TDBD

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ'NİN YAYIN ORGANIDIR

CİLT: 1
SAYI: 4
TEMMUZ EYLÜL 1987

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
1986

- ***Amblemimiz Belirlendi***
- ***Van Bölgesi Toplantısı***
- ***Dayanışmanın Güzel Bir Örneği***
- ***Toplum İçinde Meslek Odaları***
- ***Ankara Odası Toplantıları***

Sayın Hekimlerimiz.

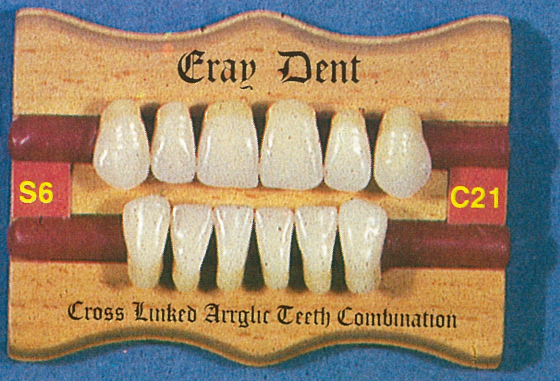
Süper Şener Dent Akrilik dişlerimizin yanı sıra, Firmamızın en son teknikleri kullanarak üretimine başladığı üç renkli **Eray Dent** Akrilik dişleri piyasaya arzedilmiştir.

Eray Dent Akrilik Dişlerin Özellikleri:

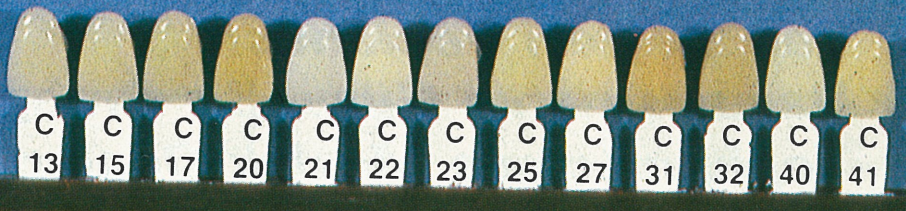
- Üç Renklidir.
- Üç Renkli olması nedeniyle tabii dişlere çok uyumludur.
- İvoclar ve Biodent gibi Avrupa malı Akrilik dişlerin,tüm renk ve formaları mevcuttur.
- Son derece sert ve dayanıklıdır.
- Enfrarüj ışığından etkilenmez.
- Mükemmel kapanış ve dizim verir.
- Piyasaya 28'lik 16'lık ve 12'lik ambalajlarda sunulmuştur.

Not: (Şener Dent Plastik Diş Sanayii) adındaki firmamız ERAYLAR AKRİLİK SANAYİİ, İNŞAAT TAAHHÜT ve DIŞ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ statüsüne dönüşmüştür.

ERAYLAR
AKRİLİK, SANAYİİ, İNŞAAT, TAAHHÜT
ve DIŞ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ



Adresimiz: 8. Cadde No: 4/C-D Demetevler/ANKARA
Teleks : 42396 GİŞE TR 212 ANKARA/TURKEY
Tel : 346 26 71 - 345 20 23
P.K. : 27 Karşıyaka/ANKARA



Eray Dent

TDBD

The Journal of Turkish Dental Association

Published by The Turkish Dental Association

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

SAHİBİ:
Türk Dişhekimleri Birliği Adına
Birlik Başkanı:
Dt. Yılmaz Bilgin

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Dt. Süha Alpay

Yazışma Adresi:
T.D.B. Atatürk Bulvarı
No: 115/11 Tel: 117 74 92
Kızılay / Ankara

Ücretsiz olarak, tüm dişhekimlerine dağıtılır.
Üç ayda bir yayımlanır.

YAYIN KURULU:
Dt. Hüsnü Çuhadar
Dt. Semra Eren
Dt. Ateş Erinanç
Dt. Fikret Gümüşel
Dt. Alpay Karaaslan
Dt. Numan Kuzanlı
Dt. Nurettin Özsuca
Dt. Vedat Saygılı
Dt. Demir Temuçin
Dt. Halil Uğurlu

Teknik Sorumlu
Erdal Taşkesen
Onur Yayıncılık
Tel: 230 58 52 - 229 71 54
ANKARA

Film-Montaj:
ARSU OFSET
Tel: 229 76 92

Baskı:
AYDOĞDU OFSET
Tel: 229 47 38

İÇİNDEKİLER

- Yayın Kurulu 2
- Van Bölge Toplantısı İzlenimleri 4
- Dayanışmanın Güzel Bir Örneği 7
- Toplum İçinde Meslek Odaları 11

DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİ

- *Endodontik cerrahide transdental implantlar, Dt. Numan Kuzanlı* 15
- *Dişhekimliği aletlerinin, implant kalp pillerine bozucu tesirlerinin araştırılması, Dr. Dt. Ergun Özme* 25
- *Krom-Kobalt alaşımı-Porselen bağlantı kuvveti ve Nikel-Krom alaşımı - Porselen bağlantı kuvvetleri ile karşılaştırılması, Doç. Dr. Erol Demirel, Dr. Celil Dinçer* 27
- *Transkranial temporomandibuler eklem radyografilerinde açılamanın önemi, Dr. Dt. M. Ateş Erinanç* 31
- *Hareketli bölümlü protez planlama ilkeleri-III, Dr. Dt. Halil Uğurlu* 35
- *Dişhekimliğinde ağrı, Dr. Dt. Ümit Ülküer* 40

- Amblemimiz Belirlendi 44
- Ankara Odası toplantıları yapıldı 48
- Haberler (Odalardan-Basından-Birlikten) 52

- Bu dergide basılan imzalı yazılardan imza sahibi sorumludur.
- Dergiye gönderilen yazılar Yayın Kurulu'nca uygun görülürse basılır. Basılmayan yazılar geri verilmez.

Değerli Meslektaşlarımız.

Bu yılın ortalarında, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının aleyhine sonuçlar doğuracak ve genel olarak sağlık hizmetlerinde kârlılığın öne alınması ile, bu hizmetten yararlanan halk kesimlerini de olumsuz yönde etkileyecek olan, "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarıldı. İlgili meslek örgütlerinin, *Türk Tabibler Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Veterinerleri Birliği* ve tek tek çok sayıda meslek odasının basın açıklamaları, salon toplantıları bir yarar getirmedi. Tüm karşı çıkışlara ve uyarılara karşın tasarı, özü yönünden bir değişikliğe uğramadan yasalaştırıldı. Üstelik bu dönemde, Sağlık Bakanı Kalemli, Başbakan'a verdiği birifingde, tüm doktorların bu yasayı desteklediklerini söyledi. Hekim örgütlerinden değil, ama yasayı gerçekten isteyen kesimler vardı. 1983 yılında TÜSİAD (Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği), "Kamu bürokrasisi" adını taşıyan bir raporu hükümete sunmuştu. Bu raporda çeşitli kamu hizmetlerindeki sorunlar ele alındıktan sonra "Çözüm yolu, ulaşım, enerji, sağlık, eğitim gibi piyasaya tevdii mümkün kamu hizmetlerinin süratle özelleştirilmesidir." deniliyordu. Çıkarılan yasa ile sağlık hizmetleri ücretli hale getirilerek, vatandaşın sırtına ağır bir yük bindiriliyor, bu arada, dünyanın hiçbir yerinde görülmemiş bir uygulamaya geçilerek, sağlık hizmetlerinin yürümeyişinden sözde sorumlu görülen hekimlerin meslekten men edilmeleri yetkisi Bakanlığa veriliyordu.

Son dönemlerde, sağlık çalışanları için bir ücret artışından çokça söz ediliyor. Hekim ücretlerinin üçyüzbin, altıyüzbin gibi rakamları bulabileceği söylenirken, yasanın asıl yüzü gizlenmeye çalışılıyor. Seçim dönemi yaklaşırken, hekim ücretleri konusunda hiçbirşey kesinleşmemiş durumda. Oysaki devlet memuru statüsündeki hekim ve dişhekimlerinin aldıkları ücret, kelimenin en hafif anlamıyla onur kırıcı bir düzeye düşmüştür. Ücret artışı bir lütuf olarak değil, emek karşılığı bir hak olarak verilmelidir.

İktidar, ağır ekonomik sorunların çözümü için, sosyal harcamaları kısma yoluna gitmektedir. Böylece, sağlık hizmetlerindeki gerileme, giderek kalıcı izler bırakmakta, sağlık örgütlenmesini işlemez hale getirmekte, sağlık personelinin mesleki ve ekonomik durumu gün geçtikçe kötüye gitmektedir. Politika teriminin anlamı, *"bir hizmetin geliştirilmesi için alınacak uygulama kararlarına yön veren ve hükümetlerin bilinçli olarak aldıkları ilke kararlarıdır"* şeklinde açıklanabilir. Genel bütçeden sağlığa ayrılan payı azaltmaya yönelik, sağlık alanında sermaye birikimini hedefleyen, bu arada kısa dönemli politik sansasyon yaratmayı amaçlayan düzenlemeler için *Sağlık politikası* deyimini kullanmak yerine *sağlık politikasızlığından* söz etmek daha doğru olacaktır.

Ülkemizde genel sağlık ve diş sağlığı sorunlarının uzunca bir süre için çözüme kavuşamayacağı görülüyor. Sorunlar ancak, var olan sağlık uygulamalarında köklü değişikliklerle çözülebilecektir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık politikasının amacını *"Kişilerin bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halinde olmalarını sağlamak amacı ile herkesin, ırk, din, cins, yaş, siyasi inanç ve ekonomik güç farkı gözetmeksizin, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri kullanmalarını sağlamaktır."* şeklinde açıklıyor. Biz hekimlik mesleği-

nin onuru gereği, tüm insanların sağlık hizmetlerinden parasız ve eşit oranda faydalanması gerektiğine inanıyoruz.

Birliğimizin önünde duran en önemli görevlerden biri, içinde dişhekimliğinin yerinin ayrıntılı olarak belirlendiği *ulusal sağlık politikasının* oluşturulmasıdır. Tüm tabanın katıldığı bir tartışma sürecinde bu konu olgunlaştırılmalı, farklı görüşler birleştirilmeli, uzmanların görüşlerinden yararlanılarak, Birliğin öncülüğünde, alternatif olabilecek bir sağlık politikası belirlenmelidir. Öne sürülecek model, ülkemiz koşullarına uygun olmalı, kısa ve uzun dönemlerde izlenecek yollar açıklanmalıdır.

26-27 Eylül tarihlerinde Bursa'da yapılan oda temsilcileri toplantısının ilk gündem maddesi *ulusal sağlık politikası* üzerine. Dergimizin basım aşamasına girmesi nedeniyle, bu konudaki gelişmeleri önümüzdeki sayıda aktarmayı tasarlıyoruz. Meslektaşlar arasında birlikteliğin sağlanması ve güçlendirilmesi amacını başa koymaktayız. Kuşkusuz aramızda politik olarak görüşleri farklı olanlar veya sorunların çözümü için farklı yollar önerenler vardır. Ne var ki, ülkemiz insanlarının genel sağlık ve diş sağlığı ile ilgili sorunlarının çözümü için ortak noktalarda buluşulabilir. Bunun yolu karşılıklı saygının korunduğu, demokratik tartışma ortamıdır. Birliğimizin, kendi kabuğunun dışına çıkacak, etkin bir güç haline gelmesi için, dişhekimliğinin yerinin ayrıntılı olarak belirlendiği bir ''Ulusal Sağlık Politikası'' olmalıdır. Böyle bir belge, isteklerimizin neler olduğunun en iyi bir şekilde duyurulmasını sağlıyacaktır.

Elinizdeki dördüncü sayı ile, dergimiz yayın yaşamının birinci yılını tamamlamış oluyor. Parasal amaçlar gütmeksizin, düzenli olarak çıkarılmaya çalışılan bir dergi için bir yaş, ayrı bir önem taşıyor. Düzeyli, içerik olarak doyurucu bir dergi çıkarabilmek için Yayın Kurulumuz bir yıl boyunca sürekli bir çaba içinde oldu. Ne var ki, sorun sadece derginin içeriği ile bitmiyor, yedibin'den fazla sayıda basılan ve ücretsiz olarak dağıtılan dergimiz bir dizi teknik ve ekonomik sorunlarla da karşılaşıyor. Bu yıl boyunca en çok yakınılan konu dağıtımdaki gecikmeler oldu. Bunun nedeni dağıtımın oda örgütleri aracılığı ile dolaylı yoldan yapılmasıdır. Ancak yakın bir zamanda geçmeyi planladığımız merkezi dağıtımla, bu gecikmenin kaldırılabileceğini umuyoruz.

Dergimizin en büyük destekçisi, okuyucu meslektaşlarımızın ilgisidir. Önümüzde ki sayının ağırlıklı konusu olan ulusal sağlık politikası ve dişhekimliği üzerine görüşlerini yazarak bildiren meslektaşlarımızın mektuplarını yayınlamak istiyoruz. Gelecek sayımızda buluşmak umuduyla güzel günler dileriz.

YAYIN KURULU

Van Bölge Toplantısı izlenimleri

Dt. Avni Aydemir

Türk Dişhekimleri Birliği olarak göreve başladığımızdan bu yana,yeni kurulmakta olmanın getirdiği çalışmaları aşıp, üyeleriyle daha yakından ilişki kurma ve birlikteliğin gücünü arttırma aşamasına gelmiş olmanın kıvancıyla yazıma başlamak istiyorum.

Mesleğimizin sorunlarının genel olması yanısıra yöresel özellikler de taşıdığı gözönünde tutularak; bilgi aktarımı, sorunların saptanması ve bunlara ortak çözüm aranması amacıyla, Birliğimizce başlatılan bölge toplantılarının ilkini Van ilinde, Doğu ve Güneydoğu Bölgelerimiz Odalarının temsilcilerinin ve İzmir, Adana Odalarının gözlemcilerinin katılımıyla, 4 -5 Temmuz 1987 günlerinde gerçekleştirdik.

Toplantı, ev sahibi Diyarbakır Oda Başkanı Dt. Oğuz ÜÇOK'un konuşması ile açıldı.

Açılıştan sonra söz alan Birlik Başkanımız Dt. Yılmaz BİLGİN; mesleğimiz sorunlarını, dış etkenlerden kaynaklanan ve iç etkenlerden kaynaklananlar olmak üzere ikiye ayırabileceğimizi belirterek birinci bölümde şu konulara değindi:

– Sağlık Bakanlığı ile olan ilişkilerimizde giderek bize ve bizim sorunlarımıza daha ilgi ile bakılmaya başlandığını, hatta Sayın Bakanın, yapılan görüşmede dişhekimlerini, Sağlık Müdürlüklerine sağlık müdür, müdür yardımcısı olarak atayabileceklerini ayrıca tüm Sağlık Ocaklarına ve AÇS Merkezlerine dişhekimi atanması için emir verdiğini söylediğini, ancak bunun yanında Birliğimizin ısrarla isteği olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda dişhekimlerini temsil eden bir "Genel Müdürlük" ve Yüksek Sağlık Şurasında temsil edilme isteklerimizin de şimdilik kabul edilemiyeceğini ifade ettiğini belirtti.

– Maliye Bakanlığını ilgilendiren konuları aktarırken; faturaların Odalarca tastik edilebilmesi ve resmi hastaların fiat listesindeki işaretli işlemlerin sadece uzman dişhekimlerince yapılabilirliğin yanlışlığı, bunun düzeltilmesi konusunda çalışmaların sürdüğü.

– Dişhekimliği eğitimi konusunda ise eğitimin tam anlamıyla verilemediğini YÖK'ün karar ve uygulamalarıyla eğitimin daha da bozulduğunu, fazla

öğrenci alımıyla ihtiyaç fazlası dişhekimi potansiyelinin yaratılacağını söyledi.

— Enflasyonun hızla yükselmesinin de halkımızın alım güçünü gittikçe düşürdüğü için ağız ve diş sağlığına gereken önemi veremez hale geldiğini belirtirken koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılmasının gerektiğini savundu ve öncelikle çocuklardan başlayarak ister Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ister Milli Eğitim Bakanlığı'ndan olsun ağız ve diş sağlığına gereken önemin verilmesine başlanmalıdır dedi.

Bu güzel toplantıyı, türkuazdan laciverte kadar mavinin en güzel tonlarını sergileyen Van Gölü'nün çerçevesi içinde, her zaman anacağız.

— Dişhekimliği Fakültelerinin, Birlik ve Odalardan kendilerini çok bağımsız görerek gerekli iletişimi kurmaya yanaşmadıklarını ama yakın gelecekte bunların aşılacağını belirttikten sonra kendi iç sorunlarımız olarak ayırdığı bölümde şu konuları ele aldı:

— Oda ve Birlik olma bilincinin giderek güçlendiğini böylece artan birlik ve beraberliğin bizi daha güçlü kıldığını,

— Odaların kanun ve yönetmeliklere uygun olarak çalışmalarını ve karar almalarını isterken, Birliğimizden de bağımsızmış gibi davranılmamasını vurguladı,

— Üye aidatlarının ödenmesindeki aksaklıklardan söz ederken, aidatların maddi gücümüz için gerekliliğini belirtti,

— Sahte dişhekimleri konusunda çalışmaların sürdüğü,

— Kooperatif ve Vakıf kurma çalışmalarının da devam ettiğini belirtti.

