WW. Restoration of canine disocclusion by using etched porcelain onlays. J Prosthet Dent 1991; 65:338-340.
31- Schaffer H, kulmer S. Functional reconstruction of abraed canines by resin bonded all-ceramic guiding elements. Int J Prosthodont 1990; 3: 538-544.

MESLEK KUSURLARI
HEKİM VE DİŞHEKİMLERİNİN SORUMLULUĞU

Metin Bozkurt (*)

Tüketici hakları yasasının yürürlüğe girdiği, Sağlık Bakanlığı'nda hasta haklarını düzenleyen tüzük çalışmalarının yapıldığı ve dişhekimliği malzemeleriyle ilgili, dişhekimleri odalarınca dişhekimlerinin çıkarlarını kollayan komisyonların kurulduğu şu günlerde, hekim ve dişhekimlerinin meslek kusurlarını, sorumluluklarını ve giderek hasta haklarını günışığına çıkararak tartışmaya başlamak yerinde ve yararlı olacaktır.

"Malpraktıs" diye anılan meslek kusurlarına ve sorumluluk kavramına genel olarak bakıldığında, çağdaş hukukun, meslek adamları için özel kurallar öngörmediği anlaşılmaktadır. Kusura dayalı genel sorumluluk kuralı tüm mesleklerde geçerlidir. Toplum içinde yeri ve görevi ne olursa olsun, tüm meslek sahipleri üçüncü kişilere verdikleri maddi, manevi zararlardan dolayı, kusur ilkesine göre sorumlu olurlar. Diğer bir deyişle, her kusur mutlak sorumluluk getirir. Bağışlanabilir kusur söz konusu olamaz.

Herhangi bir mesleği uygulayan kişi, mesleğini yapabilmek için zorunlu bilgilere sahip olmak ve bunları somut olay ve durumlarda uygulamakla yükümlüdür. Bilgisizlik veya bilgili uygulamada gösterilen özensizlik kusur için yeterli olmaktadır. Bu nedenle de meslek adamından çalışmaları sırasında başkalarına zarar vermemek için gereken özeni göstermesi beklenir. Genel olarak, çağdaş hukuk kusur ve sorumluluğu yukarıda anlatıldığı biçimde değerlendirmektedir.

Hekimlik ve dişhekimliği mesleğindeki meslek kusuru ve sorumluluğuna gelince;

Noterlik, avukatlık, hekimlik gibi riskler taşıyan ve belli düzeyde uzmanlığı gerektiren, kamuya açık mesleklerde beklenilen özen yüksek düzeydedir. Çünkü bu meslekler belli koşullara sahip kişilerin tekeline bırakılmış ve meslekteki beceri ve uzmanlıkları biçimsel de olsa, verilen diploma vs. ile tescil edilerek, bu kişiler devletçe güvenilir, İşinin ehli ve san'atının ustası kişiler olarak ilan edilmişlerdir. Devletin özel izniyle oluşturulan bu tekel toplumda özel bir güven yaratmaktadır. Bu nedenle, hekim ve dişhekimlerinin aldıkları diploma ile hekimlik yapma hakkını elde etmeleri, onların gerek tıp bilgileri gerekse insanlık sevgisi ve genel ahlak bakımından güvenilir kişilerin olduklarının kanıtı olmaktadır. Böyle bir statü de, hekim ve dişhekimlerinin hastalarına karşı sadakat ve özen borcunu ortaya çıkarmakta ve bu kişilrin hastalarını tedavi ederlerken çok yüksek özen göstermeleri gerektiği tartışmasız kabul edilmektedir. Hekim ve dişhekimi, mesleğini uygularken, hastanın yaşamı, sağlığı ve kişiliği gibi yerine konulamaz maddi ve manevi değerlerini, gerektiğinde özveride bulunarak korumakla ve hastasına zarar verecek davranışlardan kaçınmakla yükümlüdür.

Hekimlerin bu yükümlülüklerine karşın, hak arama özgürlüğünün çok gelişmemiş olduğu ülkemizde, meslek kusurlarında, hekimin hatasını toprak örter yaklaşımıdaki gibi, hastanın hataya uğradığıyla kaldığı bir süreç sözkonusudur.

Ülkemizde, meslek kusurlarında hakkın aranması ve elde edilmesi oldukça zor koşullara çoğu kez de rastlantılara bağlıdır. Bunun sonunda, hekim ve dişhekimlerinin, mesleki bilgi ve özensizliğinin oluşturduğu zararlar yanlarına kâr kalmaktadır. Meslek üyelerinin kusurları nedeniyle oluşan zararlardan sorumlu olmayacağı inancı ise, sorumluluk bilincini geliştirmemektedir.

Hukuki yollarla birlikte meslek içi denetim kurumlarını çalıştırmamak suretiyle veya bu kadar kusur kadı kızında da bulunur biçimindeki yersiz hoşgörüyle hekim ve dişhekimlerini sorumluluktan kurtarmak veya kollamak çağdaş bir çözüm değildir. Bu yol, toplumun, hekim ve dişhekimlerine karşı güvensizliğinin kaynağı olmaktadır. Ne yazıkki, bugün Türkiye'de durum yaklaşık olarak böyledir.

Yukarıda anlatılan nedenlerle, hekimlik ve dişhekimliğindeki meslek kusurlarında, bu kişilerin hukuki sorumluluklarının yanında, meslek örgütünce denetlenmeleri ve meslek içi cezai yaptırımların olması gerektiği açıktır. Meslek kusuru nedeniyle odalara yapılan başvurular, özenle ve hızla incelendikten sonra, hekimin kusurlu olduğu belirlenirse, söz konusu olay basına malzeme edilmeden, kusurlu hekim eleştirilmeli, kınanmalı, hakkında gerekli işlemler savsaklanmadan yapılmalı, kusurlu hekim ve dişhekiminin kusurunu yinelemesi engellenmelidir.

Öte yandan, özellikle bazı dişhekimliği uygulamalarında, Deontoloji Tüzüğü 13. maddesindeki, hekim ve dişhekimlerinin yaptıkları tedavilerin şifa ile sonuçlanmamasından sorumlu tutulamayacakları hükmüne sığınmak, vicdanı olmadığı gibi, dişlerin estetik işlevi nedeniyle hukuken de olanaksızdır. Güzellik amacı taşıyan tedaviler bir tür yapıt (eser) niteliğindedir ve bu tedaviler hukukta yapıt sözleşmesi (eser akdi) kavramına girmektedir. Bu tür tedavilerde tedavinin kusursuz bitirilmesi, hatta beğendirilmesi koşulu vardır. Bu nedenle dişhekimlerinin ve hekimlerin bu tür tedavilerdeki başarısızlıklarının Deontoloji Tüzüğü'nün 13. maddesi kapsamında yorumu söz konusu değildir.

Bazı ülkelerin hukuk doktrinlerinde ve tıbbi etiklerinde rastlanan, hekimin, kendisini seçen hastalara karşı ancak kendi yeteneği kadar beceri göstereceği anlayışı da, Türk hukukunda geçerli değildir. Türk hukuku beceri kusurunu kabul ederek, hekim ve dişhekimlerine hukuki ve cezai sorumluluk yüklemektedir. Bu genel hukuk yorumu doğal olarak Türk Tıbbi Etiği'ni de kapsamaktadır.

Her uzmanlık tipine göre, hekimlerin ve dişhekimlerinin sahip olacağı bilgi düzeyi, o ülkedeki tıp biliminin eriştiği düzey kadar olmalıdır. Bu düzeyin gerektirdiği bilgilerin bulunma-

(*) Dr. Dt., TDB Disiplin Kurulu Üyesi.

ması veya bilindiği halde uygulanmaması da mutlak kusur niteliğindedir. Hekim ve dişhekimlerine verilen diploma ile bu kişilerin ülkedeki tıp biliminin eriştiği düzeydeki bilgilere sahip olduğu kabul edilerek, bireylere bu yolda bir tür devlet güvencesi verildiği için, hekim ve dişhekimlerinin eğitim aldıkları okulların düşük eğitim düzeyinin özür olarak kabul edilmesi de olanaksızdır.

Türkiye'de giderek değişen sosyal ve ekonomik olgularla birlikte hak kavramı ve hak arama özgürlüğünde beklenen gelişmeler, hekimin ve dişhekiminin tıbbi eylemlerden doğan sorumluluklarını ve zararını, gelişmiş ülkelerde, özellikle ABD'de olduğu gibi büyük boyutlara getirebilecektir. O günlere gelindiğinde de, Türkiye'de hekim ve dişhekimlerinin parasal sorumluluklarını mali sorumluluk sigortaları yoluyla gidermeye yönelmeleri gündeme gelecektir. İlk bakışta sigorta, istenmeyen olumsuz durumlarda, hekim ve dişhekimleri için çağdaş bir hak olarak görünmektedir. ancak, tıbbi eylemlerin sigortalanmasının, umursamazlıkların ve özensizliklerin nedeni olmaması için yasal düzenlemeye gidilmesinin gerekliliği bir yana, insan yaşam ve sağlığına gösterilen özensizliğin bedelinin sigortaya ödenecek primlerle çözülmesinin genel ve mesleki etiğe uygunluğu da tartışma konusudur.

Öte yandan, konuya yalnızca, oluşan zararın hekim ve dişhekimlerine maddi tazminat olarak yüklenilmesi biçiminde yaklaşılmamalıdır. Burada bireysel yarardan çok sosyal yarar söz konusudur.

Hekim 've dişhekimlerinde gelişen sorumluluk bilinci, mesleki bilginin en üst düzeye çıkarılmasını ve tedavide beklenen özenin gösterilmesini sağlayacaktır. Böyle bir anlayışın hizmetten yararlanan bireyler için olduğu kadar toplum sağlığı için de yararlı olacağı kesindir.

Sonuç olarak;

Hekim ve dişhekiminin; tanının koyulması, hastanın aydınlatılması, tedavinin yapılması, hastanın takibi ve kayıtların tutulması aşamalarında, kendisine umut ve güvenle bağlanan hastasına, en azından ülkedeki tıp biliminin eriştiği bilgiyle, en üst düzeyde özen göstermesi gerektiği açıktır.