Genel Başkanın konuşmasından sonra söz alan arkadaşlar şu konulara değindiler:

— Diyarbakır temsilcisi Dt.Kahraman Gündüz Güzel; kamu kesiminde çalışan dişhekimlerinin özel hizmet tazminatlarının çok düşük olduğunu, aynı durumun Üniversiteler için de söz konusu olduğunu belirtti. Devlet hastanelerinden yapılan sevklerin serbest bırakılmasını istedi.

— Trabzon Oda Başkanı Dt. Taner ÖNAL'da sevklerin serbest bırakılmasını vurguladıktan sonra, anlaşmalı dişhekimliği engellense bile gizli anlaşmaların sürebileceğini, bunun da ancak dişhekimlerinin disipline edilmesi ile düzelebileceğini belirtti. -SSK'nun diş hekimleriyle yaptığı anlaşmalarda asgari ücretin altında anlaşma yapmaya devam ettiğini, bu yanlışın da birçok sorun yarattığını; - Serbest meslek makbuzlarının Odalarca onayının sağlanmasını, - Tabelalardaki kavram kargaşasının önlenmesi, - Yanlış uygulama içindeki laboratuarlara karşı ortak tavır almamız gerektiğini vurguladı. - Samsun Odamızın bu konudaki davranışını çok başarılı bir örnek olduğunu belirtti.

- Malatya Oda Sekreteri Dt.Selahattin KARADUMAN; sahte dişhekimleriyle yapılan mücadelede

Konukseverlikten güzel örnekler veren Diyarbakırlı ve Vanlı meslektaşlarımızın dostluk ve sıcak ilgileri, bizleri birbirimize daha da yakınlaştırmış, sorunların çözümünde ilerlememize yardımcı olmuştur.

adli işlemler konusunda örneklerin yeni kurulan Odalara aktarılmasını, -Dişhekimliğinde de mecburi hizmez yasasının uygulanmasıyla hem dişhekimi istihdamı sağlanacağı hem de ağız diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşacağını, -Kurumlardan yapılan sevklerin düzenlenmesi gerektiğini belirtti, -Kamu ve fakültelerde çalışan meslekdaşlarımızın problemleri için daha etkin çalışılması gerektiğini söyledi.

– Van il temsilcisi Dt.Cihat DOĞAN; dişhekimlerinin Bağ - Kur'a üye olma zorunluluğu yerine Baro'larda olduğu gibi sigortalı olmasının sağlanmasına çalışılmasını, -Devlet hastanesi ve Sağlık Müdürlüğünde boş olan kadrolara dişhekimi atamalarının yapılmasını istedi.

– Diyarbakır temsilcisi Dt.Beşir BÜYÜKBAŞ; -Açılacak muayenehanelerin eczanelerde olduğu gibi ruhsata bağlanmasını, -Kurulacak kooperatif aracılığıyla yeni mezunlara muayenehane açma kredisinin verilebilmesini, -Sahte dişhekimlerine karşı dişhekimlerinin sıkı işbirliği yapması gerektiğini bildirdi.

– Erzurum temsilcisi Dt.Kasım YILMAZ; Sahte dişhekimleriyle işbirliğinin ençok yedek subaylar arasında görülmesi nedeniyle bu konuda tedbir alınmasını, -Malzeme fiatlarının kontrol edilebilirliğinin sağlanmasını ve Diş Depoları ile muayenehanelerin birarada olmamasını istedi.

– Tunceli temsilcisi Dt.Mustafa BALAY; Dişteknisyenliği okullarının lise düzeyinde meslek liseleri niteliğinde açılmasının gerekliliğini belirtti.

– Toplantıya gözlemci olarak katılan Adana Odası Başkanı Dt. Asım SAVAŞ, şimdiye kadar yaptıkları çalışmalardan örnekler vererek meselelerin üzerine gitmekten kaçmamak gerektiğini belirtti.

– Birlik Yönetim Kurulu üyesi Dt. Kazmir PAMİR'de Odaların yasalara uygun olarak çalışmalarında titiz davranmaları gerektiğini, yeni yasayla sevklerin kalktığını bildirdi.

– Toplantının ikinci gününde sözalan ve toplantıya gözlemci olarak katılan İzmir Odası Genel Sekreteri Dr. Levent Özses; Türkiye'de sağlık hizmetleri içinde dişhekimliği hizmetlerinin yerinin belirlenmesinin zamanı geldiğini vurgulayarak, Ağız - Diş sağlığı hizmetlerine ilişkin uzun erimli politikanın oluşturulması gerekliliğini savundu, -Bu politika içinde serbest çalışan dişhekimlerinden ilk basamak sağlık hizmeti üreten birimler olarak yararlanılması gerektiğini ve okul hekimliklerinin oluşturularak koruyucu dişhekimliği hizmetlerine ağırlık verilmesini istedi. Eğitim konusunu dişhekimi ve teknisyen eğitimi olarak ikiye ayırıp; teknisyen eğitiminin orta okul sonrası meslek lisesi şekline getirilmesini ve teknisyenlerin çalışma esaslarının belirlenmesinin gerekli şekilde biran önce düzenlenmesini istedi. -Dişhekimlerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinin düzenlenmesinde Birliğe büyük görevler düştüğünü belirtti, -Kamu kesiminde ve Üniversitedeki meslektaşlarımızın sorunlarıyla daha yakından ilgilenilmesi gerektiğini vurguladı.

Konukseverlik'den güzel örnekler veren Diyarbakır ve Vanlı meslektaşlarımızın dostlukları ile sıcak ilgileri toplantıya katılan bizleri birbirimize daha da yakınlaştırarak sorunların çözümünde bir adım daha atmamıza yardımcı oldu. Tekrar Teşekkür ediyorum.

Bu güzel toplantıyı, türkuaz'dan laciverte kadar mavinin en güzel tonlarını sergileyen Van gölünün çerçevesi içinde, her zaman anacağız.

Dayanışmanın güzel bir örneği

Dt. Hüsnü Çuhadar
Ankara Dişhekimleri Odası
Genel Sekreteri

★ Elbetteki bir örgütlenmenin demokratik yapısını sadece seçimler oluşturmaz. Onun demokratik yapısını oluşturan temel öğelerden biri de, hem tek tek üyelerinin, hem de o mesleği temsil eden örgüt üst yapısının demokrasi kavramının getirdiği her türlü temel kazanımları kullanabilmesi ile de ölçülmelidir.

Ülkemizde demokratik meslek örgütleri Anayasanın 135. maddesine göre kurulan ve özel kanunları ile görevlerini sürdüren kamu kurumu niteliğindeki kuruluşlardır.

Meslek örgütlerinin demokratik yapısını, örgüt üyesi meslek mensuplarının, örgütün tüm organlarını gizli oy, açık tasnif esasına göre seçmeleri oluşturur. Elbetteki bir örgütlenmenin demokratik yapısını sadece seçimler oluşturmaz. Onun demokratik yapısını oluşturan temel öğelerden biri de, hem tek tek üyelerini, hem de o mesleği temsil eden örgüt üst yapısının demokrasi kavramının getirdiği her türlü temel kazanımları kullanabilmesi ile de ölçülmelidir. Ve bir örgüt bu demokratik kazanımları kullanabildiği ölçüde güçlüdür. Bugün bütün Avrupa ülkelerinde çalışanların, kurdukları örgütleri aracılığı ile sendikalı mücadeleleri demokratik bir haktır ve o meslek grubu bu hakkını yasaksız bir biçimde kullanmaktadır.

Ülkemizde ise, meslek örgütlerinin gelişmesini, toplum içinde güçlenmesini, mesleki sorunların çözümündeki etkinliğini ve en önemlisi mesleki konularını ilgilendiren toplumsal sorunlardaki çabalarını engelleyici maddeler hem Anayasadaki 135. maddede, hem de kendi özel kanunlarında yer almaktadır.

Ülkemizde meslek örgütlerinin bugünkü yasaları üç aşağı beş yukarı aynıdır. Temelini yasakçı ve kısıtlayıcı bir anlayışın oluşturduğu bu kanunlarla etkili olmak oldukça güçtür. Günümüzde demokratik ülkelerdeki benzer meslek örgütlerinin sendikalı mücadeleleri demokratik bir haktır. Meslektaşlarının yurt içindeki atamaları, Üniversite eğitiminin yönlendirilmesi ve düzenlenmesi, (Fakülte açmak, fakültelere alınacak öğrenci sayısını tespit etmek, eğitimi standardize etmek gibi) meslek içi eğitimlerinin sağlanması, kendilerini ilgilendiren konularda kanun çıkarılmasına katkıda bulunmak gibi konularda oldukça etkili olduklarını bilmekteyiz. Bizde ise, ülkemizdeki sağlık hizmetlerini temelinden sarsan, çığ gibi büyüyen sağlık sorunlarını çözeceği iddia edilen, ayrıca Türk Tabipler Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Veteriner Hekimleri Birliği ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin 50 bine yakın üyesini yakından ilgilendiren (Özel çalışanların SSYB tarafından meslekten men cezası almaları gibi) SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU yukarıda belirtilen dört sağlık meslek örgütüne bilgi bile verilmeden hazırlanmıştır.

Dişhekimlerinin günümüzde mesleki ve konularını ilgilendiren halk sağlığı sorunlarının bu denli çoğalmasındaki asıl nedenlerden biri de, yukarıda saydığımız ve daha da çoğaltılabilecek yetkilerin asıl sahiplerinde değil de başkalarının elinde olmasından kaynaklandığıdır.

★ Temelini yasakçı ve kısıtlayıcı bir anlayışın oluşturduğu bu kanunlarla etkili olmak oldukça güçtür. Günümüzde demokratik ülkelerdeki benzer meslek örgütlerinin sendikalı mücadeleleri demokratik bir haktır.

Yetkileri bu denli kısıtlanmış bir meslek örgütünden ve onun yönetici kadrosundan, biriken sorunların çözümünü beklemek olanaklı değildir. Bütün bu olumsuzluklara karşın, meslek örgütlerinin etkili bir güç olması, mesleki ve toplumsal konularda üzerlerine düşen görevleri yapmaları mümkündür. Bunun da en önemli kriteri örgüt çalışmasına katılım, mesleki dayanışma, birlik, beraberlik ve mesleki sorunların ülkenin sosyal ve ekonomik sorunları ile iç içe olduğunu kavramaktır.

Mesleki dayanışmanın güzel bir örneğini geçtiğimiz aylarda ANKARA'da yaşadık. Bilindiği gibi S.S.K. dişhekimlerini komik denecek bir ücret ile anlaşmalı olarak çalışmaya zorlamaktadır. 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği kanunu ve ayrıca vergi kanunları dişhekimlerinin Asgari muayene ve tedavi ücretlerinin altında çalışmasını yasaklamaktadır. Ancak daralan iş hacmi ve anlamsız bir rekabet, bir çok yerde S.S.K.'nın dişhekimlerini çok düşük ücretle çalıştırmasına olanak vermekteydi. Bu durum dişhekimlerimizi hem çok düşük ücretle çalışmaktan, hem de yasalara karşı olmaktan dolayı rahatsız etmekteydi.

S.S.K. yetkilileri ile yapılan görüşmelerde ise "Biz bir malı veya hizmeti alabildiğimiz en düşük ücrete almak isteriz. Yasalar veya yasanızın bu durumu suç sayması bizleri ilgilendirmez karşı tarafı ilgilendirir. Siz kendi meslektaşlarınıza sahip olun, onları disipline edin. Bizler istediğimiz ücrete çalıştıracak dişhekimi bulamazsak o zaman sizlerin tedavi ücretlerini düşünürüz" diye bir ifade kullanmışlardı. Bu ifadenin kişiyi suça teşvik ettiği savı ile S.S.K. hakkında kanuni yolları da araştırmaktan geri kalmadık. Ancak S.S.K.'nın bu tavrına karşı en büyük tepki meslektaşlarımızdan geldi. Çankırı ili ve Beypazarı, Çayırhan, Nallıhan, Polatlı ilçelerindeki ve diğer bölgelerden kişisel olarak bir çok meslektaşımız oda aracılığı ile S.S.K. ile olan anlaşmalarını tek taraflı olarak iptal ettiler.

★ Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Veteriner Hekimleri Birliği ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin 50 bine yakın üyesini yakından ilgilendiren (Özel çalışanların SSYB tarafından meslekten men cezası almaları gibi) SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU yukarıda belirtilen dört sağlık meslek örgütüne bilgi bile verilmeden hazırlanmıştır.

Diğer illerdeki odalarımızın da buna benzer çalışmalarının olması ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin girişimleri bu dayanışmanın daha da etkili olmasını sağladı. S.S.K.'nın kendi kurumlarında ağız ve diş sağlığı hizmetini verememesi ve dışarıdan bu hizmeti alabilecek hekim bulamaması, kuruma bağlı sendikalı işçilerin de sendikaları aracılığı ile harekete geçmelerine neden oldu.

★ Biz anlaşma yapmazken, anlaşma yapıp hem yasalara aykırı çalışan, hem de haksız bir rekabet ortamı yaratanlar olursa, bunlar karşısında mağdur olmamızın önlenmesini oda yönetiminden istiyoruz.

Bütün bu olaylar S.S.K. Genel Müdürlüğünün 13.8.1987 tarih ve 562307 sayılı emirleri ile diş çekimi ücretinin 1.500.-TL, dolgu ücretlerini 2.000.-TL (K.D.V. içinde) çıkarmaya zorladı. Ankara Sağlık İşleri Müdürlüğü aracılığı ile acele başlıklı bu Genel Müdürlük emri anlaşmalı ve anlaşmasını iptal etmiş dişhekimlerine gönderildi. Bu gelişme üzerine yine bir çok meslektaşımız odaya başvurarak anlaşmalarını yenilemeyeceklerini S.S.K'ya bildirdiklerini ifade ettiler. Ancak anlaşmayı kabul etmeyen meslektaşlarımızın bizlerden bir isteği oldu. "Biz anlaşma yapmazken, anlaşma yapıp hem yasalara aykırı çalışan, hem de haksız bir rekabet ortamı yaratanlar olursa, bunlar karşısında mağdur olmamızın önlenmesini oda yönetiminden istiyoruz." dediler.

Meslektaşlarımızın bu özverili ve tutarlı davranışlarından sonra bu dayanışmayı daha da yükseltmek tüm meslektaşlarımıza düşmektedir. Bu dayanışmaya uymayan dişhekimlerini takip etmek ve gereken yasal işlemleri yapmak da Ankara Dişhekimleri Odası yönetimi için bir görev olmaktadır.

BU UYGULAMALARLA İLGİLİ BELGELER AŞAĞIDA VERİLMEKTEDİR.

Belge - 1

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI
Yönetim Kurulu Başkanlığı

No.: 155/87

Ankara 22.4.1987

S.S.K. Sağlık İşleri Müdürlüğü

ANKARA

Aşağıda ismi, soyad ve adresleri yazılı olan odamız üyesi dişhekimleri yasalarımıza göre T.D.Birliği'nin tespit ettiği Asgari Ücret Tarifesi altında çalışamayacaklarından, ekli dilekçeler ile Kurumunuzla olan anlaşmalarının Asgari Ücret Tarifesine göre yenilenmesini aksi takdirde, Kurumunuzla olan anlaşmalarının feshini Odamız aracılığıyla Kurumunuza bildirmemizi istemişlerdir.

Gereğinin yapılmasını saygılarımızla arz/rica ederiz.

Dt. Hüsnü ÇUHADAR
Ankara Dişhekimleri Odası
Genel Sekreteri

Belge - 2

SSK. Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne,
ANKARA

T.D.H.B. kanunu gereğince Ankara Dişhekimleri Odası, onayıp kayıtlı dişhekimlerinin asgari ücret tarifesinin altında fiatlarla çalışılmasına mani olmaktadır. SSK. ile ancak Ankara Dişhekimleri Odası'nın tesbit etmiş olduğu 1987 yılı Asgari Muayene ve Tedavi Ücret Tarifesi ile çalışabileceğimizi, anlaşmalarımızın bu sınırlar içinde yenilenmesini, aksi takdirde, SSK ile yapılan anlaşmalar aşağıda isimi ve adresleri belirtilen dişhekimlerinin SSK. ile sözleşmelerinin feshi için gereğini saygılarımızla arzederiz.

Dt. Mesrure Karadede
Milli Egemenlik Cad.
No: 25 Beypazarı

Dt. Birsin Cirar
Milli Egemenlik Cad.
No: 46 Beypazarı

Dt. Necdet Tunç
Milli Egemenlik Cad.
No: 29 Beypazarı

Dt. İbrahim Şeker

Dt. Muzaffer Ören
Eski Belediye Sok. No: 6/8
Beypazarı

Dt. Şefik Türkay
Belediye Hizmet Binası
Üst Kat Nallıhan

Dt. Musa Başaran
Bursa Cad. No: 11
Nallıhan

Dt. Haldun Akıner
Cami sok. No: 9
GAYLICA

T.D.H.B.
ANKARA DİŞHEKİMLERİ
ODASI
TAR
140/87
TARİH 24.7.1987

Belge - 3

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI
Yönetim Kurulu Başkanlığı

No: 359/87

Sosyal Sigortalar Kurumu
Genel Müdürlüğüne
ANKARA

Aşağıda isim, soyad ve adresleri yazılı POLATLI'da çalışan odamız üyesi dişhekimleri, yasalarımıza göre Türk Dişhekimleri Birliği'nin tespit ettiği "Asgari muayene ve tedavi ücretleri tarifesi" altında çalışmayacağından, ekli dilekçeleri ile kurumunuzla olan anlaşmalarının T.D.H.B. Asgari muayene ve tedavi ücretleri tarifesi'ne göre yenilenmesini aksi takdirde kurumunuzla olan anlaşmalarının feshini odamız aracılığı ile kurumunuza bildirmemizi istemişlerdir.