(Bu yazıda, Yargıtay üyesi Sn.Çetin Aşçıoğlu'nun "Tıbbi Yardım ve Elatmalardan Doğan Sorumluluklar" adlı kitabından ve A.Ü.T.F. Tıbbi Deontoloji A.B.D. görevlisi Sn.Dt.Funda G.T. Kadıoğlu'nun makale ve bildirilerinden yararlanılmıştır.)

TDB 3. ULUSLARARASI DİŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ'NDE

EN YENİ ÜRÜNLERİ, EN DÜŞÜK FİYATTAN SATIN ALMAK İSTEMEZ MİSİNİZ?

Kongremizle eş zamanlı gerçekleşecek EXPODENTAL 96'ya Nisan ayı itibarı ile katılım kesinleşen firmalar: - Adilna Sanovel - Aesculap - Akdeniz Diş Deposu - Akme Diş deposu - Ankara Dış Ticaret - Ata Medikal - Atilla Oğul - Aquadent Kompakt - Aydın İç ve Dış Tic. - Bamiteks - Basmacı Diş Deposu - Benlioğlu Dental - Bilmak - Calcıtek Dental - Ceramed - Çiçek Dental - Colgate - Demak - Dental Labor - Dental Ayhan Çotur - DMS-Dürr Denta - Eurodent - Evre Dental - Güney Diş Deposu - Güloğuz Diş Deposu - Garanti Bankası - Hafızoğlu Sağlık Hizmetleri - İpanav - İsmet Kınay - İsmet Talay - Kemal Esti - Kuzey Teknik - Lider Diş Deposu - Megatem - Merkez Diş Malzemeleri - Metco Dental & Schottlander - Metro Diş Deposu - Mutlu - Oral-B - Osteomed - Otluoğlu - Reno Mais - Signal - Schütz-İmpla-Weil Dental - Sönmez Medikal Dental - Şark Sigorta - Tekmil Sanayi Müessesesi - Tıp Tek - 3M - Top Dental - Turan Uysal - Ufuk Dental - Yüksel Ticaret

KONGREDEN EVİNİZE YENİ BİR RENO-9 SPRİNG İLE DÖNEBİLİRSİNİZ!

Reno Mais Kongremizi desteklemektedir. Bu destek kapsamında;

* Dişhekimlerine özel Renualt otomobil Kampanyası
* Bir katılımcımıza BEDAVA RENO-9 SPRİNG VE
* 20 Haziran 1996 Gecesi Bilkent Otelin bahçesinde GARDEN PARTY

ÜSTELİK;

AYŞEGÜL ALDİNÇ ile beraber...

Bu dişler parmak ısırtacak !..



matchmaker "Doğal Diş Yapısını Porselene Aktaran Sistem"

- Skala renginin ötesinde doğal diş renginin yakalanması
- Doğal floresanlık sayesinde gerçekçi ışıma
- Optik kırılmalar ile ışığın metale ulaşmadan geri yansıması
- Bukalemun efekt ile doğal komşularından renk alış-verişi
- Opalescent transparanlık sayesinde doğal dişin ışığa karşı reaksiyonunu taklit edebilme
- 1 mm mesafede 5 mm doğal diş derinliği
- Aynı sistemle Inlay ,Onlay ,Laminate ve Jacket çalışmalarına imkan tanıyan sağlamlık

matchmaker

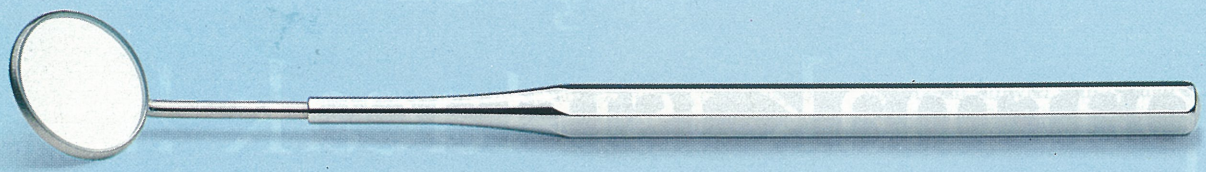
üstün özellikleri ile size kolaylık sağlayacak.



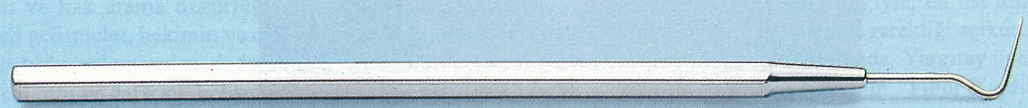
METCO

Kuşdili Cd. 30 Ağustos Sk. 4/1 81310 Kadıköy - İstanbul Tel.(0216) 345 74 24-348 74 82 Fax.(0216) 349 93 68

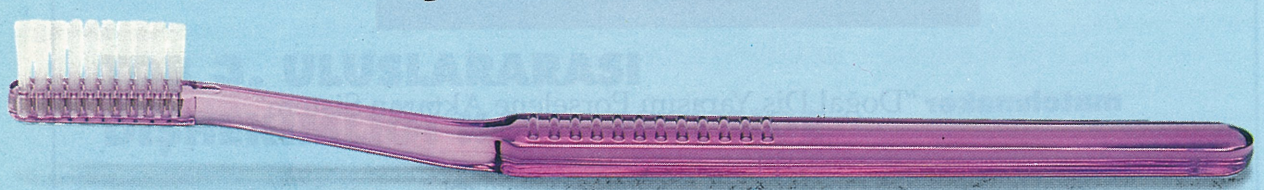
Ağız ve diş sağlığını



koruma yöntemlerine



bir yenisini ekledik...



Vivident düşük kalorili şekersiz.



1995 yılı boyunca Vivident cikletlerinin 100 TL.'si Perfetti tarafından Lösemili Çocuklar Vakfı'na bağışlanacaktır.

İçerdiği xylitol maddesi sayesinde
dişleri koruyarak çürümeleri engelleyen düşük kalorili şekersiz Vivident ile
ağız hijyenini ve sağlığını korumak hem eğlenceli, hem kolay.

Diş doktorları, ağız ve diş sağlığı için Vivident öneriyor.

PERFETTI
GIDA

Diş ve ağız sağlığıyla ilgili sorunların çözümünde

Banat®



BANAT FIRÇA VE PLASTİK SAN. A.Ş.
Tel: 0212-285 21 30/10 Hat Faks: 0212- 276 17 10


Çarpıcı
bir
gülüşün
ardındaki
sır
Opalescence
Önce
7 gün sonra
• Kalıcı beyazlık sağlar. • FDA onaylıdır.
• Kısa sürede sonuç verir. • Gece kullanımı mümkündür.
• Hastanızın günlük yaşantısını etkilemez.
• Hastaya günlük doz olarak verilir. • Hasta kontrolü kolaydır.
STARTER KİT:
• 1 Vacuum Former, • 16 şırınga Opalescence (bir hasta için),
• 20 şırınga Flor-Opal, • 4 şırınga LC Block-Out, • 1 seri-Sharp makas,
• 1 Ultra-Trim makas, • 2 Sof-Tray Sheet, • 1 Aparey saklama kabı.
ORLU
Dis Ticaret Ltd.
Libade Cad. Soyak Sitesi 1.Blok D:007
81190 ÇAMLICA İSTANBUL TÜRKİYE
Tel/Mess/Fax: (90-216) 324 89 27

A New Dimension

Kulzer:

Artglass® – the new way to apply glass

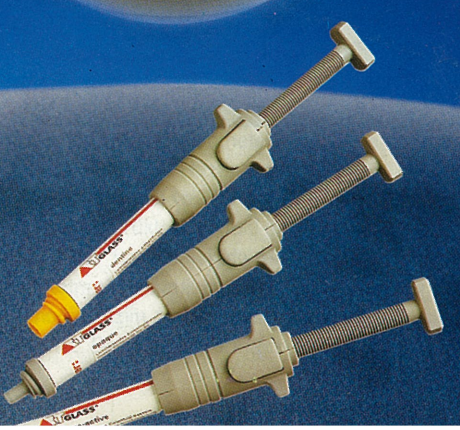












YENİ BOYUT

ARTGLASS - Camın yerleştirilmesinde yeni yol

Porselen ve Kompozitle yapabilmeyi yalnızca hayal edebildiklerinizi şimdi gerçekleştirebiliyoruz.

Sabit protezlerde

ARTGLASS metal destekli ve metal desteksiz olarak :
- Tek üye kron ve köprüler
- Maryland köprüleri
- Implant destekli protezler
- Estetik venerler
- Inlay, onlay ve 3/4 kronlar
- Uzun süreli geçiciler

Hareketli Protezlerde

ARTGLASS : Full estetik olarak
- Teleskop ve "Conus Kronlar"
- Hassas tutuculu protezler,
- İmplant destekli protezler,

Porselen ve Kompozitin olumlu özelliklerini birleştirebilirmisiniz ?
Evet
Artglass bunu gerçekleştirdi.

Kulzer'in yeni protez materyali kategorisinin özellikleri :
- Mine tabakasına çok benzer karakteristik özellikler.
- Katman kalınlığından etkilenmeyen mükemmel renk uyumu
- Multijet şırınga sistemi

Yeni metal bonding sistemi **KEVLOK** ve Strob ışık polimerizasyon cihazı **UniXS,** Artglass'ı mükemmelliğe ulaştırmak için dizayn edilmiştir.

Üç komponent - İdeal bir sistem.

Heraeus

KULZER

Türkiye Temsilcisi
MED-DENT LTD. ŞTİ.
Menekşe 2 Sk. No : 29/9
KIZILAY - ANKARA
Tel : 0 312 419 57 30
419 57 31
Fax : 0 312 418 90 13

UYGULAMA LABARATUARI
Menekşe 2 Sk. 19/8
Tel : 0 312 419 39 87

egistered trademark of Heraeus Kulzer GmbH

WRIGLEY: Original American Quality.

ŞEKERSİZ ORBİT SAKIZIN DİŞ ÇÜRÜMELERİNE KARŞI VERİLEN SAVAŞTA ÖNLEYİCİ ETKİSİ







- Birçok yiyecek ağızda asit dengesini tehlike sınırının altına düşürecek seviyede mayalanmış karbonhidratlar içerir.
- Ağızda oluşan tükürük, asit dengesinin düşmesini ancak bir-iki saat durdurabilir. Sakız ise tükürük oranının normal düzeyini üç katı arttırır.
- Yapılan araştırmalarda Orbit şekersiz sakızın yemek yedikten sonra yirmi dakika çiğnenmesi sonucu asit dengesini tekrar normal seviyeye ulaştırdığı ortaya konmuştur.
- Bu oluşum da Orbit sakız çiğnemenin dişler için ne kadar faydalı ve sağlık verici etkisi olduğunu göstermektedir.
- Dişleri fırçalamanın yanısıra, yemeklerden sonra Orbit çiğnemek ağızdaki asit seviyesinin düşmesi açısından tavsiye edilen yoldur.



Dental sektörden bir meslektaş, Müşfik Benlioğlu:

"Gümrük Birliğinden sonra ucuzlama olmayacak"

-Müşfik Benlioğlu'nu ve Benlioğlu Dental ithalatı tanıtır mısınız?

-Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesinden 1982 yılında mezun oldum. Kendi ihtiyaçlarımızı ithal etmek gayesiyle Benlioğlu Dental İthalat Şirketini kurduk. Amatörce başladığımız bu ithalat işinde profesyonel olarak bugüne geldik. ülkemizde ithal edilmeyen dentin pimi, toz-likit kompozitler gibi malzemelerle başladığımız ithalat işine bugün sekiz değişik ülkenin 22 seçkin firmasından dişhekimliği muayene ve ekipmanlarını ithal etmekteyiz.

1988 yılından itibaren de oldukça önemli bir gelişme saydığımız kendimizin ürettiği ışınlı dolgu cihazlarını Türkiye'den Dünya ülkelerine ihraç eden firma olma başarısını elde ettik.

İhraç yapan firma olmanın yanısıra dünya çapındaki FDI Kongresi, Chicago Midwinter ve ADS Kölne'deki sergi gibi dünya çapındaki organizasyonlara da Türkiye'den katılıp bayrağımızı dalgalandıran tek firma konumundayız.

-Dişhekimliği malzemelerinin ve enstrümanlarının Türkiye'ye ithalatı nasıl gerçekleştiriliyor?

-Bizim bu konudaki mevzuatımız şu an dünyadaki en bürokratik, en detaylı, en kontrollü mekanizmalarından biri. İthal edilen tüm malzemeler Sağlık Bakanlığı'nın onayı, Hıfzısıhha İl Müdürlüğü'nün Kimyasal ve Fiziksel muayenesi, ayrıca gümrüklerimizdeki muayeneler gibi hiçbir batı ülkesinde olmayan ağır bir kotnrol mekanizmasından geçiyor. Örneğin; bizim Almanya'dan ithalat yaptığımız Dentarium Firması dünyanın 140 ülkesine ithalat yapan 120 yıllık bir firma. Bu firma Sağlık Bakanlığı'nca istenen belgeleri sadece bizim için düzenlemek zorunda kalıyor.

-Benlioğlu Dental ithalat, ithal edeceği ürünleri seçerken nasıl bir yol izliyor, hangi kriterleri gözönünde tutuyor.

-Biz ne en ucuzunu ne de en pahalısını ama olabilecek en iyi fiyatlarla Türk Dişhekimliğinin uzun vadede işini görebilecek ürünleri seçmeye çalışıyoruz. Bu seçimi yaparken de en önemli kriterimiz Avrupa'da, Almanya'da, Amerika'da, Japonya'da satılmayan bir ürünü Türkiye'de kesinlikle satmamak. 2. kriterimiz tabiki Türkiye'deki ihtiyaçlara göre davranmak. Dünyada üretilen birçok ürün var, hatta dişhekimlerimizin bilmediği ürünler de mevcut, ancak bunlar Türkiye'de kullanılmıyor. Örneğin bir nitriyöz oksit sedasyonu için malzeme-ekipman Türkiye'de satış şansı olmayan bir ekipman. Aynı şekilde çok az dişhekimi retraksiyon ipliği kullanıyor. Bunun gibi birçok örnek verilebilir. Onun için, eğer çok miktarlarda bir ithalat düşünmüyor iseniz retraksiyon ipliği getirip satmazsınız, yani çok miktarda satmayacağınız ürünü getirmezsiniz. Özellikle servis ihtiyacı olan ekipmanda çok miktarda ithal edip satamadığınızda, servis ve yedek parça bulundurabilme olanağınız da olmayacağı için rantabl olmuyor. Bir de "detay" diye adlandırdığımız malzemeleri Türk pazarında bulamazsınız. Çünkü akılcı ve rasyonel bir ithalat için belli bir miktar gerekmekte, az getirirseniz pahalı, pahalı olunca zaten kısıtlı olan talep iyice düşer ve hiç satamazsınız.

-İthal edilen ürünler için Türkiye'de mevzuat gereği ilgili kurumların koyduğu bir standart var mı? Veya bu standardın denetlenmesi mümkün oluuyor mu?

-Bu konuda ithal edilen ürünleri; malzeme, demirbaş ve medikal alanda kullanılan farmostatik ürünler olarak ayırmamız gerekiyor. Farmostatik ürünler örneğin lokal anestezikler ki dişhekimliğinde karpül olayı var. Karpül ithalatı tamamen Sağlık Bakanlığı'nın İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğünün ruhsatlandırılması ile gerçekleştirilebilecek bir olay, bunu rahsatlandırma işi de dişhekimliğindeki birçok firmayı aşan bir iş.

İthal eden malzeme yönünden Sağlık Bakanlığı kalite kontrol belgesi düzenleniyor. Bu kalite kontrol belgesi için

malzemenin üretildiği menşey ülkenin sağlık otoritesince onaylı sağlık sertifikası ve yine bu merkezce onaylı analiz raporları isteniyor. Bu raporda sağlık için hiçbir zararı yoktur gibi bir ibare olması gerekiyor. Şu an biz firma olarak %99.9 Na2Co3 olan (Karbonat) airpolishing tozunu sırf bu prosedür yüzünden ithal edip satamıyoruz.

Hepimizin bildiği bir başka olayda Avrupa'da atılacak olan çupa dediğimiz cr-co veya cr-ni alaşımları Türkiye'ye illegal yollarla getirilip ucuz fiyatlarla satılıp insanlarımızın ağızlarında kullanılmakta. Bu da çok bariz bir çelişki olarak karşımızda; siz zararı olmayan, dişhekimlerimizin ihtiyacı olan karbonat gibi bir tozu getiremiyorsunuz, öbür taraftan sağlığı direkt tehdit eden kalitesiz metal bugün dişhekimliği sektöründe rahatlıkla kullanılabiliyor.

-Dişhekimliğindeki ithal ürünlerin çok pahalı olmasının nedeni nedir?

-İthal malzemelerin dünyadaki fiyatı belli, ihraç için konulmuş fiyatları belli, kendi iç piyasalarındaki fiyatları bellidir. Dolayısıyla iyi kalite bir dişhekimi üniti dünyanını neresine giderseniz 10.000 dolar kadardır. Ancak 1000 dolara kadar da ünit bulunabilir. Dolayısıyla dünyadaki fiyatlarla Türkiye'deki fiyatlar eşdeğerdir. Bütün problem Türkiye'deki dişhekimlerinin kazançlarının bu malzemelerin finansmanına yetersiz olmasıdır. Eğer Türkiye şartlarında dişhekimlerinin kazancı bu tür cihazları almaya yetmiyorsa bu ne ithalatçının ne de satıcının yarattığı bir sorundur. Dişhekimi ithal malzemeleri kolayca finanse edebilecek kazancı temin edebilirse bunları pahalı diye değerlendirmez. Kısaca dişhekimlerine sunulan ürünler dünyada kaça satılıyorsa Türkiye'de de o fiyata satılıyor. Bütün problem dişhekimlerimiz bu meslekten para kazanıyor olsalar dahi kendi mesleklerine yatırım yapmak istemiyorlar. Bugün tüm Türk dişhekimlerinin problemi formül olarak minimum yatırımla maksimum kazancı ilke edinmiş olmalarıdır.

-İthal ürünlerin çok pahalı olmasının kesinlikle sizin kâr marjınızın yüksek olmasından kaynaklanmadığını söyleyebilir misiniz?

-Tabii ki rahatlıkla söyleyebilirim. Bu benim satıcı olarak söylememle değil, dünya küçüldü. Bugün ABD'de veya Almanya'da satış yapan birçok firmanın kataloğunu temin etmek zor değil. Bu katalogları elinize aldığınızda kullandığınız ürünün kaç lira olduğunu rahatlıkla görebilirsiniz. Kaldı ki iyi hizmet veren ithalatçı firmalar müşterisine her türlü uzun vadeli kampanyaları düzenleyebilmekte, bozuk çıkan veya bozulan malzemeyi değiştirebilmektedir. Bütün bunlar tabii ki belli bir kâr payı eklenerek yapılabilmektedir. Dişhekimi bu tutumunu sadece mal alırken göstermektedir.

Dişhekimi fiyatlarının pahalı olmasını da malzemenin pahalı olmasına bağlamaktadır. Halbuki dişhekimliğinde malzeme belki de gözardı edilebilecek tek girdidir. Bugün sattığımız kapsül amalgamlar Amalgamatörü de dahil çarpıp böldüğümüzde tanesi 25.000 liraya gelmektedir. Sond, frez, dycal'ını hepsini birden hesapladığımızda bir okluzal dolgu için demirbaşların amortismanı da eklense istenen ücretin yeterince kârlı olduğu ortadadır. O halde Türk Dişhekimlerinin problemi; malzemeyle, pahalılıkla değil, hasta sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır.

O yüzden dişhekimlerimiz dişhekimliği hizmetinin daha yaygın olabilmesi için neler yapılabilir diye kafa yorabilirler. Toplumumuza ağız diş sağlığı yönünden nasıl daha geniş kitlelere ulaşabiliriz diye kendi kendilerini sorgulamalıdırlar.

-Türkiye'nin Gümrük Birliği'ne girmesi sizce neyi değiştirecek?