Gereğinin yapılmasını ve odamıza bilgi verilmesini arz/rica ederiz. Saygılarımızla,

Ankara Dişhekimleri Odası

EKİ:
EK—A/ 1 adet T.D.H.B. Asgari muayene ve tedavi ücretleri tarifesi
EK—B/ 4 adet Dilekçe fotokopisi.

DAĞITIM:
Gereği:
S.S.K. Genel Müdürlüğüne
S.S.K. Ankara Bölge Müdürlüğüne
S.S.K. Polatlı Sağlık İşleri Müdürlüğüne
DİŞHEKİMLERİ İSİM VE ADRESLERİ:
1. Dt. Ahmet ERTUĞRUL
Eti Cad. No: 1 POLATLI
2. Dt. Ferudun HATİPOĞLU
Eti Cad. No: 10/22 POLATLI
3. Dt. Kadir KOÇOĞLU
Necatibey Cad. No: 48/1
POLATLI
4. Dt. Esra TÜZÜN
Yavuz Selim Cad. No,
80/17 - POLATLI

Belge - 4

ANKARA DİŞ HEKİMLERİ
ODASI BAŞKANLIĞI'NA
ANKARA

S.S.K. ile olan anlaşmamızın Türk Dişhekimleri Birliği Asgari muayene ve tedavi ücretleri altında olması nedeni ile odamız kanalı ile, yasalara karşı suçlu duruma düşmemiz açısından, anlaşmamızın asgari muayene ve tedavi ücretleri tarifesine uygun yenilenmesinin, aksi takdirde anlaşmamızı fesh ettiğimizin ve bu dilekçe tarihinden itibaren S.S.K. hastalarına bakmayacağımızın odamız aracılığıyla S.S.K.'ya bildirilmesini,
Arz ederiz. 10.7.1987

DİŞ HEKİMİ
Kadir KOÇOĞLU
Necatibey Cad. 48/1
POLATLI

DİŞ HEKİMİ
Ahmet ERTUĞRUL
Eti Cad. No: 1
POLATLI

DİŞ HEKİMİ
Ferudun HATİPOĞLU
Eti Cad. No, 10/22
POLATLI

DİŞ HEKİMİ
Esra TÜZÜN
Yavuz Selim Cad. No:80/17
POLATLI

Belge - 5

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI
Yönetim Kurulu Başkanlığı

No: 406/57

Türk Dişhekimleri Birliği Başkanlığı'na
ANKARA

Ankara Dişhekimleri Odası bölgesindeki S.S.K. ile anlaşmalı dişhekimlerinin odamız aracılığı ile anlaşmaları tek taraflı olarak iptal edilmişti. Bu gelişmeden sonra S.S.K. Ankara Sağlık İşleri Müdürlüğünden ekte fotokopisi bulunan yeni anlaşma yazısı dişhekimlerine gönderilmiştir.

Yine basından izlediğimiz kadarı ile TÜRK—İŞ'in Diş tedavi ve protez ücretlerinin günün koşullarına göre artırılması yönünde bir çalışması olduğunu öğrenmiş bulunmaktayız.

Bu durum bilindiği gibi çok düşük ücrete çalıştırılmak istenen meslektaşlarımızın lehine bir gelişme olarak, yönetim kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Birliğimizin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, S.S.K. ve TÜRK—İŞ nezdinde girişimde bulunarak dişhekimlerinin beklediği ücret tarifesine göre sözleşme yapılmasının sağlanması yönünde çaba gösterilmesini saygılarımızla arz ederiz.

Ankara Dişhekimleri Odası

EKİ:
S.S.K. Ankara Sağlık İşleri
Müdürlüğü yazısının sureti.

Belge - 6

Cumhuriyet, 23.8.1987

ANALIK YARDIMI YÜKSELECEK

Türk - İş'in uyarısı üzerine, S.S.K., ağız protezleri bedeli, analık ve emzirme yardımı ile yol paraları karşılıklarının yükseltilmesi ile ilgili çalışma yapıyor. Türk - İş, bu sigorta yardımlarının yükseltilmesi konusundaki istemine gerekçe olarak da, "yardım miktarlarının, günün ekonomik şartlarına göre ihtiyaca cevap vermekten çok uzak kaldığını" gösterdi.

Belge - 7

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU
ANKARA SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: IV/B - 50
Konu: Çekim ve dolgu ücretleri

Dr. Ferudun Hatipoğlu
Eti Cad. H.Halil İşhanı
Kat. 1 No: 10/20
Polatlı/ANKARA

Genel Müdürlüğümüzün 13.8.1987 tarih 562307 sayılı emirlerinde; Her türlü diş çekimi 1.500.-TL. her türlü dolgu tedavisinin de 2.000.-TL'sı ücretler üzerinden (Ücretlere KDV dahildir) Sözleşmelerin devamı mümkün olabilir denilmektedir.

Bu fiyatlar üzerinden görevinize devam edip etmeyeceğinizin acilen bildirilmesini aksi taktirde sözleşmelerinizin feshi cihetine gidileceğini,

Bilgilerinize rica ederiz.

Dr. Ayten HATİBOĞLU
Müdür Yardımcısı

Tülay ERKOÇ
Memur

Belge - 8

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI
Yönetim Kurulu Başkanlığı

Sayın Üyemiz,

S.S.K. Ankara Bölge Müdürlüğü'nün diş çekimleri için 1.500.-TL, diş dolguları için 2.000.-TL, ödeme koşulu ile yeniden anlaşma yapmak için dişhekimlerine yazı gönderdiğini öğrenmiş bulunmaktayız.

S.S.K.'nın bu artışı kendi isteği ile yapmadığı bir gerçektir. ÇANKIRI, POLATLI, BEYPAZARI, NALLIHAN, ÇAYIRHAN ve diğer bölgelerdeki bir çok meslektaşımızın S.S.K.'nın ödediği muayene ve tedavi ücretlerinin çok düşük olmasından ötürü Odamız aracılığı ile anlaşmalarının tek taraflı iptal edilmesiyle gerçekleşmiştir. Bu durum meslektaşlarımızın birlik, beraberlik ve dayanışması sonucu ortaya çıkmıştır. Meslektaşlarımız bu kararlılığını sürdürdüğü taktirde S.S.K.'nın dişhekimlerini çok düşük ücretle çalıştırma olanağı ortadan kalkacaktır.

S.S.K. bünyesindeki sendikalı işçilerin ve TÜRK—İŞ'in Diş tedavi ve protez ücretlerinin günün koşullarına göre düzenlenmesi için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı nezdinde girişimi olduğunu öğrenmiş bulunmaktayız. Ayrıca B'rliğimizde bu konuda çalışmalar vardır.

Bu nedenle S.S.K. Ankara Bölge Müdürlüğünden gelen yeniden sözleşme isteğini kabul etmememiz hem sizler açısından hem de mesleğimiz açısından yararlı olacaktır. Gereğini bilgilerinize rica ederiz.

Saygılarımızla

Ankara Dişhekimleri Odası

Belge - 9

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI
Yönetim Kurulu Başkanlığı

Sayın Üyemiz,

S.S.K. bilindiği gibi Dişhekimi meslektaşlarımızı çok düşük ücretle anlaşmalı olarak çalışmaya zorlamaktaydı. Bir çok meslektaşımızın bu duruma tepki olarak oda aracılığı ile sözleşmelerini iptal etmesinden ve odamızın çabalarından sonra S.S.K. Ankara Sağlık İşleri Müdürlüğü 13.8.1987 tarih 562307 sayılı Genel Müdürlük emrini 27.8.1987 tarih 43482 sayılı yazısı ile ACELE başlıklı olarak sözleşmesini iptal eden dişhekimlerine ve diğer anlaşmalı diş hekimlerine göndermiştir. Bu yazılarında diş çekimi ücretini 1.500.-TL'ye dolgu ücretini 2.000.-TL'ye (K.D.V. içinde) çıkardıklarını bildirerek, sözleşmelerini yenilemelerini istemişlerdir.

Yukarıda belirtilen ücretler T.D.H.B. Ankara Dişhekimleri Odası bölgesindeki Asgari muayene ve tedavi ücretleri tarifesinin altında olduğundan ve yasalarımızın Dişhekimlerinin Asgari Muayene ve tedavi ücretleri tarifesi altında çalışmasını yasakladığından, meslektaşlarımızın birçoğu anlaşmalarını yenilememiştir.

Yasalarımıza aykırı olarak S.S.K. ile anlaşma yapmış dişhekimlerimizde en geç 1 ay içerisinde bu anlaşmalarını iptal etmedikleri taktirde haklarında 3224 sayılı yasa ve T.D.H.B. Disiplin Yönetmeliği gereğince işlem yapılacağını bildirir. gereğini rica ederiz.

Saygılarımızla

Ankara Dişhekimleri Odası

Bir görüş:

Toplum İçinde Meslek Odaları

Dr. Caner FİDANER

DEĞİŞEN ODALAR

Son yıllarda, meslek odalarının toplum içindeki etkinliğinin günden güne arttığını gözlüyoruz. Artık genel kurullar "usulen" değil, çok sayıda üyenin katılımıyla gerçekleşiyor. Kamuoyu, çeşitli konularda meslek odası görüşünü merak ediyor. Artık meslek odalarını bütün bütüne dışta bırakarak önemli yasal değişiklikler yapılamıyor. Bütün bu gelişmeler birer rastlantı olamaz. Doğrusu, artık meslek odası, bundan on yıl önceki meslek odası değildir. Nasıl ki bu on yıl içinde gerek toplumda, gerek meslek çevresinde değişiklikler olduysa, odalarda da önemli değişiklikler olmuştur.

Toplumsal değişiklikler, bizim dışımızda gerçekleşiyor. Yani biz farkına varsak da, varmasak da bu değişiklikler oluyor. Ama biz bu yeni koşulları bazen görebiliyoruz, bazan da göremiyoruz. Görebilirsek, kişi olarak olsun, oda olarak olsun adımlarımızı ona göre atabiliyoruz. Göremezsek, çevremize şaşkın şaşkın bakıyoruz, bazan anlayamadığımız gelişmelerden sorumlu tuttuğumuz kişilere öfkeleniyoruz, hatta kimi zaman ileriye doğru akan suları geri götürmeye uğraşıyoruz. Oysa insan bilincimize yakışan, toplumsal gelişme sürecini ve bu süreç içinde gerek mesleğimizin, gerek odamızın nereden gelip nereye gittiğini anlamaya çalışmak.

ODANIN BİLİNCİ

İnsanlar sürekli olarak çevreyi anlama çabası içindedirler. Ancak bu çaba birbirinden farklı iki düzlemde ortaya çıkabilir: Birincisi, **bireysel düzlemde**. Bunu, düşünebilen her insanın doğal bir etkinliği saymak gerek. Herkes çevresinde neler olup bittiğini belli bir ölçüde düşünür, anlamaya çalışır. Ama bu çabanın her zaman yeterli düzeyde olduğu söylenemez. **Bernard Shaw** der ki: "İnsanların çoğu yılda bir - iki gün düşünür. Ben haftada bir gün düşünerek Nobel kazandım."

İnsanın bireysel düzlemde dünyayı algılama çabası, öznel bir seçimdir ve doğrudan doğruya o kişinin sorumluluğundadır. Aydın sorumluluğunun bir gereği olarak kişi bu yönde belli, sistemli bir çaba harcamalıdır.

Çevreyi anlama çabasının ikinci şekli ise, **kurumsal düzlemde** ortaya çıkar. İnsanların tek tek dünyayı algılamaları, kurumlarda bir araya gelir, yeni bir düzlemde yeniden üretilir. Böylelikle kurumun bilinci, üyelerin tek tek bilinçlerinin toplamından daha fazla bir şey olur. Bu sürecin yürümesi ve kurumsal düzlemde algının oluşması için bir tek yol vardır: İnsanların ortak konularını bir arada tartışmaları, ortak sonuçlara varıp bu sonuçları uygulamaları. Bu çabalarla, bu yöntemlerle, bir **ortaklaşa bilincin** oluştuğunu söyleyebiliriz.

Bu ortaklaşa bilinç, başta genel kurullar olmak üzere kurumun her türlü toplantısında dile gelecektir. Yine bu ortaklaşa bilinç, örneğin yönetim kuruluna şu ya da bu kişinin seçilmesinde somut anlatımını bulur. Yönetim kurulunun her karar alma sürecinde bu ortaklaşa bilincin etkisi gözlenebilir.

Ancak her kurumda ortaklaşa bilincin düzeyi birbirinin aynı değildir. Ortaklaşa bilincin düzeyini, ortaklaşa çalışmanın düzeyi belirler. Yani bir kurumda kurum içi demokrasi, ya da yaygın ve geniş bir tartışma ortamı varsa, seçilen kurullar da tabanı iyi temsil edebilir. Yine böyle bir ortamda, kurumun toplantıları, örneğin bir yönetim kurulu toplantısı ya da bir genel kurul, tabanın isteklerine yanıt verir.

Demokratik bir ortamda yapılan toplantılar, bir yandan ortaklaşa bilincin oluştuğu yerlerdir, öte yandan da bu ortaklaşa bilincin etkisi altında gerçekleşirler. Yani nasıl bir evin temizliği mutfağından belli olursa, bir kurumdaki örgüt içi demokrasinin düzeyi de toplantılarda ortaya çıkar.

ODA NE DEĞİLDİR?

Bütün bu mekanizmalar, meslek odasının nasıl işlemesi gerektiği hakkında fikir veriyor. Ama bir meslek odasının tem görevini, varlık nedenini tanımlamadan önce odanın ne olmadığı üzerinde de durmak gerekiyor. Bu konuda bir kaç örnek verelim:

Oda, bir kaç kişinin çay içmek için uğradığı ve birbirlerine anılarını anlattığı bir kıraathane mi dir? Hayır. Elbette, odada çay da içilir, sohbet de edilir. Ama bu özellik odanın temel bir niteliği değildir.

Oda, hekimlerine sosyal toplantı gereksinimlerini karşılamak için kurulmuş, yalnızca ballı, yemekli toplantı, vb. düzenleyen bir klüp müdür? Hayır. Elbette meslek odası sosyal toplantılar da yapar, yapmalıdır, ama odanın ayırcı özelliği bu da değildir.

Oda, bir kaç yöneticinin insanları yönetme meraklarına ya da kariyer özlemlerine yanıt veren bir

makam mıdır? Hayır. Kuşkusuz odanın amatör çalışanları arasında gerçek amacı bu olan kişiler de bulunabilir. Oda, içinde bulunduğu gelişme düzeyine göre, bu tip kişilerin yaratabileceği zararları telafi edebilir. Ama kendi çıkarları için oda çalışmalarına katılan kişilerin sayısı belli bir yüzdeyi geçti mi, hem odaya hem de mesleğe zarar vermeleri kaçınılmaz olur. Sonuçta bu kişiler er ya da geç odanın sağlıklı mekanizmaları tarafından dışta bırakılırlar. Demokratik süreçlerin işlemesi ve üyelerin, tabanın odaya sahip çıkması, bu dışta bırakma olgusunu çabuklaştırır. O halde odanın varlık nedeni, kendi kariyer özlemleri için çalışan insanlara bir zemin yaratmak da değildir.

Resmi yönetim kademelerinde istediği, belki de hakettiği etkinliği gösterememiş meslektaşlar vardır. Örneğin resmi sağlık örgütünde sağlık politikalarının oluşmasında kendisine yeterli fırsat tanınmamış hekimler bulunabilir. Meslek odası, bu kişilerin resmi politikaya karşı bir seçenek oluşturmak için seçtikleri bir kurum mudur? Hayır. Buraya bir not eklemek gerek: Oluşturulacak meslek politikalarına odaların katkısı en üst düzeyde olmalıdır. Örneğin sağlık politikası, ya da hekimlik politikası oluşturulurken hekim odaları bu sürece etkin biçimde katılmalıdır. Ancak bu katkı odanın hekim haklarını savunma şeklindeki görevinin bir türevi olduğu ölçüde başarılı olabilir. Örneğin, hekimlerin odası, farklı sağlık politikaları arasından hekimlerin yararına olanı ayırdetmek ve onu savunmakla görevlidir. Ama meslek odasının temel, birincil görevi resmi politikalara karşı seçenekler oluşturmak da değildir.

Bu olumsuz tanımları sıraladıktan sonra, şimdi olumlu tanıma gelebiliriz.

Meslek odası, hem genel olarak dünyayı, hem de özel olarak temsilcisi olduğu mesleğin bu dünya içindeki yerini anlamak isteyen meslektaşları bir araya getiren, bu meslektaşların hem özel olarak kendilerini, hem de genel olarak mesleği geliştirme çabalarını etkin hale getirmelerini sağlayan toplumsal bir kuruluştur.

Bu açıdan bakıldığında, "meslek odası bir kamu kuruluşudur" şeklindeki tanımlamalar eksik ve yetersiz kalmaktadır. Çünkü oda yöneticileri, meslektaşlarla resmi kurumlar arasında bir aracı değil, meslektaşların doğrudan doğruya temsilcisidirler ve sorumlu oldukları bir tek makam vardır: Kendilerini seçen meslektaş kitlesi.

Odanın asli ve birincil işlevi, görevi, meslektaşların haklarını savunmak ve geliştirmektir. Oda üyeleri ve yöneticileri, farkına varsalar da varmasalar da bu durum değişmez. Ancak geçtiğimiz yıllarda çeşitli odaların üyelerinin ve yöneticilerinin bu gerçeği giderek daha fazla farkettiklerini gözlüyoruz.

GERÇEK TEMSİLCİLİK

Oda, meslektaşların, hekim odası hekimlerin temsilcisidir. Ancak temsilcilik iki türlü olur: 1.**Biçimsel temsilcilik**, 2. **Gerçek temsilcilik**. Bu iki tip temsilcilik aynı kişi ya da kuruluşta toplanabildiği gibi, bazan farklı kişiler bu özellikleri taşıyabilir.

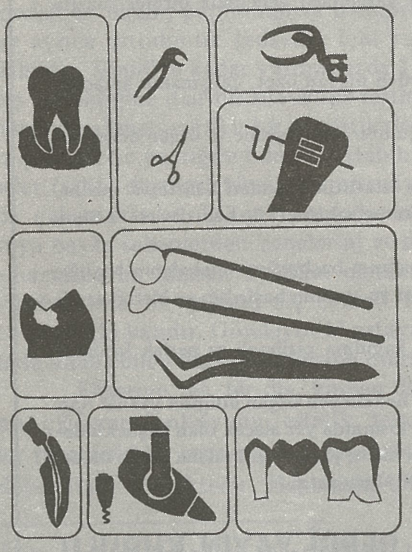
Lise öğrencilerinin oluşturduğu bir sınıf düşünelim, sınıf mümessilini öğretmen seçmiş olsun. Kurallar öngörüyorsa, öğretmenin seçtiği çocuk, diyelim Ali, biçimsel yönden temsilcidir, okul yönetimine karşı sınıfı temsil eder. Ama eğer öğretmen Ali'yi seçerken arkadaşları adına konuşabilme niteliğini değil de, örneğin müzevirciliğini önemli bulduysa, Ali sınıfın gerçek temsilcisi olmayabilir. Gerçek bir temsilci seçmenin en güzel yolu, elbette sınıf öğrencilerinin kendi temsilcilerini seçmeleridir. Ama her koşul altında öğrencilerin seçtiği kişinin kendi gerçek temsilcileri olacağını sanmak da yanlıştır. Örneğin, öğrenciler öğretmenin tutumundan etkilenerek, çekinerek oylarını değiştirebilirler, ya da gerçek temsilci olabilecek öğrencinin kendisini sınıfa tanıtması şu ya da bu şekilde mümkün olmayabilir, ya da engellenebilir. Öte yandan öğrencilerin bazan öğrencilerin tümü değil bir kısmı seçimi gerçekleştirebilir, ama öyle uygun bir seçim olabilir ki, seçilen kişi bütün sınıfı gerçekten temsil edebilir.

Bir topluluğun gerçek temsilcilerinin seçilmesinde, o topluluğun etkin biçimde çalışmalara katılmasının büyük payı vardır. Ancak bu gerçek katılım bir takım zorlamalarla sağlanamaz. Bunu sağlayacak olan, toplumsal değişmelerdir. Toplumsal değişmeler, meslektaşları kendi haklarını savunmaya ve bu amaçla odalarda birleşmeye itebilir. Nitekim, ülkemizde de son yıllarda odalara daha çok sahip çıkma yolunda değişiklikler olduğunu gözlüyoruz. Bunun kaynağı, kuşkusuz meslek sahiplerinin dünyayı anlama ve etkileme konusunda gösterdikleri çabaların artması olmaktadır.

Toplumsal koşullar değişiyor, meslek koşulları meslek sahiplerini yeniden düşünmeye ve odalarda birleşmeye yöneltiyor. Bu çabaların olumlu sonuç vermesi ise, odalardaki ortaklaşmacı yapıyı geliştirmekle ancak mümkün olabilecektir. Odalarda yaşanın deneyim de şunu gösteriyor: Bir oda ne denli örgütlenebilir, ne denli tabana dayanabilirse, o denli başarılı olmaktadır. Bunun farkına varan oda üyelerini, her yıl odaların çalışma düzeylerini biraz daha yükselte ceklerine de kuşku yoktur.

TDBD

DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİ



- ☐ Endodontik cerrahide transdental implantlar, Dt. Numan Kuzanlı
- ☐ Dişhekimliği aletlerinin, implant kalp pillerine bozucu tesirlerinin araştırılması, Dr. Dt. Ergun Özme
- ☐ Krom-Kobalt alaşımı-Porselen bağlantı kuvveti ve Nikel-Krom alaşımı - Porselen bağlantı kuvvetleri ile karşılaştırılması, Doç. Dr. Erol Demirel, Dr. Celil Dinçer
- ☐ Transkranial temporomandibuler eklem radyografilerinde açılamanın önemi, Dr. Dt. M. Ateş Erinanç
- ☐ Hareketli bölümlü protez planlama ilkeleri-III, Dr. Dt. Halil Uğurlu
- ☐ Dişhekimliğinde ağrı, Dr. Dt. Ümit Ülküer

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi "Dişhekimleri Klinikleri"nde basılabilecek yazılar

1- ÖZGÜN ARAŞTIRMA MAKALELERİ: Temel veya uygulamalı bilim dallarında özgün bir araştırmayı bulgularına dayanarak sunan yazılardır. Bu yazılar kısmen de olsa başka bir dergide yayınlanmamış olmalıdır. Ancak araştırma sonuçları herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ise bu makalenin dip notunda beriltilmelidir.

2- ÖN BİLDİRİLER: Yeni bir araştırmanın ön bulgularını özetle bildiren (500-800 kelimelik) yazılar.

3- EDİTÖRE MEKTUPLAR: Yazarın özgün bir gözlem veya bulgusunu bildiren, veya dergide yayınlanan makaleler konusunda okuyucuların kendi görüş deneyim ve soruları ile ilgili 100-200 kelimelik yazılar.

4- TARAMA MAKALELERİ: Uygulama veya bilimsel yönden önde gelen konularda, son araştırmaları bildiren, yeterli sayıda bilimsel makaleyi tarayarak, konuyu bugünkü bilgi düzeyinde değerlendiren makaleler. Yazarın konu üzerinde deneyimli olması zorunludur.

5- KISA DERLEMELER: Dişhekimliğinde önemli gelişmeleri son çıkan önemli makalelerden yararlanarak özetle aktaran ve yazarın bu alanda ki deneyimine ve görüşlerine göre değerlendiren yazılardır.

6- BİLİMSEL ÖZETLER: Son iki yılda uluslararası literatürde basılmış önde gelen bilimsel çalışmaların 200-250 kelimelik özetleri.

7- BİLİMSEL YAYINLAR: Yeni kitap ve bilimsel çalışmalar hakkında özetle bilgi veren makaleler.

YAZILARIN SEÇİMİ:

1- Dergi, dişhekimlerinin sürekli eğitimini amaçlar. Bunun için daha çok klinik uygulamalara yönelik yenilik ve değişiklikleri kapsayan derlemelere ve bu kapsamdaki çeviri yayınlarına yer verebilir.

2- Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulunca seçilen "Danışmanlar Kurulu" na, ilgili danışmalanlara verilir. Danışman, yazının içeriği, dili ve biçimi ile ilgili görüşlerini, birlikte gönderilen forma belirterek yayın kuruluna gönderir. Yazı işleri müdürü, danışmanın eleştirileri doğrultusunda yazardan değişiklik istemc hakkına sahiptir. Buna uyup uymamak yazarın doğal hakkıdır. Ancak yazar görüşünde ısrar ederse yazı işleri müdürünün yazıyı basmama hakkı saklıdır.

3- Dergiye gönderilen yazılar yayınlansın veya yayınlanmasın iade edilmez.

4- Dergiye gelen yazılar derginin yayın hacmine göre sonraki sayılarda yayınlanabilir.

5- Dergide yayınlanan her makalenin yazarına 5 adet ücretsiz baskı verilir.

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ "DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİNDE" BASILABİLECEK MAKALELERİN YAZILMASINDA DİKKATE ALINACAK ESASLAR:

1- Türk Dişhekimleri Birliği Dergisinde basılacak yazılar, temel veya uygulamalı bilim dallarında deneysel, klinik veya teorik araştırmalardan elde edilen bulguların yazıldığı makalelerdir. Bunlar, 29x20 cm. ebadında dosya kağıdının bir yüzüne daktilo ile ve iki aralıklı olarak yazılmalı, şema, fotoğraf, tablo ve şekiller dahil 3 örnek olarak gönderilmelidir.

2- Başlık, metindeki bilginin özelliklerini tanıtıcı nitelikte ve kısa olmalıdır.

3- Çalışmayı yapanların isim ve soyadları başlığın altında dizilmelidir. İlgili yazışmalar genellikle birinci yazarla yapılır.

4- Yazar isimlerinin altına çalışmanın yapıldığı kuruluş adı belirtilmelidir.

5- Makale, Türkçe ve İngilizce olmak üzere iki dilden yazılır. 150-200 kelimeden oluşan özet, çalışmanın amacını, kullanılan materyali, metodları ve en önemli buguları ana hatları ile belirtir.

6- Giriş bölümünde çalışmanın amacı, .öyle bir çalışmaya neden ihtiyaç olduğu literatür bilgisine ve özgün deneyimlere dayanılarak anlatılır.

7- Materiel ve Metod: Çalışmanın özgün bulguları ön planda olmak üzere ve istatistik önemleri belirterek yazılır.

8- Tartışma: Bulgular başka araştırıcıların bulguları ile karşılaştırılmalı, mümkünse sebebleri ile belirtilmeli ve tümü uygulama ve teori yönünden tartışılmalıdır.

9- Kaynaklar: Yararlanılan eserler makalenin sonunda olmalıdır: Yazarın adı, adının başharfleri, makalenin başlığı, yayınlandığı derginin adı (Uluslararası kısaltmalara uygun olarak), sonra cilt sayısı ve yazının başladığı ve bittiği sayfa numaraları ve yayınlandığı yıl belirtilmeli.

10- Şekil ve grafikler: Çini mürekkebi veya letraset ile aydinger veya kuşe kağıdına çizilmeli ve parlak fotograf kağıdına siyah-beyaz baskıları gönderilmelidir.

Yukarıda belirtilen koşullar dişhekimlerinin okul sonrası mesleki eğitimlerini hedefleyen özgün bilimsel yazılar için bağlayıcıdır. Bu tip yazılar dergimizin orta kısmında yer alacaktır. Dergimizin baş kısmında yer alacak olan Dişhekimleri Birliği yönetimi ve örgütlenmesi ile ilgili yazılar ve son kısımlarda yer alacak olan haber yazıları için daha esnek ölçütler söz konusudur. Ayrıca her türlü okuyucu mektupları yayın kurulu tarafından ele alınacaktır.

DERGİ YAYIN KURULU

Endodontik Cerrahide transdental implantlar

Numan Kuzanlı *

İlerlemiş diş çürüklerinde pulpa enfekte olduğunda endodontik tedaviye başvurulmaktadır. Ayrıca travma neticesinde pulpası harap olan dişlerde de aynı tedaviye buşvurmaktayız. Travmanın geliş açı ve şiddetine göre alveol kemiğinde çatlama veya ezilmeler de olabiliyor.

Endodontik tedaviler, aşağıda saydığım pek çok noktada zorluklarla karşılaşmaktadır.

1 — Çürük iritasyonu ile pulpa odasının veya kök kanallarının kireçlenmesi neticesinde daralma veya tıkanma.

2 — Dentikeller.

3 — Kök ucu eğrilikleri.

4 — Pulpa kanalının dallanmaları.

5 — Apexteki deltanın erken ve aşırı dallanması.

6 — Tedavi esnasında kök kanalında alet kırılması.

7 — Kanal perforasyonu veya endodontik tedavi esnasında yapılan birtakım hatalar.

8 — Kök ucu granulomları ve radiküler kistler.

Endodontik tedavide bu sayılan zorlukları aşmak mümkün olamamaktadır. Bu durumda kanal dolgusu KONTROENDİKEDİR. Yetersiz ve endodontik kaidelere uymayan kanal dolgusu kesinkes yapılmamalıdır. Bu durumda elimizde iki seçenek vardır. Dişi çekmek veya endodontik cerrahi.

1 — Dişi çekmek tabii işin en kolay yoludur.

Yapılan istatistiklere göre Almanya'da bir yılda ortalama 12.000.000 diş çekilmektedir. Bu rakam içerisinde bütün, peridontal ve periapekal rahatsızlıklar ayrıca ortodontik tedaviler için yapılan çekimler dahildir. Şimdiye kadar yurdumuzda 1 yılda ne kadar diş çekildiğine dair bir istatistiğe rastlanmadı. Zaten herşeye rağmen sağlıklı bir istatistik de yapılamaz. Zira pekçok ne yaptığını bilmez diştabibi olmayan kimseler (sahte dişçiler) büyük bir mesuliyetsizlikle ağızda çalışmaktadır. Pekçok vatandaşımızda bilgisizlik veya başka sebeplerden çenelerini ve sağlıklarını feda edercesine bu kimselere teslim olmaktadır. Kanımca yurdumuzda bir yıldaki diş çekimi 12.000.000'nun en aşağı iki katıdır. Görülüyor ki ortaya büyük rakamlarla ifade edilen diş sağlık sorunu çıkmaktadır.

Ekseriye tek bir diş, komşu dişlerin pozisyonu, çiğneme fonksiyonu, estetik, temporo mandibuler rahatsızlıklar veya diğer sebeplerden dolayı büyük değer ifade etmektedir. Hepimizin bildiği gibi eksik bir diş veya diş grubunu tamamlamak büyük emek ve masrafı gerektirmektedir. Köprü yaparken sağlam dişleri prepare etmeyi göze almak gerekmektedir. Hareketli protezlerin ise tiplerine göre başka zorlukları olduklarını da biliyoruz. İşte bu durumlarda dişi kurtarmak için ENDODONTİK CERRAHİ ve onun gerektiğinde tamamlayıcısı olan TRANSDENTAL FİKSASYON'a başvurabiliriz.

2 — Endodontik cerrahi:

Başlıca üç grupta topluyoruz.

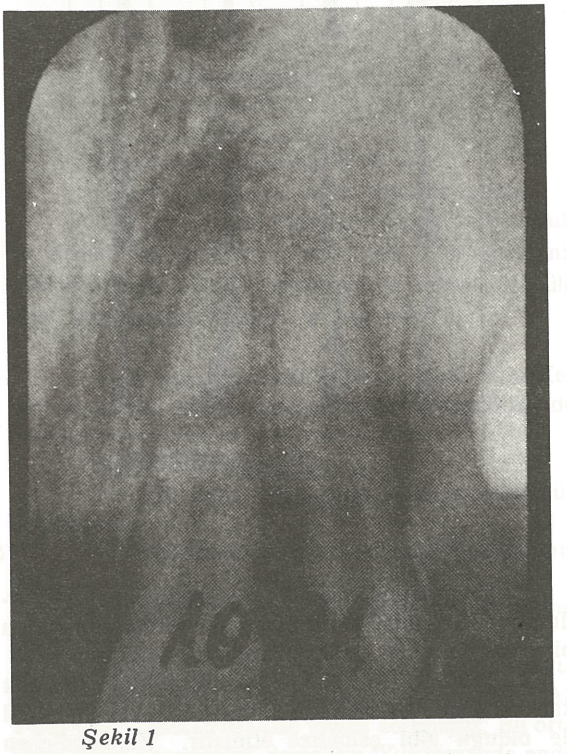
a - Rezeksiyon apikal.

b - Replantasyon.

c - Transdental fiksasyon.

Transdental fiksasyona; REZEKSİYON APİKAL veya REPLANTASYON esnasında gerektiğinde diş kökünü çenekemiğine daha kuvvetli fikse etmek için başvurulmaktadır.