-Türk dişhekimleri için çok zararları olacak. Birçok dişhekimi zannediyor ki şu an ithal edilen birçok üründe çok büyük gümrük duvarları var. O yüzden ürünler çok pahalı ve Gümrük Birliği'nden sonra çok büyük ucuzlamalar olacak, bu tamamen bir yanılgı. Şöyle ki; şu an ithal edilen ünitler tamamen sıfır gümrükle ithal ediliyor ve birçok ülkeye göre ithal ettiğimiz ünit burada 13.000dolar'a satılmakta, aynı ünit Almanya'da 35.000DM civarında bu Türkiye'deki fiyatın iki misli. Bu durum Gümrük Birliği'nden önce kimsenin ilgilenmediği sorgulamadığı bir durum, oysa yarın Gümrük Birliği'nden sonra eğer bu ünit Almanya'da 35.000, Türkiye'de 25.000 DM'ye satılırsa bizim Finlandiya'dan aldığımız üniti Almanya'daki müşteriye satmamız gibi bir durum ortaya çıkar ki bu üretici firmanın müsade etmeyeceği bir olaydır.

Dolayısıyla bu ünitin Türkiye'deki fiyatının da aynı olma zorunluluğundan kesinlikle pahalılanacak ve bizim daha ucuza satma imkanımız olamayacaktır.Yani tersine bazı önemli demirbaş kalemlerde pahalılık sözkonusu olacaktır.

Gümrük Birliği'nin ileriye dönük tek bir faydası olabilir. Avrupa'nın birçok büyük firması Türkiye'de de bir şube açabilir. Avrupa firmalarının gelmesiyle de tabii ki hizmet kalitesi arttırabilir. Ama hiçbir zaman ucuzluk getirmeyecektir.

-Peki detay malzeme dediğimiz malzemelerde bir artış bir renklilik olabilecek mi?

-Detay malzemenin getirilip getirilmemesi ithalatçı ile veya firmalarla alakalı değil, bu tamamen dişhekimlerinin talebi ile ilgili bir olay. Dişhekimi hiçbir şekilde kendisine zaman kazandıracak, oldukça da başarı sağlayabilecek bu tür malzemeleri kullanmayı düşünmüyor. En basiti; ısırtma filmleri için hazır yapışkanlı kağıtlar. 500 tanesi 10dolar. Büyük bir para olmamasına rağmen dişhekimi pratik bir çözüm sandığı yara bandı ile isirtma film çekmeye çalışıyor. Minimum harcama ile maksimum kazanç düşünüldüğü için ona para ayırma buna para harcama mantığı ile hizmetin kalitesi de her ayrılmayan harcamalar yüzünden %2-5 oranında gitgide düşerek, sonuçta ortaya çıkan iş, hastanın memnuniyeti, yapılan restorasyonun uzun ömürlülüğü, estetiği %50 başarılara kadar iniyor.

-Tüketici hakları konusundaki düşünceleriniz nedir. Siz bu konuda üzerinize düşeni yapıyor musunuz?

-Tüketici Hakları Kanunu ile bu yürürlüğe girdi. Ancak, dişhekimliği sektöründe bu sorunlar olmadan da uzun yıllardır kendiğilinden gelişen müşteri memnuniyetini sağlayan bir anlayış zaten mevcut. Bence dişhekimliği sektöründe diğer sektörlere göre her türlü hizmet daha yakından veriliyor. Dişhekimleri bu konuda bence oldukça şanslı; ithalatçı firma veya depoyla ömür boyu süregelen bir ilişki içinde oluyorlar ve satıcılar müşterilerinin her türlü ihtiyacını karşılamak için birbirleriyle yarışmaktadır.

-Biz sizin bir Türk firması olarak yurtdışındaki sergilere, kongrelere katıldığınızı biliyoruz. Bize yurtdışındaki çalışmalarınızı anlatır mısınız?

-89'dan bu yana Amerika'da yaklaşık 10-11 sergiye katıldık. Almanya'da sergiye katıldık. Son Hong Kong'da FDI Kongresindeydik. Katıldığımız bu sergilerde tek Türk firması biz olduk.



Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği Başkanı Sibel Güneş:

"Meslek örgütleriyle işbirliği içinde olmayı istiyoruz"

-Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği olarak örgütlenme ihtiyacını neden duydunuz?

Türkiye'de her sektörde olduğu gibi basın sektöründe de ciddi sorunlar yaşanıyor. Bizler her meslek mensubunun kendi mesleği ile ilgili sorunları gündeme getirmesi, tartışması ve çözümü için fikir üretmesi inancındayız. Tabii ki yaşanan sorunların da basında "meslek ahlakı'yla ilgili sancılar var. Bu konuda mücadelenin örgütlü olması gerekiyordu. 1991 yılında bu inançla gazete ve dergilerde görev yapan eğitim ve sağlık alanında uzmanlaşmış gazeteciler olarak biraraya geldik ve derneği kurduk. Eğitim ve sağlığın birbiriyle ne kadar içiçe kavramlar olduğu ortada. el birliğiyle "eğitimli gazeteci sağlıklı haber" hedefine uygun olarak çalışmalarımızı yürütüyoruz.

- Basında uzmanlaşmanın önemini savunuyorsunuz. Bunun sağlık sektörüne olumlu yansımaları neler?

-Türkiye toplumsal belleğin en zayıf olduğu ülkelerden biri. üretilen haberler bir gün içinde tüketilip hafızalara kayedilmeden unutulup gidiyor. Oysa yaşadığımız olayları yorumlamak için geçmiş hakkında da ciddi bilgi sahibi olmamız gerekiyor. türkiye'nin sorunlarını bilerek, bugünü yorumlayan, geleceği hakkında da fikir yürütebilen gazetecilere ihtiyacı var. Böyle bir anlayışın gazetecilikte hataları asgariye indireceği inancındayım. Uzmanlaşma arttıkça gazetecinin "borazan olma riski" de azalıyor. İddia edildiği gibi her zaman gazeteciler yanlış yapmıyor. Bazen haber kaynakları da gazetecileri kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirebiliyor. Kaldı ki, sağlık sektörü bunun için çok müsait. Eğer sağlık konusunda yeterince bilgili değilseniz, yüzlerce kez yapılmış bir ameliyat hakkında 'Bu ameliyatı ilk kez ben yaptım' diyen birini gazete manşetlerine taşır, kendinizi kullandırır, konuyu bilenlere de kendinizi güldürürsünüz. Sağlıktaki uzmanlaşma sağlık alanındaki haberlerdeki hata oranını ciddi olarak düşürmüştür. Sağlık sektöründe görev yapan dişhekimi, hekim, eczacı, hemşire ve öğretim üyeleri de basın sektöründen herhangi birine değil de sağlık muhabirine ulaşmanın öneminin artık farkına vardılar diye düşünüyorum. Konuyu bilen gazeteci ve haber kaynakları arasındaki iletişimin sonuçlarının olumlu olduğunu görüyoruz. bir de bizim için çok önemli bir şey daha var; gazetecilik mesleğini her önüne gelen kişi tarafından yapılabilir ucuzlukta bir meslek olmaktan çıkarıp iletişim fakültesi mezunlarının yapması gerektiğine inanıyoruz. Gazeteci olmak isteyenler bu fakültelerden mezun olarak sektöre girmeli. Bu fikre karşı olanlar fakültelerdeki eğitimin yetersizliğini ileri sürüyorlar ama aynı sorun tıp fakültelerinde de dişhekimliği fakültelerinde de var. İletişim fakültesi mezunlarının gazetecilik yapmasının mesleğin asgari standardını çok kısa sürede yukarı çekeceğini düşünüyoruz.

-Dernek olarak bugüne kadar yaptığınız çalışmaları kısaca özetler misiniz?

-Derneğimizin en önemli var olma nedenlerinden biri olan 'üyelerle haber kaynakları arakındaki iletişimi güçlendirme' anlayışına uygun olarak Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ile bütün özel ve kamu eğitim kurumlarıyla, sağlık kurumlarına üye listemizi gönderdik. Listede meydana gelen değişiklikler yıl içinde sık sık düzeltilerek iletişimin sağlıklı olması sağlanıyor. Bunun dışında kamuoyunda Türkiye'nin sağlık ve eğitim sorunlarına dikkati çekecek katılım sayısının en az 400 olduğu paneler yaptık. 27 Aralık 1991 yılında "Genel Sağlık Sigortası", 22 Nisan 1992'de "Türkiye'de Korunmaya Muhtaç Çocuklar Sorunu", 26 Kasım 1993 yılında "Reçetesiz İlaç ve İlaçta Reklam", 19 Kasım 1994'de "Sağlıkta Reform Arayışları", 4 Mart 1996'da "Trafik Kazalarının Önlenmesinde Eğitimin Rolü" başlıklı panelleri gerçekleştirdik.

Bunların dışında iki defa yapılan Ulusal Sağlık kongrelerine katılarak sağlık haberciliğinin tartışma gruplarında ele alınmasını sağladık. Unicef ile işbirliği

yaptık. AIDS Savaşı Derneği ile AIDS Haftası düzenledik. Dönemin eski ve yeni sağlık ve eğitim bakanlarını 13 Ağustos 1993 yılında biraraya getirip yaptıklarını ve yapacaklarını tartıştırdık. 28 Mayıs 1995 tarihinde yaptığımız ESAM Basında Dostluk Pikniği'ne 100 gazeteci katıldı. Ayrıca ESAM yaptığı faaliyetlerle Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Tabipleri Birliği ve İstanbul Tabip Odası'nın ödülleriyle Cüzzamla Savaş Vakfı'nın Ethem Utku Ödülleri'ni aldı. En son yaptığımız çalışma ise çıkardığımız ESAM Bülteni oldu.

-ESAM Bülteni'ni çıkarmaktaki hedefiniz nedir?

-İki ayda bir yayınlanmasını hedeflediğimiz bu bülten, derneğin kamuoyundaki etkinliğini artıracak, üyelerle haber kaynakları arasındaki ilişkiyi güçlendirecek nitelikte bir yayın. Sekiz sayfa, renkli ve 136 gram kuşe kağıda basılan bülten, eğitim ve sağlık alanındaki sorunlara da tartışma platformu oluşturacak. Türkiye genelindeki eğitim ve sağlık alanındaki hedef kitlemiz olan kişi, kurum ve kuruluşlara ücretsiz olarak ulaştırılıyor. Bu Bülten bizim istanbul'da görev yapan gazeteciler olarak ülke çapında geniş bir kitleye hitap etmemizi sağlayacak. aramızda tartıştığımız etik sorunlar bu bültenle çok değişik kesimlere de ulaşacak.

-ESAM olarak Türk Dişhekimleri Birliği'nin çalışmalarıyla son olarak düzenlenen eğitim kurultayı hakkında neler düşünüyorsunuz?