Fiksasyon için porselen veya metal implantlar kullanılmaktadır. Porselen implantlar kimyasal yapı olarak Al_2O_3 dur. Metal implentlar ise titanyum veya alaşımlarıdır. Her iki implant da fiksasyon için ye-

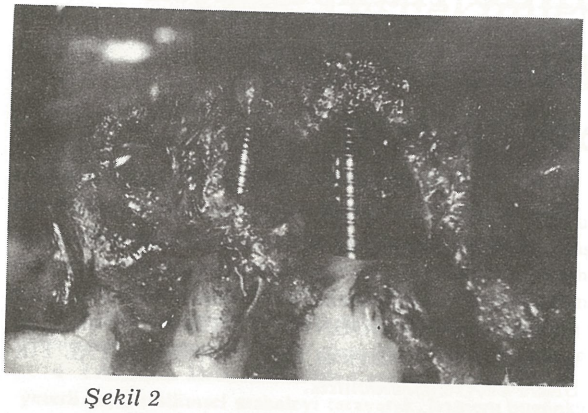


Şekil 1

Travma neticesinde iki kesici dişin 1/3 apex hizasından daha büyük kırık kökleri görülüyor. Bu vakada alveol kemiğinde zedelenme de mevcut.

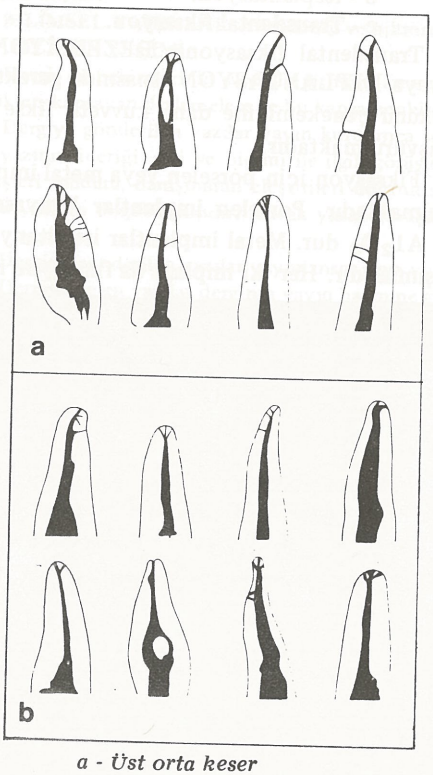
* *Dt.,Serbest dişhekimi. Atatürk Bul. 115/12*
Tel: 125 77 57 ANKARA

terli dirence sahiptirler. Aralarında kalınlık farkı vardır. Metal implantlar daha incedir.

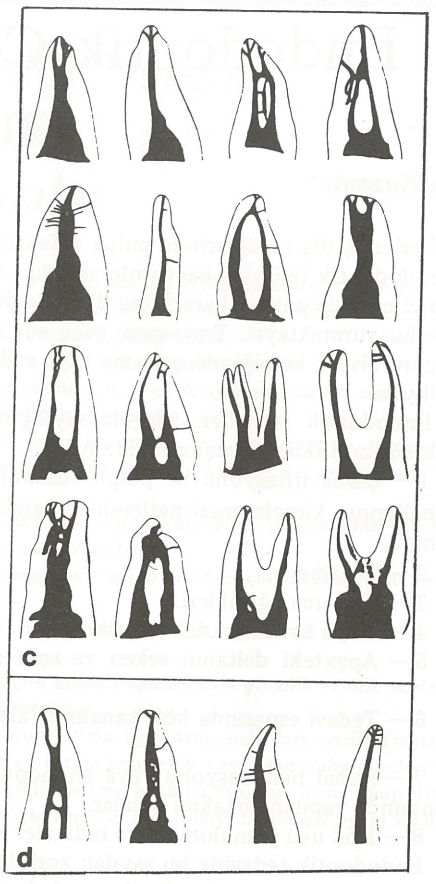


Şekil 2

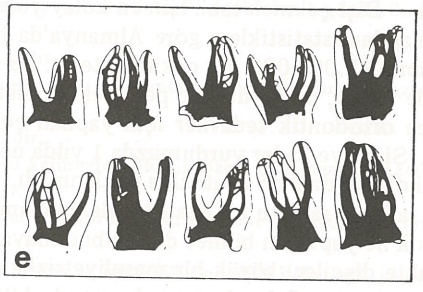
Cerrahi yolla kırılan kök uçları ve alveol parçaları temizlendikten sonra metal implantlarla dişler maksillaya transdental fiksasyonla emin şekilde bağlanmış durumda.



a - Üst orta keser
b - Üst lateral



c - Üst birinci premoler
d - Üst ikinci premoler



e - Üst birinci büyükazı

Şekil 3

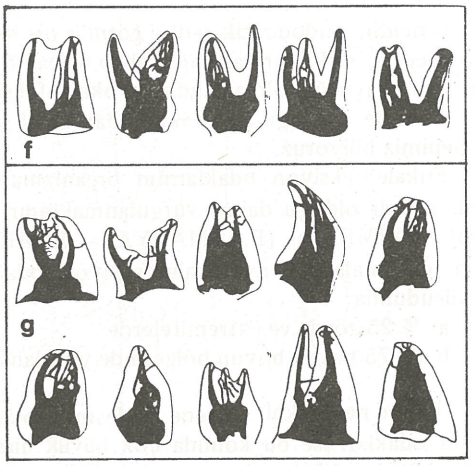
Transdental fiksasyonu anlatmadan evvel yurdumuzda üzerinde az durulan endodontik cerrahiden biraz bahsetmenin yararlı olacağına inanıyorum.

Prof.Hess'in 1955'de neşrettiği kitabında kök kanalı dallanmalarını şekil (3 ve 4) a-b-c-d-e-f-g-h-i-k-l de olduğu gibi şematize etmiştir. 'Zahnerzlichen Praxis cilt 2 sahife 538''

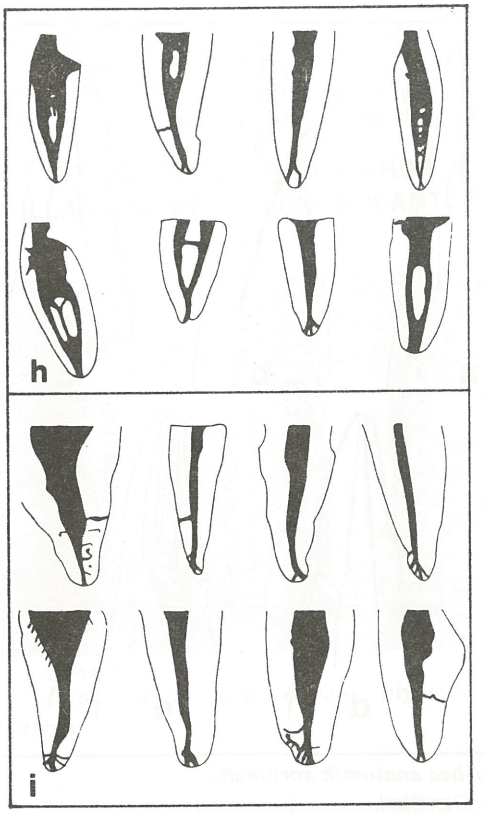
Prof.Hess'e göre kök kanal anomalileri ve apikal yöndeki dallanıp budaklanmalar ve kök kanalı eğrilikleri:

1 — Ön kesenlerde % 10 - 20
2 — Premoler ve molerlerde % 20 - 50

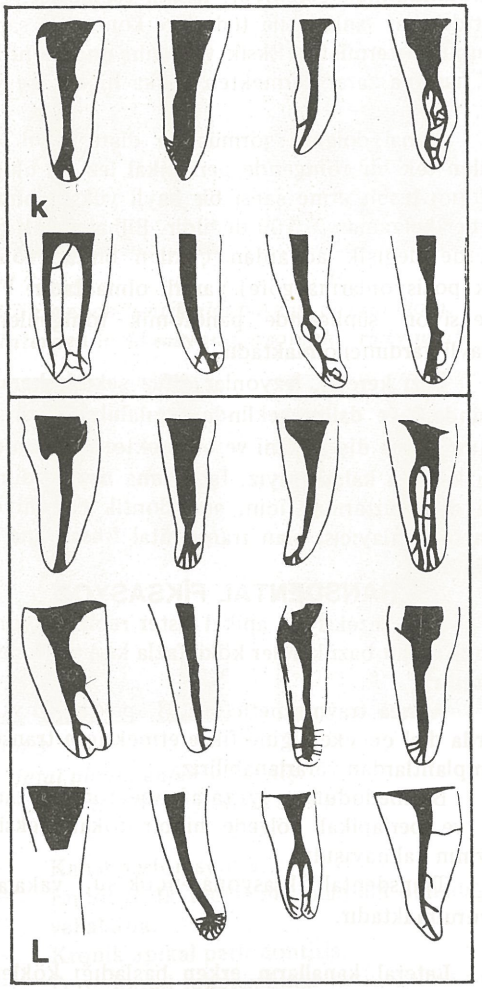
Oranında endodontik tedaviyi imkansız hale getirmektedir. Binlerce çekilmiş diş üzerinde değişik yönlerde yapılan kesitlerin incelenmesi neticesinde pulpa kanallarının apikal yöndeki dallanmaları aşağıda gösterilen oranlarda bulunmuştur.



f - Üst ikinci büyükazı
g - Üst 20 yaş dişi



h - Alt santral ve lateral
i - Alt kanin.



k - Alt birinci küçükazı
l - Alt ikinci küçükazı

Şekil 4

1 — Üst keserlerde % 20
2 — Üst küçükazılarda % 40 - 50
3 — Üst molarlarda % 60 - 80
4 — Alt keserlerde % 30
5 — Alt premolarlarda % 20 - 40
6 — Alt molarlarda % 20 - 60 oranındadır.

Prof. Hess "kök kanallarına anatomik zorluklar nedeni ile girilemeyen veya aşırı kök eğriliğinin hakim olduğu dişlerde endodontik tedavi düşünülemez" demektedir. Şekil 5 (a-b-c-d-e-f)

1014 kanal tedavisi yapılmış dişte Prof.Ketterl'in yapmış olduğu röntgen ile periapikal bölge değerlendirmeleri son derece enteresandır.

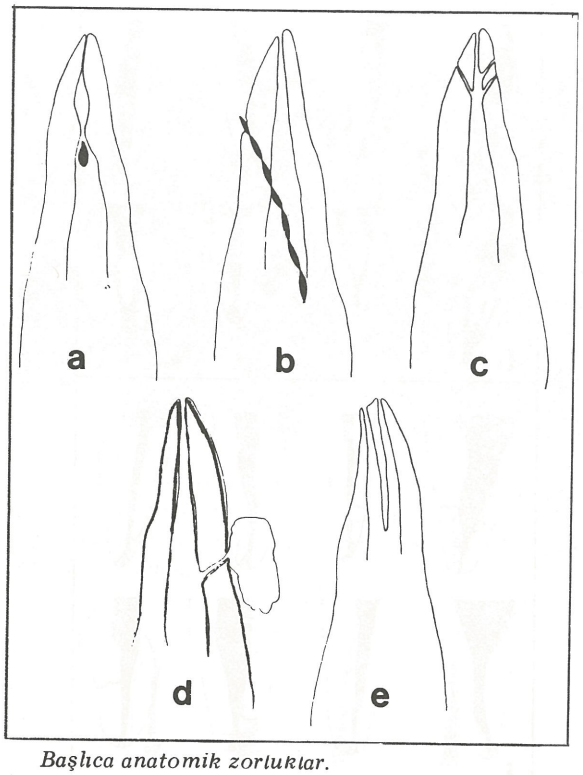
Değerlendirmeler göre:

1 — 193 dişte ideal kanal dolgusu görülmüş. % 19 başarı.

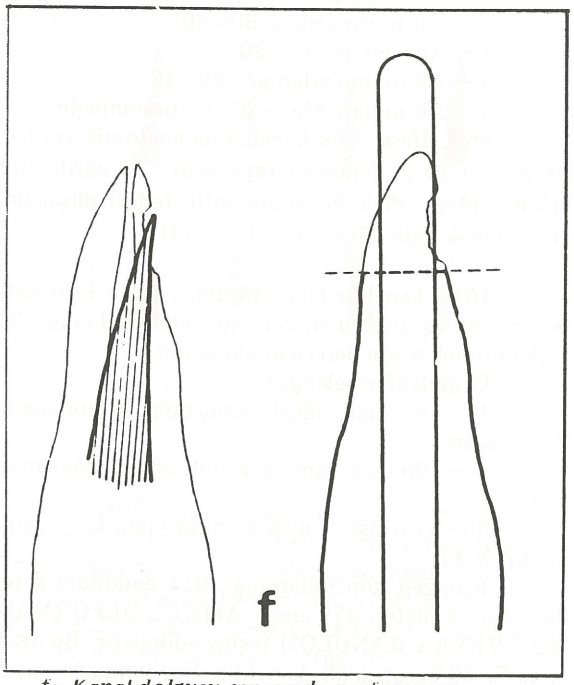
2 — 408 dişte tam kanal dolgusu yapılamamış. %40

3 — 413 dişte pulpa amputasyonu ile yetinilmiştir. % 41

Röntgen kontrollarında 1014 endodontik tedavi olmuş dişten 479 unda APİKAL DEFORMASYON VEYA GRANÜLOM teşhis edilmiştir. Bu ortalama % 48 başarısızlık demektir. Yurdumuzda endodontik tedavide başarısızlık oranının ne olduğuna dair yapılmış bir araştırmaya rastlamadım. En iyimser tahminle yukarıdaki yüzdeleri geçerli saysak bile durum



Başlıca anatomik zorluklar.
a - Dentikel.
b - Via falsa
c - Erken apikal delta
d - Pulpa kanalının kök 1/2 sinde anormal dışarı açılması.
e - Kök kanalının ikiy ayrılması.



f - Kanal dolgusu esnasında perforasyon.
g - İnterdental fiksasyonunun şematize şekli.

Şekil 5

endişe vericidir. Endodontik tedavi görmüş diş hiçbir zaman vücutta başka bir hastalığa sebep olacak fokalenfeksiyon kaynağı olmamalıdır. Fokalenfeksiyon tıbbın üzerinde durduğu ana noktalardan birisi olduğunu hepimiz biliyoruz.

Fokalenfeksiyon odaklarının organizma için nedenli zararlı olduğu daima vurgulanmaktadır. Dt. Dr.Erol SÜRMEN'in (B.ALMANYA - BRAKEL) yaptığı çalışmalara göre fokalenfeksiyon odakları insan vücudunda:

a - % 25 gövde ve extremitelerde

b - % 75 baş ve boyun bölgesinde yuvalanmaktadır.

Diş ve periapikal bölgede yerleşmiş fokalenfeksiyon odakları ise bu konuda çok büyük hisseye sahiptir. Diş enfeksiyonlarının, nevraljiform ağrılarda sinüzite, migrenden - organizmanın immun sisteminin zayıflamasına, romatizmadan - deri döküntülerine kadar pekçok rahatsızlığa sebep olduğu, meslektaşlarımız tarafından sıksık görülmektedir. Bu yüzden endodontik tedavi esnasında dişlerin anatomik durumları bilhassa pulpa kanallarının şeklini gözönünde bulundurmak gerekiyor. Klinik tecrübeler, endodontide tam anlamı ile tedavi ve kontrolun şart olduğunu göstermiştir. Eksik ve yanlış endodontik tedavi hastaya zarar vermekten başka hiçbir işe yaramaz.

Kanal dolgusu görmüş bir dişte 1 yıl sonra çekilen tek bir röntgende periapikal lezyon olup olmadığını tesbit etme şansı bir hayli yüksek olmakla beraber herzaman % 100 değildir. Bilhassa çok köklü dişlerde değişik açılardan çekilen birkaç röntgen (kök pozisyonlarına göre) yararlı olmaktadır. Fokalenfeksiyon şüphesinde panoromik röntgenler de birhayli yardımcı olmaktadır.

Bazı kereler, lezyonlar difüz şekilde kemik içerisinde ince dallar şeklinde dağılabilmektedir. Bu durumda yine diş çekimi ve osteoektomi durumu ile karşı karşıya kalmaktayız. İşte buna benzer durumlarda dişi kurtarmak için, endodontik cerrahiye ve onun tamamlayıcısı olan transdental fiksasyona başvurabiliriz.

TRANSDENTAL FİKSASYON

İster rezeksiyon apikal ister replantasyon esnasında olsun bazı kereler kökü fazla kısaltmak gerekmektedir.

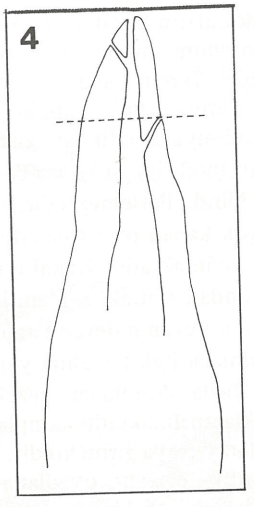
Ayrıca travma neticesi 1/3 apex kırığı vs. vakalarda dişi çenekemiğine fikse etmek için transdental implantlardan yararlanabiliriz.

Bu medodun en iyi tarafı apektominin tam oluşu ve periapikal bölgede hiçbir fokalenfeksiyon odağının kalmayışıdır.

Transdental fiksasyona ençok şu vakalarda başvurulmaktadır.