-Biz dernek üyeleri olarak meslek örgütleriyle işbirliği içinde olmayı her zaman istiyoruz. Bu konuda Türk Dişhekimleri Birliği ve İstanbul Dişhekimleri Odası ile de yakın temas içindeyiz. Karşılıklı sağduyu ve anlayışı paylaşıyoruz. Türkiye'nin sağlığının vazgeçilmez bir parçası olan ağız diş sağlığı açısından çok ciddi sorunların olduğunun farkındayız. Tabii bununla bağlantılı olarak dişhekimliği mesleğinin de yaşadığı sorunları izliyor ve haber olarak değerlendiriyoruz. Eğitim kurultayının Türk dişhekimliğinin geleceğinin sorgulanması, sorunların gündeme taşınması açısından değerli bir çalışma olduğunu düşünüyorum. "Günde üç defa diş fırçalamak" kadar basit bir koruyucu sağlık alışkanlığının yerleşmediği bir ülkede dişhekimlerinin mesleklerini yapabilmek için ne kadar zorlu bir mücadele içinde olduğunu görüyor ve destekliyoruz.

NEDEN ONAY VERİYORUZ?



Tüketici olarak günlük yaşamımızda kullandığımız ürünlerin kalitesi ve standartlara uygunluğu bizleri çok yakından ilgilendirmektedir. Hele bu ürünler sağlık alanında kullanılıyorsa konu daha da önem kazanmaktadır.

Demokrasinin tüm kurumları ile işlediği, tüketici bilincinin geliştiği ve tüketici örgütlerinin güçlü olduğu ülkelerde bu amaçla kurulmuş sivil toplum örgütleri önemli görevler üstlenmektedir.

Türk Dişhekimleri Birliği de yıllardır böyle bir çaba içindedir. Uzun süredir harcanan bu çabalar sonucu ağız ve diş sağlığı alanında, özellikle de koruyucu ürünlere, gerekli bilimsel kontrollerden geçirerek onay veriyoruz.

Bu onay çalışmalarının amacını şu başlıklar altında toplayabiliriz,

a) Devletin yapması gerektiği halde yapamadığı görevleri bağımsız sivil toplum örgütlerinin yapması,

b) Ağız ve diş sağlığı alanındaki koruyucu ürünlerin kullanımını teşvik etmek,

c) Nasıl ve nerede üretildiği belli olmayan kalitesiz ürünlerin sağlığımıza verebileceği zararları önlemek.

Böyle bir çalışmaya, öncelikle firmaların diş fırçaları ile ilgili başvurularını değerlendirerek başlandı. Çeşitli araştırmalardan sonra yöntem şöyle saptandı: **Tübitak'da** fırça kıllarının elektron mikroskop resimleri çekilerek, bu resimler konunun uzmanları tarafından okunuyor. Bunun yanısıra, fakültelerimizin periodontoloji anabilim dalında klinik, mikrobiyoloji anabilim dalında biyolojik olarak incelenen fırçalar her üç kontrolden de olumlu rapor alınması halinde onay veriliyor. Bu amaçla yaratılan onay logomuzu daha önce dergimizde yayınlamıştık.

Önce diş farçaları ile başlayan bu çalışmalar, gelen başvurular üzerine diş macunları ile sürdürülüyor. Diş macunları, İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde analiz ediliyor. Bu testler sonucu alınacak raporlar, yine dişhekimliği fakültelerindeki uzmanlarca değerlendirilerek, uygun görülmesi halinde gerekli onayları vereceğiz.

Çeşitli ülke birlikleri uzun yıllardır bu tip onaylar veriyor (Amerika, Fransa, İtalya, İngiltere Dişhekimleri Birlikleri gibi). FDI'da son yıllarda bu tip onayları vermeye başladı. FDI'dan onay alan ürünler FDI logosunu tüm ülkelerde kullanabiliyordu. 23-27 ekim 1995 tarihlerinde Hong Kong'da yapılan FDI Genel kurulunda konu ile ilgili tüzük değişikliği kabul edilerek bundan böyle alınan onaylar ancak yerel dişhekimleri birliklerinin izin vermesi halinde kullanılabilecek.

Böylesi bir kararın, yıllardır toplumsal yararı önde tutan bizlere büyük destek olacağını ve bu yoldaki çabalarımızı yerli yerine oturtacağına inanıyoruz.

43. IADS/YDW KONGRESİ

Zeynep D. Ayhan (*)

Geçen sayımızda da bahsettiğimiz gibi, Ankara'daki üç fakülteden bir grup öğrenci Türk-DentSIC için kolları sıvadılar ve çalışmalarını halen sürdürüyorlar. Yarının dişhekimleri olarak, bugünden kurulan dostlukların ve bu yaşlarda öğrenilen demokrasinin ileride meslek örgütümüz kadar ülkemize de kazandıracaklarına olan inancımız sonsuz. Ve bu inançla somut birşeyler yaratmaya çalışıyoruz. Amacımız ulusal ve uluslararası düzeyde Türkiye'deki dişhekimliği öğrencilerinin sesi olabilmek.

Türk-DentSIC önümüzdeki birkaç hafta içinde çeşitli illerin fakültelerinden öğrencilerin katılımıyla bir Genel Kurul yaparak güçlenmek istiyor. Bu arada da yurtdışı bağlantılarımızı koparmamaya çalışıyoruz.

A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Ahmet D.Pamir'in desteği ile aynı fakülteden Zeynep D.Ayhan ve Kıvanç Kamburoğlu, 22-25 Şubat 1996 tarihleri arasında Londra'da yapılan 44. IADS (International Association of Dental Students) arayıl toplantısına katıldılar. Toplantının amacı üyelerin yılda bir yapılan kongre dışında birkez daha biraraya gelmesini sağlamaktı.

Çeşitli ülkelerden 50 kadar öğrencinin katıldığı toplantılara ev sahipliği yapan British Dental Association (BDA) ilk gün tüm katılımcılara "Hoşgeldiniz Resepsiyonu" verdi. Yapılan toplantılarda IADS Yönetim Kurulunu oluşturan öğrenciler, üyelere Brezilya kongresinden sonraki 6 ay boyunca yapılanlar hakkında raporlarını sundular. Ağustos'da yapılacak olan Göteburg kongresine dek devam edecek olan projeler tartışıldı.

Bu projeler içinde oldukça önemli bir tanesi ise WHO (World Health Organisation), IMISO (Intersectoria Meeting International Student Organization) gibi kuruluşlarla ortaklaşa yürütülecek olan III. Dünya ülkelerinde gönüllü çalışma programları konusundaydı. Hazırlanan proje taslağı tartışmaya sunuldu.

IADS'ın primer faaliyetlerinden biri olan uluslararası öğrenci değişim programı da önemli gündem maddelerinden biriydi. Ülke temsilcileri olan NEO'lar (National Exchange Officer) geçen dönemi özetlediler ve programa katılmak isteyen yeni öğrencilerin bağlantılarını yaptılar. Geçen yılın uluslararası değişim temsilcisi (IEO) tarafından hazırlanan değişim programı rehberi dağıtıldı. Rehberde, programı kullanan tüm IADS üyesi ülkeler ve fakülteler hakkında ayrıntılı bilgiler bulunuyor.

Toplantılarda bizimle olan FDI temsilcisi Dr. Per-Ake Zillen (FDI-



Executive Director) da, dünyada oral sağlığa verilen önemin boyutlarını; "1994 World Oral Health Year" ardından elde edilen somut kazanımları ve FDI'nın IADS'a olan inancı ve desteği hakkında bilgiler verdi.

Toplantıların en önemli gündem maddesi ise, 10-16 Ağustos 1996 tarihlerinde İsveç-Göteburg'da yapılacak olan 43 IADS/YDW Kongresiydi İsveçli öğrencilerden organizasyon komitesi, bilimsel program ve sosyal faaliyetler hakkında bilgi verdiler. Kongrede açılış konuşmasını yapacak olan Prof. Per-Ingvar Branemark ardından dünya çapında isim yapmış konuşmacılar, gerek öğrencilere gerekse dişhekimlerine yönelik dişhekimliğindeki temel konular yanında mesleki son gelişmelerden bahsedecekler. 4. gün gerçekleştirilecek olan "on stage restorative dentistry" ile katılanlara canlı demostrasyonlar televizyon ekranları aracılığıyla sunulacak. Tüm katılımcılara açık olan yarışmalarda ise araştırmalar, vaka raporları, posterler v.s. sunulacak ve her kategorinin birincisi Oral-B firması tarafından 1996 FDI-Orlando kongresine bedava katılımla ödüllendirilecek. Ayrıca, oldukça renkli geleneksel eğlencelerle dolu bir sosyal program olacak.

Kongrenin duyuruları, üyemiz olan fakültelere ulaştırıldı. Başvuru formları ve kongre tanıtım broşürleri için TDB'den bize ulaşmanız mümkün. Tüm dünyada minimum 1000 öğrenci ve dişhekiminin katılması beklenen bu büyük kongrede Türkiye'nin de geniş bir katılımla temsilini diliyoruz.

Londra'da son gün, önümüzdeki arayıl toplantıları ve kongrelere ev sahipliği yapmak için başvuran ülkelerle, IADS üyesi olmak için başvuran Sırbistan ve Brezilya'dan bir fakülte ile Bulgaristan ve Hırvatistan'ın başvuruları oylanarak kabul edildi.

IADS toplantılarına paralel olarak, YDW (Young Dentists Worldwide) toplantıları da yapıldı. FDI'a bağlı olarak çalışmalarını sürdüren YDW için 40 kadar genç dişhekimi Londra'daydı. G.Ü.'den Dt. İzgü Beyar bu toplantılara Türkiye'yi temsilen katıldı.

Son gece yapılan geleneksel dişhekimliği balosunda, IADS ve YDW üyeleri yanında FDI ve BDA yetkilileri ile İngiltere'deki çeşitli dişhekimliği fakültelerinin temsilcileri biraraya geldiler. Balo sonunda tüm katılımcılar 10-16 Ağustos 1996'da Göteburg'da buluşmak dileğiyle ayrıldılar.

Türk dişhekimliği öğrencilerinin ve dolayısıyla Türk Dişhekimliğinin uluslararası platformda temsili açısından oldukça önemli olan bu ilişkilerin sürdürülebilmesi için çalışıyoruz.