1 — Lateral kanalların erken başladığı köklerde. *(Şekil 6)*

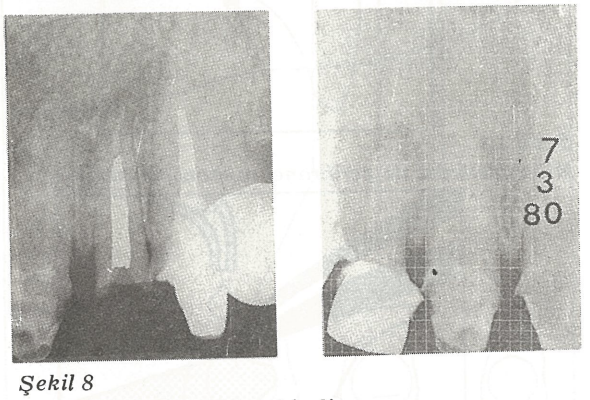
2 — Kök kanalında endodontik alet kırılması. *(Şekil 7)*



(Şekil 6)

Şekil 7 *a* *b*

a - Kökte endodontik alet parçası ve granülom.
b - İnterdental fiksasyondan sonraki radyografi

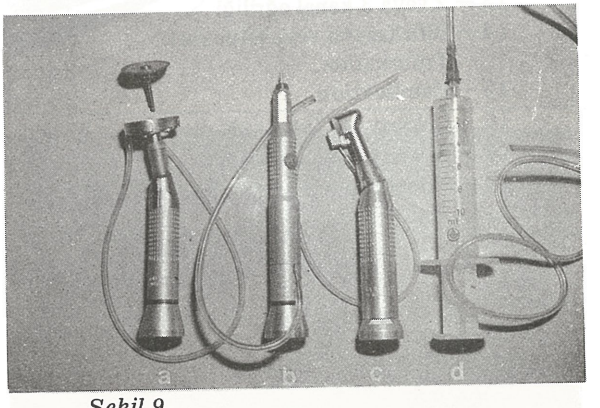


Şekil 8

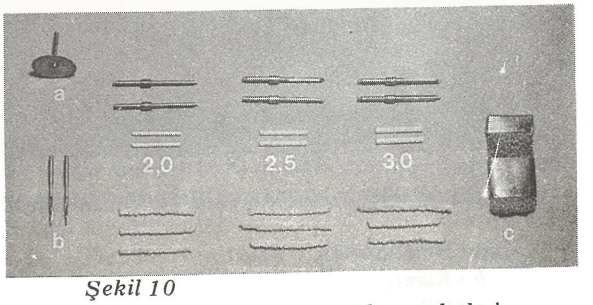
a - Metal pivolu enfekte bir diş.
b - İnterdental fiksasyondan sonra.

3 — Kanal perforasyonu.
4 — Endodontik tedavinin mümkün olmadığı bazı vakalarda.
5 — Kronik apikal periodontitis.
6 — Periodontal rahatsızlıklar neticesi lükse olmuş dişlerin fiksasyonunda.
Bilhassa bu vakalarda yeni kemik lamellerinin teşekkülünü sağlıyan Calciumbidroksiapatit (CHAP) granülleri kullanılacaksa dişin çenekemiğine sağlam şekilde fikse edilmesi kesinkes gereklidir. Aksi halde osteogenez (kemikleşme) olmayacağı gibi CHAP granülleri dişin lüksasyonu dolayısı ile dışarı atılır.

İNTERDENTAL FİKSASYONDA KULLANILAN PORSELEN İMPLANTLAR



Şekil 9
İmplantasyon için cerrahi piyesamen ve angıldurva.

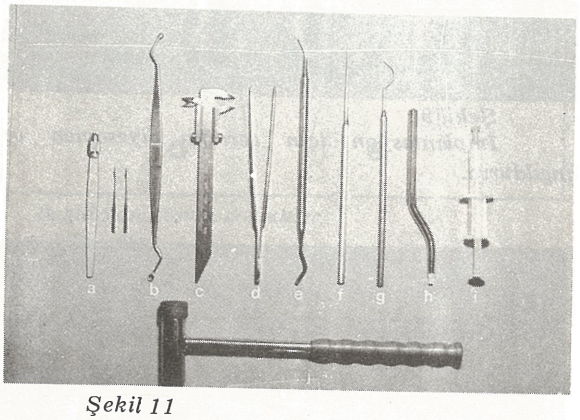


Şekil 10
Porselen implantlar ve yardımcı aletleri.
a - Elmas separe, b - Frezler, c - Temizleme fırçaları.
Orta bölmede 2 mm - 2,5 mm - 3 mm kalınlıkta porselen implantlar.

Dr.E.Brinkman 1982 Zahnazliche mitteilungen mecmuasında neşrettiği bir makalesinde yapmış olduğu 148 Kirschener transdental implantasyonu aşağıda görüldüğü şekilde tasnif etmiştir. Metodda Biolox firmasının imal ettiği porselen esaslı implantlar kullanılmıştır.

1 — Endodontik
Tedavi ile istenilen şekilde kanala girilememiş vakada. 24 adet.
2 — Kronik apikal periodontitis. 23 adet.
3 — Travma neticesi diş lüksasyonu. 5 adet.
4 — Ancak çekim sonrası diagnostik mümkün olan vakalar 9 adet.
5 — Kanalda edodontik alet kırılması. 5 adet.
6 — Apex'in 1/3 kırığı (travma neticesi) 2 adet.

7 — Diş kronu kırığı (travma neticesi) 2 adet.
8 — Rezeksiyon apikal sonrası kök tutuculuğun zayıflaması. 3 adet.
9 — Kireçlenme ve dentikel sebebi ile kanala girilemiyen vaka. 3 adet.
10 — Diş kronu harabiyeti. 3 adet.
11 — Kök kanal harabiyeti. 5 adet.
12 — Tek köklü dişte kanal eğriliği 2 adet.
13 — 2 veya 3 kanal eğriliği. 4 adet.
14 — Bifirkasyon veya (Apexte) Trifürkation. 2 adet.
15 — Hemisektion. 2 adet.
16 — Lüksasyan (Tek köklü dişte). 21 adet.
17 — Lüksasyon (çok köklü dişte). 21 adet.
18 — Köprü ayağı reemplantasyonu. 4 adet.



Şekil 11
Transdental fiksasyon için kullanılan cerrahi alet seti.
a - Milienbistürü,
b - Küret,
c - Mikrometre,
d - Cerrahi pens,
e - Heideman spatülü,
f - Stopfer,
h - İmplant iteleyici,
i - Siman,
j - İmplant çekici.

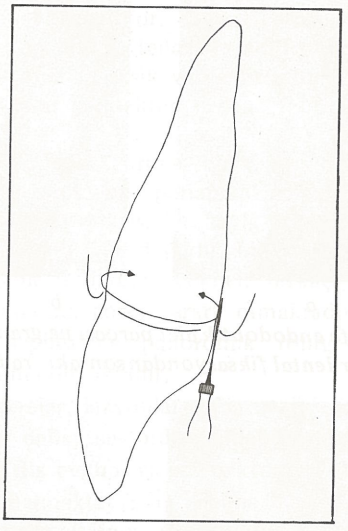
Porselen Transdental implantlardan uygun olanı hekim tarafından seçiliyor. Bu noktada çenekemiği strüktürü, takılacak diş kökünün kalınlığı ve anatomik yapısı da gözönünde bulunduruluyor. İmplantın bir kısmı boydanboya kök kanalına diğer uç kısmı ise çenekemiğinde açılan özel yuvaya girmektedir.

Prof.Kirschener metodu başlangıçta replantesyon şeklinde gelişmektedir. Daha sonra açılan kök kanalına ve tam karşı hizasındaki açılmış olan alveol kemiğindeki yuvaya porselen esaslı implant yerleştirilmektedir. Son senelerde sistemin modifiye şeklide ortaya atılmıştır. Ben bu yazımda esas sistemi resimlerle izah etmeye çalışacağım. Uygulamacı meslektaşlarım, dişin ve civar dokuların klinik ve radyolojik incelemelerini yaptıktan sonra metodu veya modifiye şeklini tercih etmektedir. Tercih yaparken periodontal yapı, komşu dişlerin durumu, kök şekli, köprü ayağı olarak kullanılıp kullanılmıyacağı dikkate alınır.

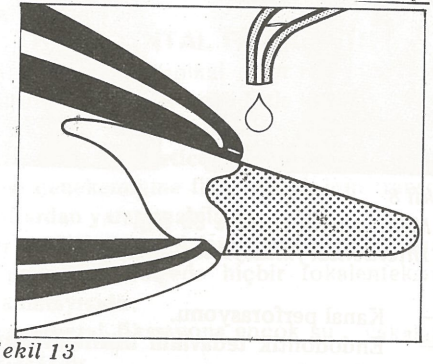
Metodun modifiye şekli ise başlangıçta rezeksiyon apikal şeklinde ilerlemektedir. Rezeksiyon apikal esnasında kök kanalı özel frezlerle tam implantın genişliği kadar açılmaktadır. Kanal içinden geçilerek rezeksiyon alanından sonraki sağlam kemik bölgesinde de implant için yuvanın devamı açılmaktadır. İmplant simanla yalnızca kök kanalına yapıştırılmakta ve artık simanlar fazla donmadan rezeksiyon yapılan boşluktan uzaklaştırılmaktadır. İmplantın uç kısmı ise kemikte açılan yuvaya girmektedir.

Endodontik cerrahi uygulanan diş kökünü çok fazla kısaltmak gerekiyorsa (ortalama %50 ve yukarısı) dişi çekmeden transdental fiksasyon tercih edilmelidir. Bu sayede rezeke olan diş çok daha güçlü olarak çenekemiğine oturmaktadır.

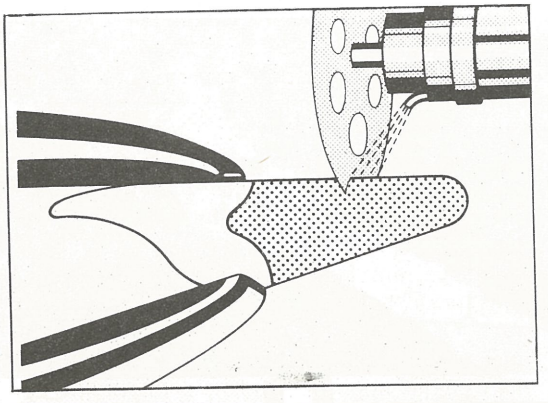
Operasyon safhaları:



Şekil 12
Milienbistürüsü ile perikronel mukozanın kesilişi.

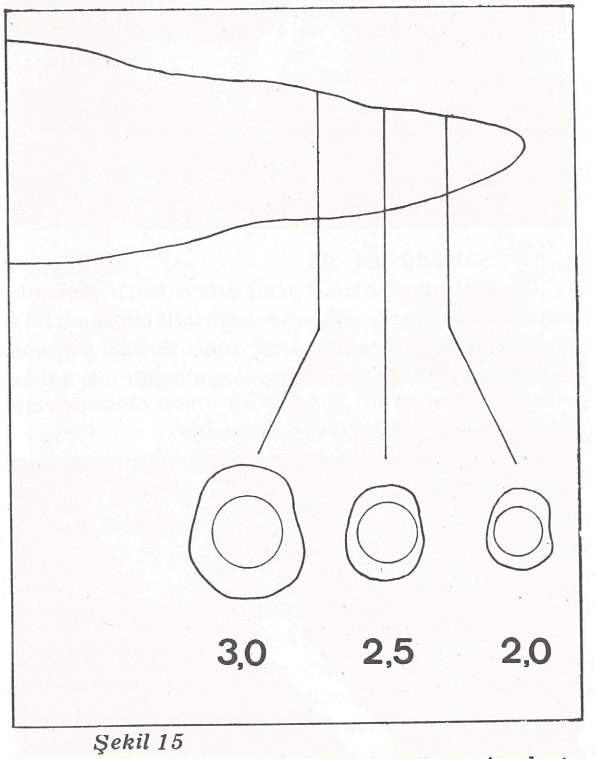


Şekil 13
Diş son derece dikkatli şekilde etraf dokuları bozmadan davye ile çekiliyor. Bundan sonraki diş üzerinde yapılacak frez ve separe çalışmaları esnasında steril serumfizyolojik soğutma gayesi ile kullanılıyor.



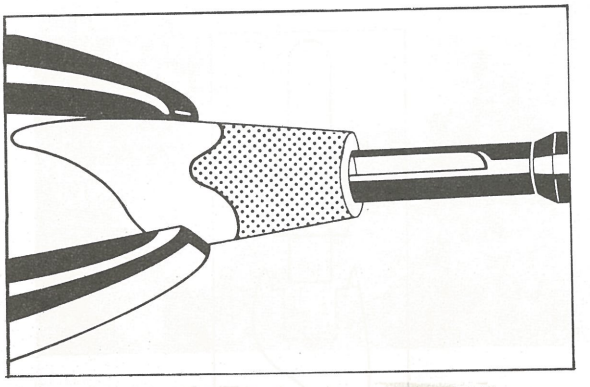
Şekil 14

Bilindiği gibi çekilen diş kökünden mevcut apikal enfeksin dolayı ile enfekte ve sementi nekroze olmuş kökucunu tamamen kesmek gerekmektedir.



Şekil 15

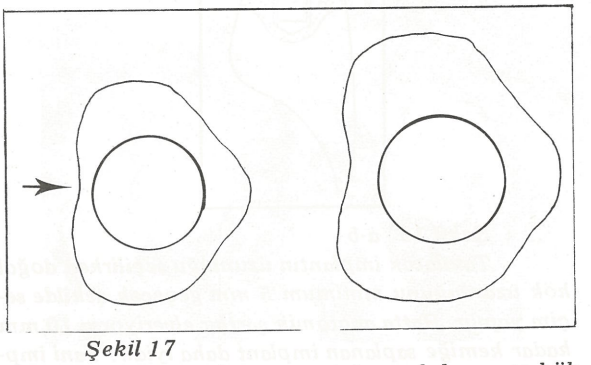
Kesim esnasında köke takacağımız implantın çapını da gözönünde bulundurmamız gerekmektedir. İmplantlar 2, 2,5 ve 3 mm çapındadırlar.



Şekil 16

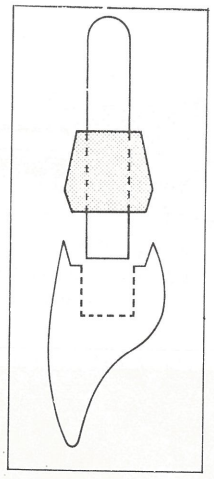
Set içinde her 3 kalınlıkta kanal genişletici frez mevcuttur. En inceden başlıyarak sıra ile en kalına doğru kanalı retrograt olarak genişletme yapıyoruz. Genişletme esnasında özel cerrahi angildurva yardımı ile içten soğutmalı frezleri kullanıyoruz. Frezlerin içinde boydanboya açılmış çok ince kanala angildurvamızdaki özel tertibat vasıtası ile steril serumfizyolojik verebiliyoruz.

Frez devre yaklaşık 1500 dakika/devirdir.



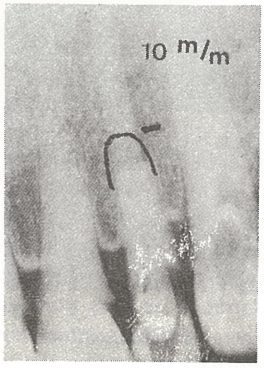
Şekil 17

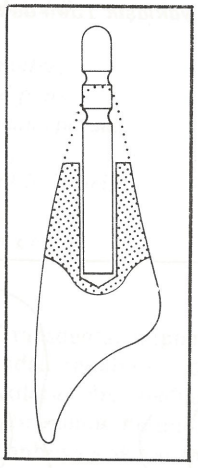
Açılan kanalın tam ortalama dolması ve kök çevresine göre ince duvar kalmaması gerekmektedir. Apex'i keserken bu noktaya da dikkat edilmelidir.



Şekil 18

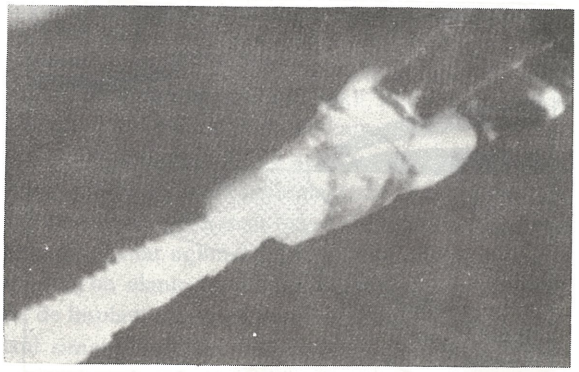
Kron kısmı kırılmış vakalarda seramik implantın dışarda kalan kısmını kron restorasyonu için rahatlıkla kullanabiliriz.