Ancak şu bir gerçek ki dışarıdaki temsil, ülke içinde sağlam ve güçlü bir yapıya dayandığı ölçüde değerlenecektir. Bu amaçla Türkiye'deki tüm dişhekimliği öğrencilerini önümüzdeki haftalarda yapacağımız Genel Kurulumuza bekliyoruz.

(*) Stj. Dt., A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi

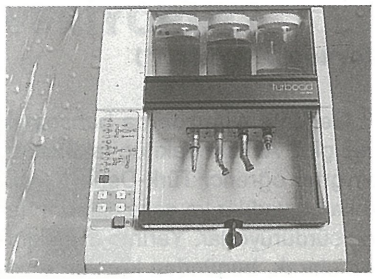
DİŞHEKİMLİĞİNDE KULLANILAN BAZI ARAÇ VE GEREÇLER



Implant locater



SDM



Turbocid

Erdoğan TURGUT (*)

IMPLANT LOCATOR: İki safhada yapılan osteointegre implantları, hastayı travmatize etmeden, enfeksiyon riski olmaksızın ve zaman kaybettirmeden lokalize eder. İyileşme safhasından sonra, iki safhada yapılan mukoza altındaki implantların yerini cerrahi girişime gerek kalmadan belirler.

Implant locater'un ucuna dispozıbl bir prob takılır. Bir yandan aletin düğmesine basılırken, prob alveole 45° meyille mukoza üzerinde hareket ettirilir. Bu esnada devamlı bir sinyal sesi duyulur, prob implant üzerine gelince sesin tonu yükselir. O kısım açılarak, implantın üst kısmı açığa çıkarılır.

3 voltluk pille çalışır (Kodak K 58 L). Alet dezenfektan bir solüsyonla silinir ve her seferinde dispozıbl bir uç takılır. Bir yıl garantilidir.

DYNA Dental Engineering by
Postbus 70
4600 AB Bergen ep Zoom
The NETHERLAND (Hollanda)
Tel.:(31) 1640-58980
Fax: (31) 1640-58390

SDM (Muköz membran kalınlığını ölçme aleti): Ultrasonik pulse-echo tekniğine dayanarak mukoza kalınlığını ölçen bir alettir. 0.5-8 mm. arasındaki kalınlıkları ölçebilir. Bir piezoelektrik kristal vasıtası ile ultrasonik dalgalar, sesi geçiren muköz membrandan, çene kemiklerinin yüzeyine ulaşır. Cihaz geçen dalgaya göre, yani geçen ses süresi vasıtası ile muköz membran kalınlığını hesaplar ve ekranda gösterir. Probu mukozaya temas ettirmeden önce, mukozaya bir likit sürülür. Böylece sonik enerji mukozaya daha kolay geçer.

Bu alet sayesinde, vertikal olarak kesilmiş model profiline mukoza kalınlığı işaretlenerek, implant için gerekli kemik kalınlığı ortaya çıkarılır. Alet alkol veya aldehitli bir dezenenfektanla silinir. Fenollü dezenfektanlar kullanılmaz. 9 voltluk pille çalışır. (6 LR 6I A1 Mn)

KRUPP medizintechnik GmbH
Harkortstrasse 65-P.O.
Box 102142-D-4300 Essen I
GERMANY
Tel.: (201) 725-0 Telex: 85718-13
Fax:(201) 7257911

TURBOCID: Aerotor başlıkları, piyasamen ve angl-druvaları 13 dakikada temizler, dezenfekte eder ve yağlar. Bir defada 4 alet dezenfekte edilebilir. İlk hazne %95 su ve %5 TURBOCIDOL isimli dezenfektan ihtiva eder. Bu solüsyon aletlerin içine püskürtülerek aletler temizlenir. İkinci haznedeki %100'lük Turbocıdol aletleri dezenfekte etmekte kullanılır. Üçüncü kavanozdaki yağ, yeterli dozda aletlerin içerisine püskürtülerek, işlem tamamlanır.

MICRO MEGA Export
3, rue de la Mairie
CH-I2II Geneve 6
SWITZERLAND (İsviçre)
Tel.: (41) 22 735 87 60
Telex: 41 32 79 dent ch
Fax: (41) 22 786 38 87

PHYSIO-DISPENSER: Steril şartlarda, implantoloji ve mikro-cerrahide kullanılan bir mikromotor sistemidir. İnternal ve eksternal irrigasyon vasıtası ile dokularda ısı yoluyla hasar husule gelmesi önlenmiştir. Ayak pedalı ile hız ayarı yapılabilir (2000-27 000 rpm); ileri veya geri çalıştırılabilir. Özel torbası içinde, otoklavda 135° C'de steril edilir. İrrigasyon için %0.9 steril NaCl kulanılır

NOUVAG AG
Manufacturers of Dental and Medical Equiment
CH-9400 Rorschach,
SWITZERLAND (İsviçre)
Tel.:071/424433 Telex:881583
Fax: 071/424402

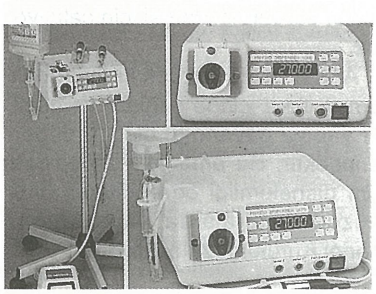
The ENDOCATER (Apex locater): Elektronik olarak kanal boyunu ölçen bir alettir. Kanalda kan, pulpa artıkları, cerahat, sodyum hipoklorit gibi dezenfektan maddeler bulunsa bile, doğru sonuç verir. Apikal foramenin lokalizasyonunu belirler. Film çekmeğe lüzum kalmadan, kanal boyunu doğru olarak hesaplar. Kanal içine giren problar 2l,25 ve 31 mm. uzunluğundadır.

The HYGENIC Co.
1245 Home Ave., Akron, OH 44310
U.S.A Tel.: I-800-321-2135

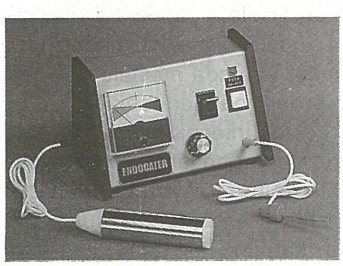
ROOT ZX (Root canal length measuring device): Kanal boyunu ölçen bu alet kan, sodyum hipoklorit, hidrojen peroksit gibi elektrolitler olsa bile doğru sonuç verir. Her ölçümden önce aleti sıfırlamaya lüzum yoktur. Cihaz 20 dakika kullanılmazsa, kendiliğinden kapanır. Apekse ulaşılınca çalan 3 çeşit alarm sesinden biri seçilebilir ve bir kulaklık vasıtası ile sesi sadece doktor duyar.

J.Morita Corperation

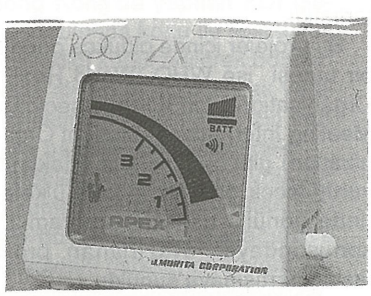
(*) Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Oral Diagnoz ve Radyoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.



Physio-dispenser



Endocater



Root ZX

Porselen inleylerin klinik değerlendirilmesi

A clinical evaluation of porcelain inlays.
Isidor F, Brondum K.
J. Prosthet Dent 1995 74: 140-144

İki farklı dişhekimi tarafından, 13 premolar, 12 molar dişe, toplam 25 MOD posterior porselen inlay uygulanmış, ortalama 40.4 ay (20-57 ay arası) süresince klinik olarak değerlendirilmiştir.

Restorasyonların hemen hemen hepsinde, tüberküller kaplanmamıştır. Tüm inleyler, aynı laboratuvar tarafından, üretici firmanın önerileri doğrultusunda hazırlanmıştır.

Simantasyon, mine yüzeylerinin asit ile pürüzlendirilmesi ve dentinin dentin bağlayıcı sistem ile muamelesi; porselen inleylerin ise iç yüzeylerinin asit ile pürüzlendirildikten ve silan uygulandıktan sonra tamamlanmıştır. Porselen inleylerin simantasyon işlemi, prepare edilmiş dişin üzerine rezin simanın uygulanması ile gerçekleştirilmiştir.

İlk porselen inley, ışın ile polimerize olan rezin siman ile; geriye kalan 11 porselen inley ise hem ışın hem de kimyasal olarak sertleşen (dual) rezin siman ile yapıştırılmıştır. Klinik olarak, izleme periodu sırasında 25 porselen inleyin, 12 tanesi başarısızlığa uğramış ve yeniden yapılmıştır. Bu başarısızlıklardan, 10 tanesi kırılma, 1 tanesi sekonder çürük, 1 tanesi proksimal yüzeydeki diş ve inley arasındaki marjinal aralığa bağlanmıştır.

Işın ile polimerize olan rezin siman ile yapıştırılan, porselen inleylerde başarısızlık oranı, hem ışın hemde kimyasal olarak sertleşen rezin siman ile yapıştırılanlara oranla daha fazladır. (p=0.05). Buna ilaveten, molar dişlere uygulanan inleyler, premolar dişlere uygulanan inleylere oranla daha fazla başarısızlık göstermişlerdir (p=0.07).

Doç.Dr. Sadullah Uçaşlı

İmplant başarısızlığının sigara kullanımı ile bağlantısı

The association between the failure of dental implants and cigarette smoking.
Bain CA, Moy PK
Int J Oral Maxillofac Implants 8: 609-615, 1995

Giriş: Protetik implant sistemlerinin kullanılmasındaki artış ile birlikte integrasyondaki başarıyı azaltabilecek anatomik ve sistemik faktörler üzerine oldukça fazla sayıda çalışmalar yapılmıştır. Ancak uzun süreden beri insan sağlığına zararlı olduğu bilinen sigara kullanımının implant tedavisi sonuçları ile ilişkisi incelenmemiştir.

Prosedür: Tüm kayıtlar 540 hastaya yerleştirilen 2194 Branemark implantların 6 yılın üstündeki takipleri ile sağlanmıştır. Başarısızlık kriteri implantın çekilmesi veya kemik desteğinin %50'sinden fazlasını kaybetmesidir.