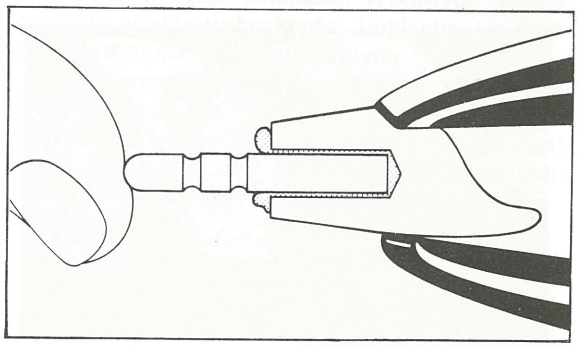


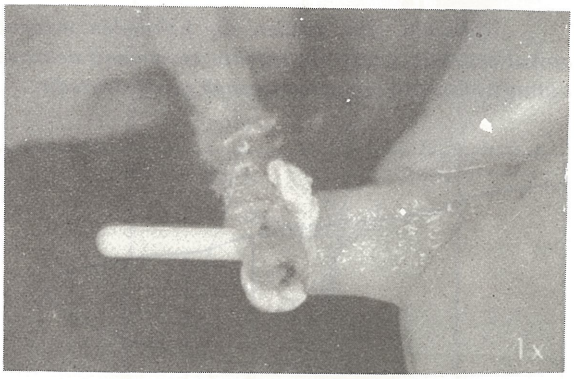


Şekil 19 - a-b

Takılacak implantın uzunluğu seçilirken doğal kök uzunluğunu minimum 5 mm geçecek şekilde seçim yapılır. Hatta anatomik şartlar elveriyorsa 10 mm kadar kemiğe saplanan implant daha iyidir. Yani implant çenekemiğindeki yuvaya ne kadar çok gömülürse o kadar iyidir. Fazla uzun gelen implant ölçüldükten sonra su soğutmalı elmas separe ile kesilebilir.





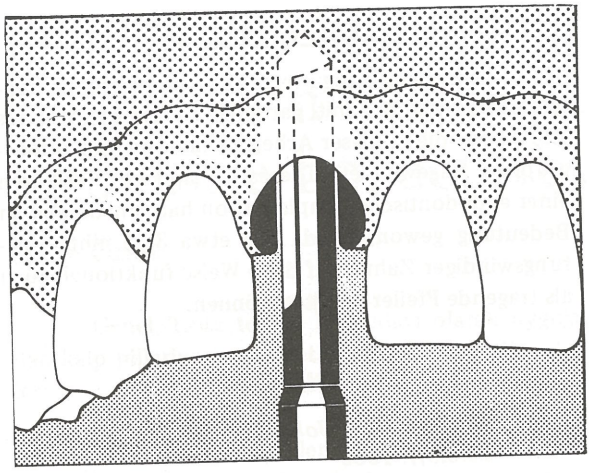


Şekil 20 - 21 - 22

Retroprat olarak genişletilen kanal kurutularak kalın lentilo ile siman yerleştirildikten sonra implant yerine yerleştirilir. Artık simanlar tam kurumadan temizlenir. En küçük bir siman artığı bile kalmamasına dikkat edilir. Simanın kuruması esnasında arada bir, kök serumfizyolojik ile ıslatılır.

Şekil 23

Replantosyana hazır diş.



Şekil 24

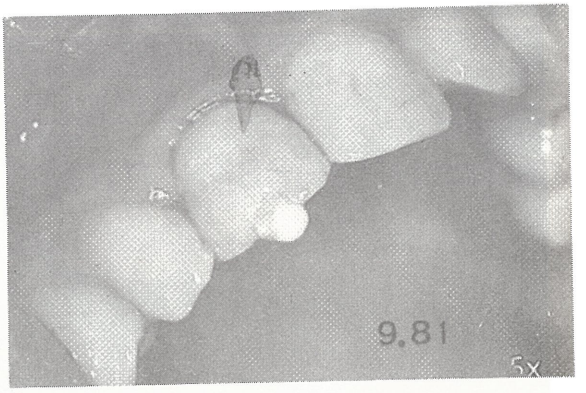
Simanın donması esnasında implantın yerleşeceği yuvanın alveol boşluğunda özel frezle açılması. Bu esnada diş kökü ve implant uzantısının istikameti gözönünde tutulur. Dikkatli bir göz ve el bu istikameti hemen hemen hiç şaşırmaz.

Aşırı Kök Eğriliği Vakalarında veya İstikamet Tayininde Güçlük Çekileceği Şüphe Edilen Durumlarda:

Şekil 25 - a

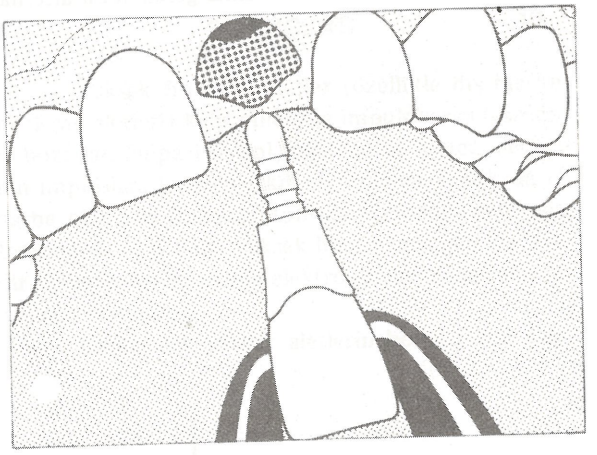
İmplant dişe simante edilmeden evvel diş replante edilir. O durumda iken dişin içinden geçilerek (transdental) kök kanalı istikametinde ileri doğru ince kemik frezi (LİNDEMAN) ile implant yuvası açılır. Bu bize yön gösteren rehber yol olur.

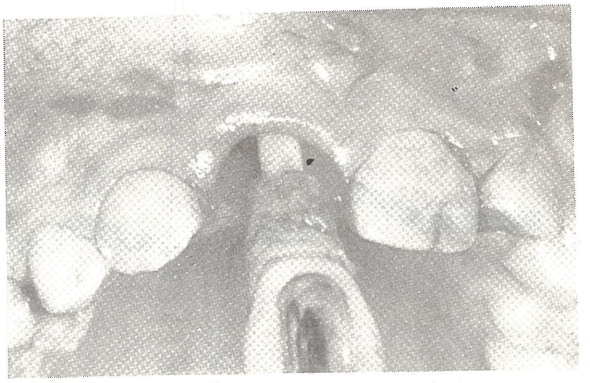
Replante edilen diş tekrar çıkartılarak açılmış olan ince kanal istenilen çapa özel frezi ile getirilerek bu engel aşılabilir. Genel kaide olarak implant yatağının, implant boyundan 1 mm daha derin açılması gereklidir. Bu sayede adaptasyon daha kolay olmaktadır.



Şekil 25 - b

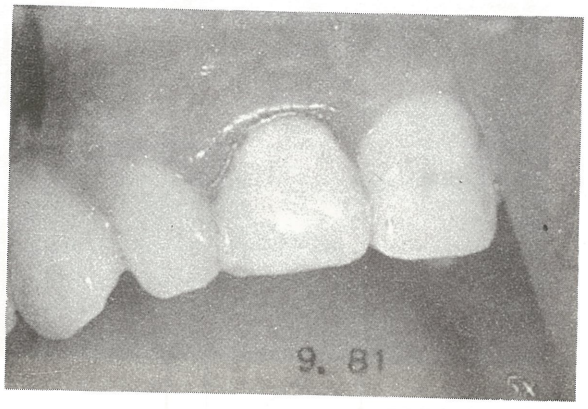
Dişin içine implant tekrar yerleştirilerek uyum kontrolu yapılır.





Şekil 26 - a-b

Replantasyon



Şekil 27
İnterdental fiksasyondan sonra:
Replantasyondan sonra iyileşme çoğukez problemsiz sürer. Bu nedenle antibiyotik tedavisine gerek görülmez. Operasyondan 6 - 8 hafta sonra diş üzerine kron yapılabilir. Replante edilen diş 3 ay sonra rahatlıkla köprüayağı olarak kullanılabilir.

TARTIŞMA

Bahsedilen bu metodla diğer cerrahi yollarla kurtaramıyacağımız dişlerin tedavisi mümkün olmaktadır. Elimizde bulundurmamız gereken bir alternatiftir.

ZUSAMMENSETZUNG

Kirschner inaugurierte auto-alloplastische Replantationsverfahren mit partieller Keramikwurzel aus Al_2O_3 auf die in dieser Arbeit benannten indikationsgruppen angewendet. Dieses subapikale Verfahren einer endodontischen implantation hat zunehmend an Bedeutung gewonnen, da wir etwa 30% niht erhaltungswürdiger Zahne auf diese Weise funktionell auch als tragende Pfeiler-erhalten können.

KAYNAKLAR

1 — *Prof Dr.Med Johannes Osborn İmplantatwerstoff. 1985*
2 — *E. Brinkman, Zahnazliche mitleilungen 72, 362, 1982.*
3 — *Kirschener. H., Bolz, Enomoto, S.Hüttemann. Keramik - Wurzel Dtsch zahnarztl Z. 33, 594, (1978)*
4 — *Dr.Med.Dent Erol SÜRMEN, Fokal enfeksiyon odaklarının elektro akupuntur ile tespiti.*
5 — *Kirscher, H. und Bolz, U. Experimentelle und klinische Ergahrungen mit einer automatischen Behandlungen 1978.*
6 — *Tetsch, P. und Bollmann, F. im Handbuch der Zahnheilkunde Urban - Schwerzenberg Bord II 1977*

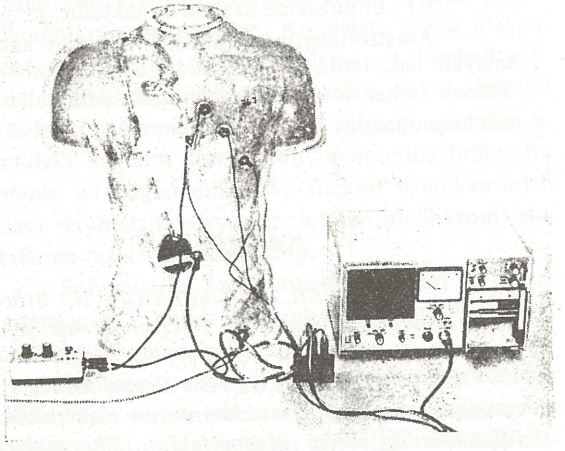
Dişhekimliği aletlerinin, implant kalp pillerine bozucu tesirlerinin araştırılması

Ergun Özme*

Genel Tıbta teknik bir tedavi olarak uygulanan kalp pillerine bozucu etki gösteren elektrikli aletler;

1 — Radar tesisleri
2 — Transformatörler
3 — Diğer elektrik motorları.

Değişik müelliflerin araştırmaları sonucu, bu konuda literatürde çok sayıda ilmi yazı bulunmaktadır. Kliniğimizde normal çalışma akışında, ağızda elektrokoter uygulanan bir hastada hayati tehlikeli bir durumda karşılaştık. Bu sebeble dişhekimliği aletlerinin fonksiyon bozucu etkilerini araştırmaya karar verdik. Deneme çalışmalarımız için Siemens A.G. firmasıyla bir fantom geliştirdik.



Plastik fantom + ımpuls akusu ve E.K.G.

Plastik parçaların birleştirilmesiyle hazırlanan yapay Thorax'a 3510,9 prozentli tuzlusu doldurarak insan vücudunun aynı olan fizyolojik elektrolit oranlarını oluşturduk. E.K.G. aletinin 3 kontakt noktasını Thorax ön duvarına yerleştirdikten sonra optik ve grafik göstericileri de devreye bağladı. Fantomdaki cebe kalp pilinin yerleştirilmesiyle düşünülen ortam hazırlanmış oldu. İki bölüme ayırdığımız deney programında cevap aradığımız sorular:

1 — Hangi aletler ne derece bozucu tesir gösterirler?

2 — Pil tipleri ve stimulasyon şekilleri hangi nisbette etkilenirler?

* *Dr.Dt., Serbest dişhekimi.*

Birinci Deneyler

Kliniklerde çok kullanılan ve bozucu tesirleri olduğu sanılan teknik aletler:

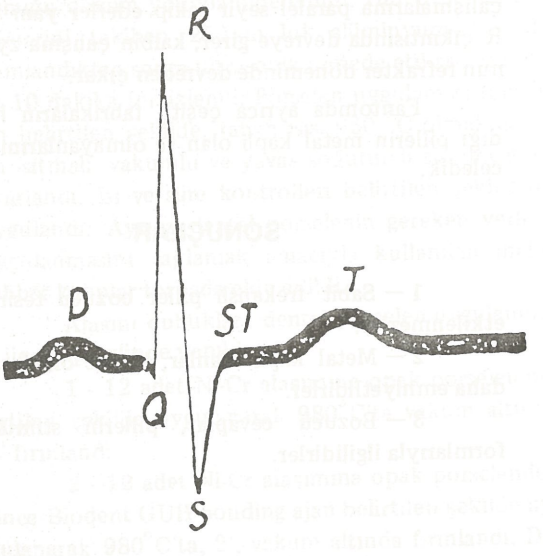
1 — Pulpa kontrol
2 — Ultraschal diş temizleme
3 — Mikro ve kısa dalga
4 — Oyucu
5 — Diğer elektrik aletleri

Deneylerimizde synkroniziert uyarı gurubundan bir kalp pili kullandık. Değişik aletleri fantoma yerleştirdiğimiz pile ve sondasına uzaklaştırıp, yaklaştırarak bozucu tesirlerini araştırdık. Ayrıca, pillerin normal çalışmaları (Dakikada 70 frekans) ve impuls verici devrelerinde çalışırken etkilenmelerini de gözledik.

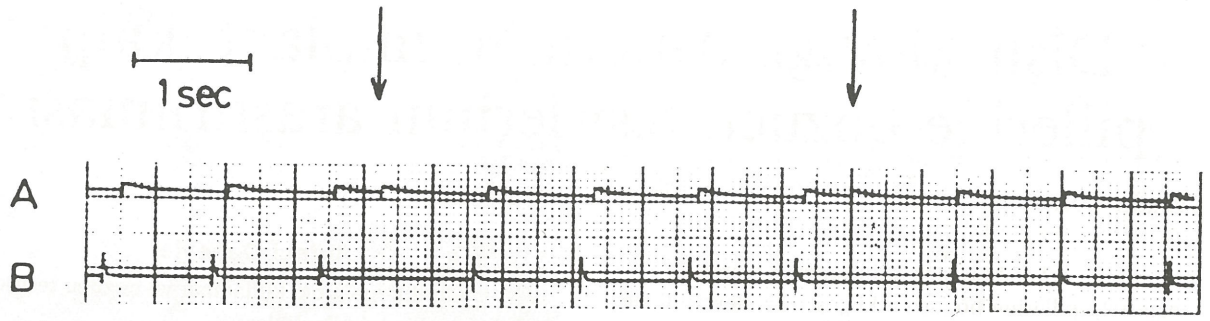
SONUÇLAR

Yüksek frekanslı aletler (özellikle diş taşı temizleme aletleri) kalp pillerinin impuls verici tesirlerini bozarlar. Pulpa kontrol, röntgen ve oyucu aletlerinin impulslara bozucu etkileri görülmez. Dakikada 70 darbe olan ana frekansa, fonksiyon bozucu tesir gösterebilmek için daha yüksek bir frekans gerekmektedir. Denemeler sırasında elektrokoterle çalışırken bu duruma rastladık.

Frekanslar yüksek aletlerin bozucu etki yap-



Elektrokardiogramm



QRS idareli ve QRS azaltıcı kalp pillerine Ultraschall diş temizleme aletlerinin bozucu etkileri

malarında en önemli nokta bu kaynakların kalp pillerine olan uzaklığı olup, 30 cm yaklaşınca maximuma ulaşır. Küçük kaynakların verdiği impulsleri yetersiz olup, mesafe 30 cm'den fazla ise yok denecek kadar azdır.

Araştırmalarımızda enteresan bir bulgu da, pil sondalarının bozucu tesirlerde anten vazifesi görmeleridir.

Sondaya kısa dalga aletiyle şua verdikten sonra, ultraschall aletiyle pile yaklaşınca bozucu tesirler daha sık ve kuvvetli olarak görülürler.

İkinci Deneyler

Değişik fabrikaların çeşitli pillerini ve çok kullanılan stimulasyon şekillerinin etkilenmelerini inceledik.

1 — Sabit Frekanslı Piller

Kalbi, kalbin kendine özel aktivitesine bakmadan devamlı olarak aynı tempoda uyarırlar.

2 — R. inhibierter frekanslı piller

Aktivitenin bozulduğu durumlarda meydana kendiliğinden gelebilecek R çıkıntılarını impulsu azaltarak önlerler.

3 — R. Synchonisierte pillerde impulslar kalp çalışmalarına paralel seyir takip ederler yani impuls R çıkıntısında devreye girer, kalbin çalışma zyklusunun refrakter döneminde devreden çıkar.

Fantomda ayrıca çeşitli fabrikaların hazırladığı pillerin metal kaplı olan ve olmayanlarını da inceledik.

SONUÇLAR

1 — Sabit frekanslı piller bozucu tesirlerden etkilenmezler.

2 — Metal kaplı olanlar, kapsız olanlara göre daha emniyetlidirler.

3 — Bozucu cevaplar, pillerin stimulasyon formlarıyla ilgilidirler.

Bunu şu şekilde söyleyebiliriz:

Pillerin fonksiyonlarına uygun olarak azaltıcı ve aynen iletici impulslere etki ederek 3 türlü etkilenme gösterirler.

Ultraschall diş taşı temizleme aletinin bozucu tesirine ORS r. synchronisert pillerin stimulasyonların ve ORS r. inhibert pillerin stimulasyon azaltıcı tesirlerindeki reaksiyonlar incelenmiştir.

A) Bozucu impulslar aynen nakil olmaktadır.

B) Impulslerde azalma olmaktadır.