Bulgular: İmplantların tümündeki başarısızlık oranı %6'nın hemen altındadır. Yani tüm implantların 153'ü başarısızdır. Karşılaştırma için implantlar, hastanın sigara içmesine veya içmemesine bağlı olarak 2 gruba ayrıldı. Sigara kullananlarda başarısızlık %11.28 iken sigara kullanmayanlarda sadece %4.76 oranında kalmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sonuçlar: Önceki çalışmalar diğer tip cerrahi uygulamalardan sonra sigara içiminin iyileşmeyi geciktirdiğini göstermiştir. Protetik implant cerrahisinin de bu tip implantlardan farkı yoktur. Sigara içimi ile ilişkili implant başarısızlığının mekanizması bilinmemektedir.

Basit çekimlerde görülen komplikasyonların yaşla bağlantısı

Oral surgeon reported incidence of complications related to simple extractions in adults.
Volger JC, Karuza J, Miller WA
Special Care Dent 14: 92-95, 1994

Giriş: Basit çekimlerde görülebilen komplikasyonların insidansında yaşın etkisi hakkında herhangi bir çalışma bugüne kadar yapılmadığı için bu çalışma dizayn edilmiştir.

Metod: Bu çalışma 30 adet oral cerrah ve 20 adet pratisyen dişhekimi tarafından yapılmıştır. 60 günlük period içerisinde 413 hastada 714 basit davye çekimi yapılmıştır. Hastaların %37.8'i 24-44 yaşları arasında, %36.3'ü 45-64 yaşları arasında ve %25.9'u ise 65 ve daha yukarı yaşlardaydı. Hazırlanan formlar, operasyon öncesi ve operasyon sonrası komplikasyonların bilgilerini ve oral cerrahlar tarafından yazılan analjezik ve antibiyotik reçetelerinin bilgilerini içermekteydi.

Bulgular: Çekilecek dişlerin 3'te 2'sini restore edilemeyen dişler, geri kalanını ise periodontal problemli, endodontik patolojili dişler oluşturmaktaydı. 63 hastada operatif komplikasyonlar görüldü. 11 hastada postoperatif komplikasyonlar görüldü. Köklerin kırılması ve açık çekime başvurulması en yaygın operatif komplikasyonları oluşturdu. Komplikasyonların insidansının yaşla bir ilgisi kurulamadı.

Periodontal hastalığın farmakolojik kontrolu. II. Antimikrobial ajanlar

Pharmacological control of periodontal disease. II. Antimicrobial agents
R.A. Seymour and P.A. Heasman
Journal of Dentistry Vol. 23, No. 1,pp.5-14,1995

Antimikrobial ajanlar özellikle erken başlayan, juvenil ve refraktör periodontis gibi belli tipteki periodontal hastalıkların tedavisinde önemlidir. Böyle durumların teşhisi genellikle klinik olarak konulmasına karşın, cep florasından mikrobial örnek alınması, antimikrobial tedavinin tipinin saptanmasında önemlidir. Bu tür ilaçların kronik periodontitis tedavisinde rutin kullanımı kontrendikedir ve hiçbir zaman küretajın ve tam bir plak kontrolünün yerini tutamaz. Tetrasiklinler ve metronidazol, periodontal hastalıkta en sık kullanılan anitbiotiklerdir. Her iki ilaç da, sistemik ya da cep içerisine topikal olarak uygulanabilir. Topikal uygulama, uygulanan doz azaldığı ve lokal konsantrasyon arttığı için tercih edilmektedir. Lokal ilaç uygulamasının etkinliği, ilacın taşıyıcı içinden salınım kinetiğine bağlıdır. Lokal uygulama zaman alıcı olmasına karşın yan etki ve ilaç etkileşimi riskini ortadan kaldırmaktadır. Tetrasiklinlerin, kollagenazları inhibe etme gibi ek bir özellikleri de vardır. Bu özellik, tamir ve yeni ataçman oluşumunu kolaylaştırabilir. Sistemik metronidazol geleneksel periodontal tedavide yardımcı olarak yararlı olabilir. 250 mg metronidazol ve 375 mg amoksisilin kombinasyonunun, tetrasikline dirençli vakalar da dahil olmak üzere refraktör periodontitis tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Klindamisin de refraktör periodontitis tedavisinde kulanılmıştır ancak istenmeyen etkileri ilacın bu amaçla sistemik kulanımını kısıtlamaktadır.

Dt. Esra Saygun

Süt molarlarda kullanılan restoratif materyallerin restorasyonların kalıcılığı üzerine etkisi

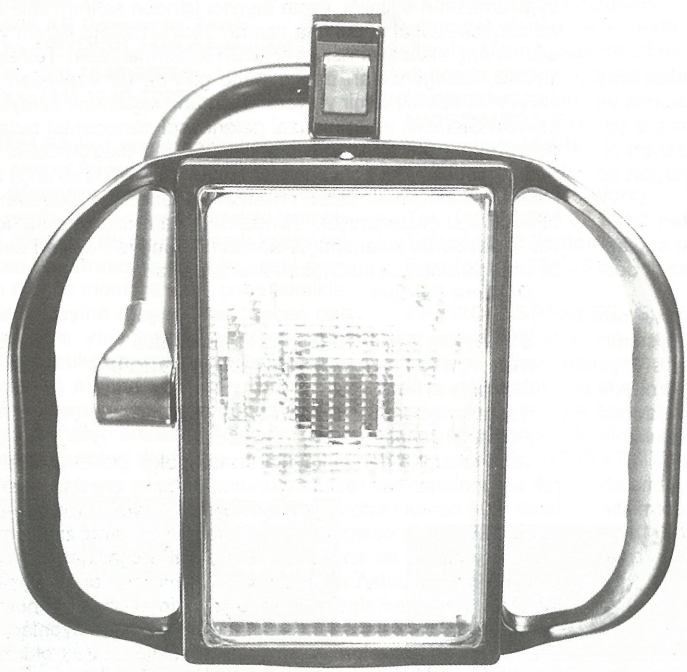
Papathanasiou AG, Curzon MEJ, Fairpo CG
Pediatric Dentistry 1994; 16:282-288

1065 çocuğun dental kayıtları retrospektif olarak incelenerek süt molarlardaki restorasyonların kalıcılık oranları hesaplandı. 604 dental restorasyon hakkında bilgi veren rasgele seçilmiş 128 kayıt incelendi, kodlandı ve kalıcılık analizinin ömür tablosu yöntemi ile analiz edildi. Yüksek başarıdan düşüğe doğru restorasyonların kalıcılık oranlarının sıralanması; prefabrike kronlar, amalgam, kompozit rezin ve cam iyonomer restorasyonlar şeklinde idi. Farklı materyal restorasyonlarının kalıcılık başarı oranları arasında istatistiksel olarak oldukça yüksek bir farklılık bulundu (P 0.0001). Prefabrike kronlar ve amalgam için ortalama kalıcılık zamanı 5 yıldı. Prefabrike kronlar için 5 yıl kalıcılık %68 hesaplanırken, bu oran amalgam için %60'dı. Kompozit rezin için ortalama kalıcılık zamanı 32 aydı ve 4 yıllık kalıcılık oranı da %5 olarak hesaplandı.

Dt. Rıfat Özok

KONGRE-SEMPOZYUM-KURS-TOPLANTI

- **1-5 Mayıs 1996** American Academy of Cosmetic Dentistry, San Diego, California, Information: AACO Corporate Drive, Madisan Wisconsin 53714.
- **3-5 Mayıs 1996** Sevilla ERO Meeting
- **11-15 Mayıs 1996** American Association of Orthodontists, Denver, Colorado, Information: AAO 401 North Lindbergh Blud, St. Louis, Missouri 63141.
- **19-25 Mayıs 1996** Türk Periodontoloji Derneği 26. Bilimsel Kongresi. Başvuru: Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Bornova 35100 İzmir Tel: 0232 388 03 25
- **22-26 mayıs 1996** Türk Pedodonti Derneği 3. Bilimsel Sempozyumu, Nevşehir. Başvuru: Semor A.Ş. Atatürk Bulvarı 127 K:3 No: 309 Kızılay, Ankara. Tel: 0312 418 04 41
- **24-25 MAyıs 1996** 2nd International Congress on Orofacial Pain and Temporo-mandibular Disorders, Paris, France. Information: Mrs. Martha Boan, Executive Director, American Akademy of Orofacial Pain 10 Soplin Court Lafayette, California 94549.
- **26-31 Mayıs 1996** Oral Cerrahi Derneği 3. Bilimsel Toplantısı. Belek, Antalya. Başvuru: İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Cerrahi Derneği Çapa, 34390 İstanbul. Tel: 0212 631 22 50.
- **2-5 Haziran 1996** European Orthodontic Society Brighton, United Kingdom.
- **7-8 Haziran 1996** III. World Symposium Basel. Information: III. Center CH-4437 Waldenburg, Schwciz. Tel: 00 41-61 961 87 41.
- **9-16 Haziran 1996** Türk Oral İmplantoloji Derneği 6. Bilimsel Kongresi. Protez Akademisi ve Gnatoloji Derneği 1. bilimsel kongresi. Robinson Club Lykia, Fethiye. Başvuru: Şebnem Sumatas Tel: 0212 532 32 18 Fax: 0212 532 32 54
- **18-22 Haziran 1996** Türk Dişhekimleri Birliği III. Uluslararası Diş hekimliği Kongresi, Ankara. Başvuru: Ankara Dişhekimleri Odası Meşrutiyet Caddesi No: 5/14 Kızılay, Ankara. Tel: 0312 425 41 51.
- **28-30 Haziran 1996** Esthetics and Oral Implantology in the year 2000 (CO)'S Montecarlo World Meeting Loew's Montecarl Hotel, Monacı. Information: Central Office Phone: 201 783 63 00 Fax: 201 783 11 75
- **28 Haziran- 3 Temmuz 1996** Academy of General Dentistry, Portland, Oregon. Information: AGD 211 East Chicago Aveneu, Suite 1200, Chicago, Illinois 60611.
- **18-21 Temmuz 1996** 15th International Symposium on Ceramics Orlando, Florida. Information: Quintessence Publishing Company.
- **5-9 Ağustos 1996** The Second International Postgraduate Summer Seminars on Aduancet Pediatric Dentistry. The Institute for Postgraduate Dental Education Jonkoping, Sweden. Information fax: 00 463 671 22 38
- **10-17 Ağustos 1996** 43. Uluslararası Dişhekimliği Öğrencileri Birliği (IADS) ve 3. Genç Dişhekimleri Birliği (YDW) Kongresi Göteburg, İsveç. Başvuru: L.Stockell, FDI, 7 Carlisle Street, London WIV 5 RG United kingdom. Fax: 44 171 486 01 83.
- **3-7 Eylül 1996** European Association for Craniofacial Surgery, Zurich, Switzerland. Information Tel: 00 41 125 25 031-41 125 25 030
- **3-6 Ekim 1996** 2nd World Congress of Osseointegration Hotel Cavalieri Hilton, Roma, İtaly. Information Tel: 00 39-41 520 98 00
- **7-12 Ekim 1996** 5. Uluslararası Türk Ortodonti Derneği Kongresi, Belek, Antalya.
- **18-20 Ekim 1996** The International Congress of Oral Implantologiste and Sociedad Espanola De Implantes. Başvuru: Central Office 248 Loriane Aveneu Upper Montclair. NJ 07043 USA. Tel: 00 201 783 63 00 Fax: 00 201 278 11 75
- **24-29 Ekim 1996** Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği 5. uluslararası Kongresi Serapsu, Alanya.
- **Ekim 1996** The University of Hong Kong M.D.S. / D.Dip.DS in Pediatric Dentistry, Information: Dr. Nige / M.King Dept. of Children's Dentistry and Orthodontics. Tel: 00 852 285 02 32.
- **24-31 Mayıs 1997** IV. Akdeniz Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği Kongresi Antalya. Başvuru: Org. Kom. Bşk. Prof.Dr. Ferda Taşar Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanlığı Sıhhiye Ankara Tel: 0312 311 00 16 Fax: 0312 10 44 40.



DENTAL REFLEKTÖR

SOĞUK - BEYAZ - GÖLGESİZ IŞIK

22.000 LUX

4500 KELVİN

ATİLLA OĞUL

Selbaşı Sokak, No: 20

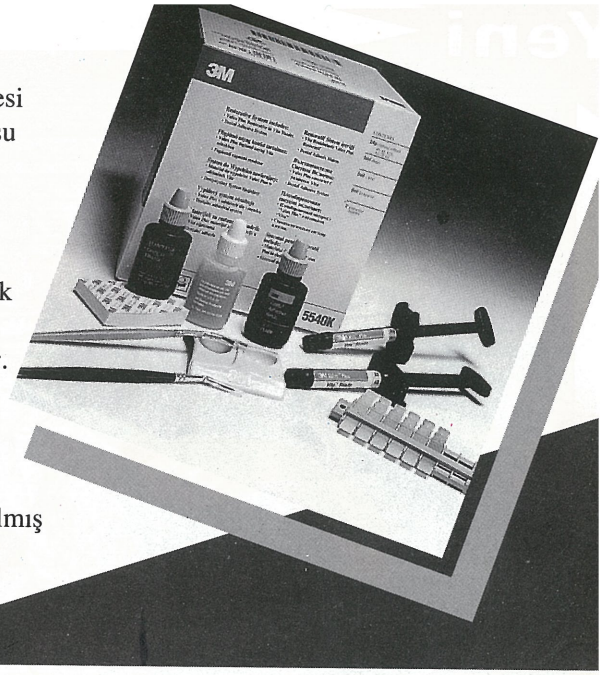
Harbiye 80230 İstanbul

Tel: 0212-240 22 39

Fax: 0212-241 39 16

3M™ Valux™ Plus Süper Estetik

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

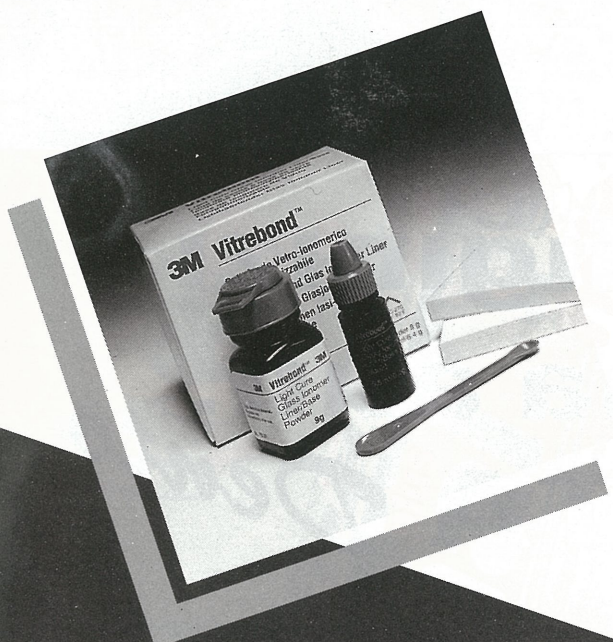


Yüksek Aşınma Direnci

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.

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™ Vitrebond™

- 3M..... Yaratıcılık : Vitrebond hassasiyeti climine oden ve hekime zaman kazandıran ilk gerçek ışıklı polimerize cam iyonomer kaide maddesidir.
- Yaratıcılık..... Çok amaçlılık: Çok amaçlı kullanıma vygundur. Amalgam dahil tüm restorasyonlarda kaide maddesi olarak kullanılabilinir.
- Yaratıcılık..... Rahatlık: Kullanımı kolay bir cam iyonomer
- Yaratıcılık..... Hız: Işıkla polimerize olması için 30 sn yeterlidir. Yani zaman kazandırır.

3M™ Sof-Lex™ Pop-On Bitirme ve Cila Diskleri ve Stripleri

- Muhteşem gülüşlerin ardındaki mükemmel restorasyonların sırrı ideal bitirme ve cila sistemlerinde saklıdır. Sof-Lex Pop-On Bitirme ve Cila Diskleri fazla dolgu materyalinin kaldırılması ve restorasyonun parlatılması açılarından idealdir.
- Sof-Lex Bitirme ve Cila Stripleri interproksimal bölgeye kolay uygulanması ve her stripte iki değişik grenli aşındırıcı yüzey içermesi nedeniyle kullanım kolaylığı sunmaktadır. Plak oluşumunu engellemeye de yardımcı olur.



Yeni



Diş sağlığınızı sağlama alın. ROWENTA *Dento*

YARATIM/FCB

Üstünlük 1: Normal diş fırçalamada 1 dakika 100 harekettir. Rowenta Dento, 1 dakika içinde yaklaşık 2500 titreşimle dişleri pırıl pırıl yapar. Sağlığı korur.

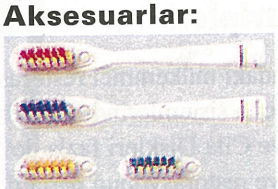
Üstünlük 2: Daha sağlıklı bir kullanım için, özel yuvarlatılmış çok tutamlı kıllar, metalsiz olarak bağlanmıştır.

Üstünlük 3: Kıllar farklı uzunlukları sayesinde birbirini desteklediğinden daha uzun ömürlü, daha ekonomik ve temizleme etkisi daha fazladır.

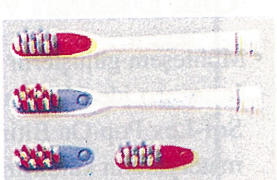
Üstünlük 4: Çevre dostu! Oluşumunda metal bulunmayan fırça klipsi değiştirildiğinde, doğada kolayca yok olur, çevreye zarar vermez.

Kolaylıklar: Fırça sapını fırça klipsine takmak-çıkarmak çok kolay. Ayrıca, hem büyükler hem çocuklar için olan aksesuarlarıyla, bütün ailenin gereksinimini karşılar.

Aksesuarlar:



Yetişkinler için ZH-070 "dentaclip" set.



Çocuklar için ZH-080 set.

0800 211 4085
0800 211 4086
Rowenta
Tüketici Danışma Merkezi
Türkiye'nin her yerinden ücretsiz 24 saat aravabilirsiniz.

Rowenta ürünleri 1 yıl garantilidir. 600 servis noktasında bol yedek parçası vardır.
İleri Elektrik A.Ş. Ortaklar Cad. No: 35 Mecidiyeköy 80290 İstanbul

Rowenta
Daima öndesiniz

Signal® minik

DİŞ FIRÇASI - DİŞ MACUNU



"miniklere özel"

1996

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI ÖDÜLLERİ ve BİLİMSEL ARAŞTIRMA DESTEKLERİ

Eczacıbaşı | Procter&Gamble

Eczacıbaşı Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma ve Ödül Fonu, Türkiye'de ağız ve diş sağlığının gelişimine katkıda bulunan ya da bulunmak isteyen tüm araştırmacılara açıktır

Ödüller Fon, ağız ve diş sağlığı alanında yayımlanmış başarılı bilimsel çalışmalara her yıl EPG Ağız ve Diş Sağlığı Ödülleri vermektedir. Ödüller, iki ayrı biçimde dağıtılır:

- Dişhekimliğiyle ilgili her aşamadaki araştırmacıların katılımına açık bulunan **Bilim Ödülü,**
- 40 yaşın altında ve profesörlük dönemi öncesinde olan araştırmacılara verilen **Teşvik Ödülü.**

Araştırma destekleri Fon, ödüllerden ayrı olarak ağız ve diş sağlığı alanında araştırma projelerinin gerçekleştirilmesi amacıyla, araştırmacıların proje giderleri için gerekli finansman desteğini sağlar.

Ödüller ve araştırma destekleri için başvurular Gerek ağız ve diş sağlığı ödülleri, gerekse araştırma destekleri için yapılan başvurular tüm Dişhekimliği Fakülteleri Dekanları ile Türk Dişhekimleri Birliği Başkanı'ndan oluşan Fon Yönetim Kurulu'nca değerlendirilir.

1996 EPG Ağız ve Diş Sağlığı Ödülleri ile Araştırma Destekleri için **21 Haziran 1996** Cuma akşamına kadar Fon Genel Sekreterliği'ne başvurulmalıdır. Adaylık koşulları, ayrıntılı bilgi ve başvuru formu edinmek amacıyla Fon Genel Sekreterliği ile bağlantı kurulabilir.

Eczacıbaşı - Procter & Gamble
Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma ve Ödül Fonu

Başvuru Adresi: Büyükdere Cad. No: 185, Levent-80710, İstanbul, Tel: 212-281 08 00, Faks: 212-264 58 23