Araştırmalarımız elektrikli aletlerin kalp pili taşıyan hastalarda tehlikeli olduğunu doğrulamıştır. Yüksek frekanslı aletleri bu tip hastalarda kullanmaktan kaçınmalıdır.

KAYNAKLAR

1 — BLASER, R., DITTRICH, N.: Störempfindlichkeit implantierbarer Herzschrittmacher. Biomedizinische Technik 17, 109 (1972)

2 — DITTRICH, H.: Die Beeinflussung synchronisierter Herzschrittmacher durch elektrische und impulsförmig hohe Magnetfelder. Thoraxchirurgie 17, 547 (1969)

3 — FURMANN, S., und MITARB.: The influence of electromagnetic environment on the performance of artificial cardiac pacemaker. Ann. Thorac. Surg. 6, 90 (1968)

4 — HYMAN, A.S.: Arch. Int. Med. 50, 283 1932)

5 — MEISEL, H.-H., und MACHTENS, E.: Zahnarztlichechirurgische Eingriffe bei Patienten mit inplantiertem Herzschrittmacher. Dtsch. zahnarztl. Zeitschr. 28, 370 (1973)

6 — THALEN, H.J.Th.: The Artificial Cardiac Pacemaker. Assen 1969

Krom-Kobalt alaşımı-Porselen bağlantı kuvveti ve Nikel-Krom alaşımı - Porselen bağlantı kuvvetleri ile karşılaştırılması

Doç. Dr. Erol Demirel* Dr. Celil Dinçer**

İdeal kron - köprü protezlerinden beklenen gereksinimlerin pek çoğunu sağlayan dental porselenin ağız ortamında mekanik faktörler yönünden bazı olumsuz özelliklere sahip olması porselenin uygun bir metal alaşım altyapısına bağlanarak kombine kullanımı gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Böylece metal alaşım alt yapının özellikleriyle porselenin özellikleri birleştirilerek her iki materyalin tüm avantajlarını kapsayan kombine bir yapı elde edilmiştir.

Günümüzde metal-porselen çalışmaları kıymetli, yarı kıymetli ve kıymetsiz alaşımlarla yürütülmekle birlikte son yıllarda kıymetli metal fiyatlarının artması yarı kıymetli; özellikle kıymetsiz alaşımların kullanımlarını arttırmıştır. Kıymetsiz metal alaşımlarında nikel-krom, krom-kobalt ve nikel-kobalt şeklinde çeşitli formülasyonlar vardır. Metal destekli porselen uygulamalarda metal alaşım ile porselen arasındaki bağlantı kuvveti en önemli faktördür. Bu nedenle iyi bağlanabilme ve fiziksel özelliklerinden dolayı kıymetsiz alaşımlar içinde nikel-krom alaşımlar en fazla kullanılanlarıdır.

Son yıllarda krom-kobalt alaşımları ile porselen arasında istenilen bağlantıyı sağladığı belirtilen özel bonding ajanlar geliştirilmiştir.

Bu araştırmada piyasaya yeni sürülen özel bir bonding ajan yardımıyla krom-kobalt alaşımı-porselen arasında oluşturulan bağlantı kuvvetleri mekanik olarak incelenmiş ve kıymetsiz bir nikel-krom alaşımı ile porselen arasında iki farklı yöntemle elde edilen bağlantı kuvvetleri ile karşılaştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD

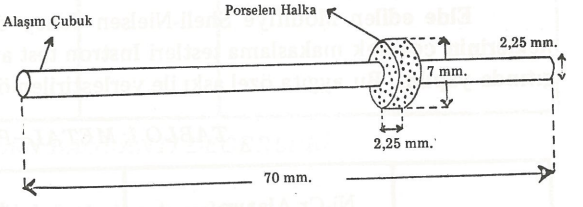
Araştırma G.Ü. Dişhek.Fak.Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalında ve Türk Standartları Enstitüsünde yapıldı.

Metal alaşımı olarak Dentaurum Firmasının Remanium Cr-Co metal alaşımı ve Bego Firmasının Wiron 88 Ni-Cr metal alaşımı kullanıldı.

Bonding ajan olarak Bredent Firmasının Cr-Co bonding ajanı ve De Trey Firmasının Biodent GUH bonding ajanı kullanıldı.

Ayrıca araştırmada Biodent Universal metal porseleni ve Biodent Multimat Porselen Fırınından yararlanıldı.

Metal-porselen bağlantısının dayanımını incelemek amacıyla çekerek makaslama deneyleri uygulandı. Bu deneyler için metal-porselen örnekleri Modifiye Shell-Nielsen Yöntemine göre hazırlandı.*(Şekil 1)*



Şekil 1: Modifiye Shell-Nielsen Deney Örneği

Bu amaçla Ni-Cr metal alaşımından 24, Cr-Co metal alaşımından 12 adet olmak üzere 36 adet deney çubuğu döküm yoluyla elde edildi. Tüm örnekler tesfiyelerini takiben 250 m luk alüminyum-oksit ile kumlandıktan sonra ultrasonik ünitede etil-asetat içinde 10 dakika temizlendi. Porselen uygulaması için fırın belirtilen şekilde, taban ısısı 650 °C olmak üzere ön ısıtmalı, vakumlu ve yavaş soğutmalı sisteme göre ayarlandı. Isı ve süre kontrolleri belirtilen şekillerde uygulandı. Ayrıca dental porselenin gereken yerlere uygulanmasını sağlamak amacıyla kullanılan metal rehber kalıplar tornada elde edildi.

Alaşım çubuklara dental porselen uygulanması üç grup halinde yapıldı.

1 - 12 adet Ni-Cr alaşımına opak porselen belirtilen şekilde uygulanarak 980°C'ta vakum altında 2' fırınlandı.

2 - 12 adet Ni-Cr alaşımına opak porselenden önce Biodent GUH bonding ajan belirtilen şekilde uygulanarak 980°C'ta, 2', vakum altında fırınlandı. Daha sonra bu tabakanın üzerine opak porselen uygula-

* *Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.*

** *Dr., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi.*

narak 980°C'ta, 2', vakum altında tekrar fırınlandı.

3 - 12 adet Cr-Co alaşımı örneklerine önce Cr-Co bonding belirtildiği şekliyle uygulandı ve ısı dakikada 55°C yükseltilerek 980°C'a kadar vakum altında fırınlandı. Örnekler fırından çıkarıldığında istenilen sarı rengin elde edildiği görüldü ki bu alaşım ile bonding ajanın uyuştuğunu göstermektedir. Daha sonra bu tabakanın üzerine opak porselen uygulanarak vakum altında, 980° C'da iki dakika fırınlandı.

Opak porselen uygulanan tüm örnekler pişirme işleminden sonra ultrasonik ünitede etil-asetat içinde 10 dakika temizlendi.

Temizlenen tüm örneklerin opak porselen tabakalarının üzerine rehber kalıplar yardımıyla gövde porselenleri belirtilen yöntemlerle kondanse edildi. Daha sonra porselen şekillendirilen alaşım çubuklardan rehber kalıplar uzaklaştırılarak 970°C'da vakum altında 2 dakika dentin porselenleri pişirildi.

Fırınlanan tüm örneklerin soğutulma işlemleri ısısal gerilimleri önlemek amacıyla koruma altında yapıldı.

Dental porselen pişirilmiş alaşım çubukların metal yüzeyleri mum ile izole edilerek porselen kısım ortada kalacak şekilde silindirik sert alçı blok ile kaplandılar.

Elde edilen Modifiye Shell-Nielsen deney örneklerinin çekerek makaslama testleri Instron test aygıtında yapıldı. Bu aygıta özel askı ile yerleştirilen örneklere 0.5 mm./dakikalık karşıt hız verilerek porselenin metal alaşımdan makaslama kuvveti ile ayrılması sağlandı. Elde edilen yük değerlerinden daha önce belirlenen mumlu çubuk-sert alçı sürtünme değeri çıkarıldı.

Dental porselenin metal alaşımlara bağlandığı yüzey alanları mikrometre ile her örnek için ölçülerek hesaplandı. Yük değerinin bağlanma alanına bölünmesi ile metal-porselen bağlantısının makaslama kuvvet değerleri bulundu.

N/mm^2 cinsinden elde edilen bu değerlerin istatistiksel analizleri "Varyans Analiz Tekniği" ve "Scheffe Tekniği" kullanılarak yapıldı. (10).

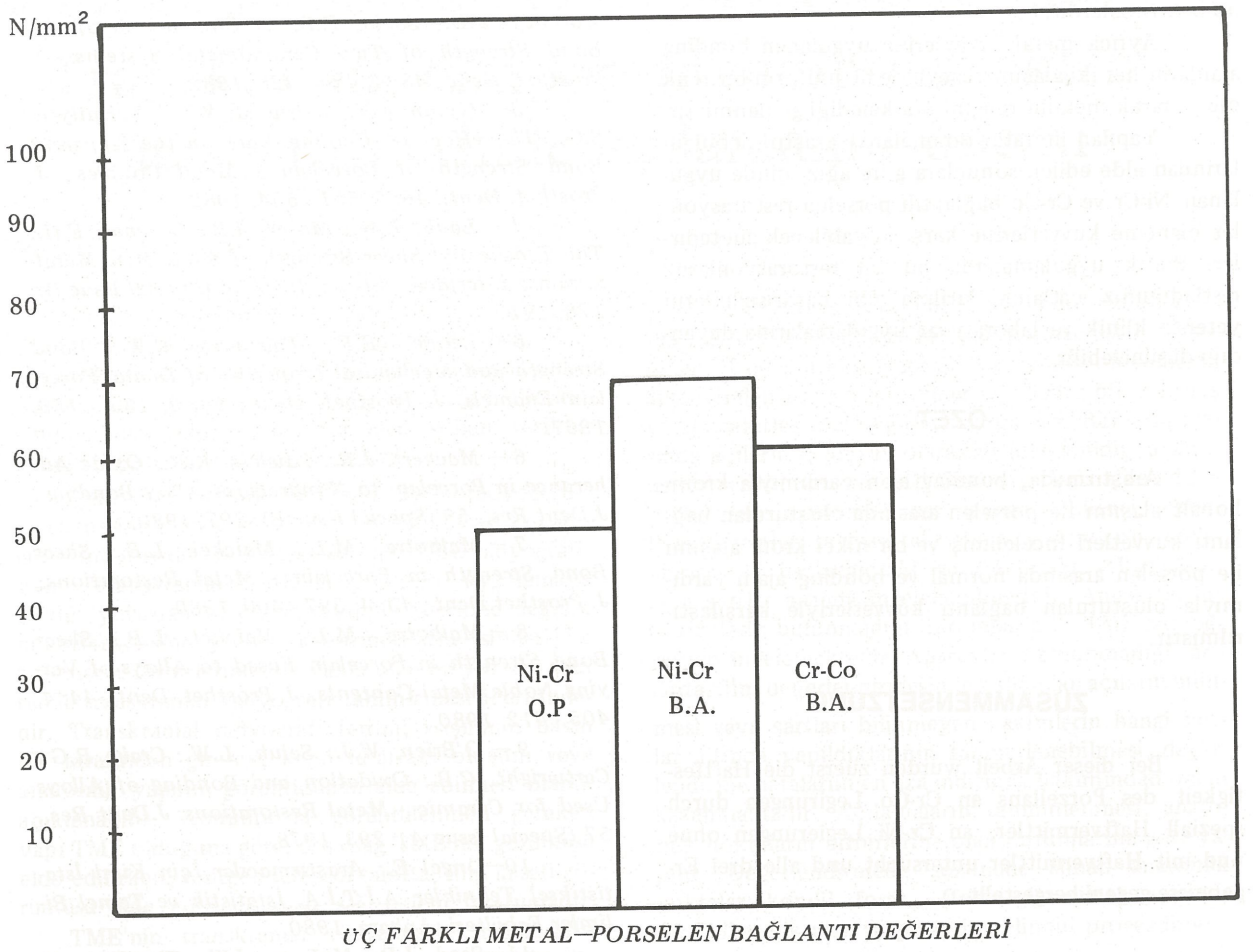
BULGULAR

Tablo I'de izlendiği gibi Ni-Cr alaşımı-opak porselen bağlantı kuvveti ortalama değeri 55.64 N/mm^2; Ni-Cr alaşımı-bonding ajan bağlantı kuvveti ortalama değeri 77.45 N/mm^2; Cr-Co alaşımı-bonding ajan bağlantı kuvveti ortalama değeri 67.13 N/mm^2 olarak bulunmuştur. (Tablo I)

Üç grubun bağlantı değerlerinden Scheffe Tekniği ile yapılan karşılaştırmalarda, Ni-Cr alaşımı - bonding ajan bağlantı kuvveti değerlerinin, Cr-Co alaşımı-bonding ajan bağlantı kuvveti değerlerinden; Cr-Co alaşımı-bonding ajan bağlantı kuvveti değerlerinin ise Ni-Cr alaşımı-opak porselen bağlantı kuvveti

TABLO I: METAL—PORSELEN BAĞLANTI DEĞERLERİ

	Ni-Cr Alaşım Opak Porselen	Ni-Cr Alaşım Bonding Ajan	Cr-Co Alaşım Bonding Ajan
1	54.19	71.18	65.95
2	53.08	71.55	71.02
3	59.54	70.27	69.29
4	53.96	77.37	69.19
5	54.92	69.02	63.70
6	50.84	86.99	65.37
7	56.22	79.56	68.80
8	59.36	80.56	72.92
9	54.73	82.50	67.82
10	56.73	83.32	66.54
11	58.07	73.47	60.17
12	56.72	83.82	64.76
T	667.64	929.37	805.53
x	55.64	77.45	67.13



ÜÇ FARKLI METAL—PORSELEN BAĞLANTI DEĞERLERİ

değerlerinden daha yüksek çıktığı istatistiksel olarak kanıtlanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Metal-porselen arasındaki bağın dayanımını belirlemek amacıyla yapılan araştırmalar genellikle mekaniktir. Metal-porselen bağlantı kuvveti testlerinden elde edilen faydalı verilere rağmen tüm test yöntemleri bazı kusurlara sahiptir.

Bu araştırmada metal-porselen bağlantı dayanımını belirlemek amacıyla Modifiye Shell-Nielsen çekerek makaslama testi kullanılmıştır. Bu testte alçı blok ile metal çubukların sürtünmesi bir hata kaynağıdır. İstenmeyen bu metal-alçı birleşmesi, metal çubukların mum ile izole edilmesiyle azaltılmış ve bu sürtünme değeri de belirlenerek tüm örneklerin yük değerinden çıkarılmıştır.

Araştırmada kıymetsiz Ni-Cr metal alaşımı ile opak porselen bağlantı kuvveti ortalama değeri 55.64 N/mm^2 olarak belirlenmiştir.

Elde edilen bu sonuçlar Malhotra ve Maickel'ın, iki ayrı araştırmada buldukları metal-porselen bağlantı kuvveti değerleri ile ilişkilidir. (7,8). Ayrıca Leone ve Fairhurst'un, (5) elde ettikleri bağlantı kuvveti değerlerine de yakındır.

İlginçtir ki elde edilen opak porselen-metal alaşım bağlantı kuvveti değerleri farklı makaslama testi uygulayan De Simon ve arkadaşlarının; (1) Guinn ve arkadaşlarının (3) ayrıca Suca ve arkadaşlarının (12) bağlantı değerlerine oldukça yakın bulunmuştur.

Ni-Cr metal alaşımının yüzeyine bonding ajan uygulaması bağlantı kuvvetini artırmıştır ve bu değer ortalama 77.45 N/mm^2 olarak elde edilmiştir.

Mackert ve Lawless (6); Leone ve Fairhurst (5), Laub ve arkadaşları (4) ayrıca Gavelis ve arkadaşları (2) bonding ajanların bağlantı kuvvetini arttırdığını belirtmişlerdir.

Cr-Co alaşımına uygulanan özel Cr-Co bonding ajanı ile elde edilen metal-porselen bağlantı kuvveti değerleri ortalama 67.13 N/mm^2 olarak bulunmuştur. Bu değer Ni-Cr metal alaşımı ve opak porselenle elde edilen bağlantı kuvveti değerinden daha yüksek; Ni-Cr metal alaşımı-bonding ajan bağlantı kuvveti değerinden daha düşüktür.

Her üç deney grubu oksit bağ kopması göstermişlerdir. Aynı sonucu O'Brien (9) Ni-Cr alaşımları için açıklamıştır. Sced ve McLean'da tüm kıymetsiz alaşım sistemlerde kopmanın ara yüzde oluştuğu-

nu belirtmişlerdir. (1).

Ayrıca metal yüzeylerine uygulanan bonding ajanların her iki alaşım yüzeyinde de uniform bir renk oluşturarak metalin rengini maskelediği gözlenmiştir.

Yapılan literatür taramalar ve araştırma bulgularından elde edilen sonuçlara göre ağız içinde uygulanan Ni-Cr ve Cr-Co bağlantılı porselen restorasyonlar çigneme kuvvetlerine karşı koyabilecek güçtedirler. Pratik uygulamalarda bu tür restorasyonlarda rastladığımız çatlama, kırılma gibi başarısızlıkların yetersiz klinik ve laboratuvar uygulamalarına dayandığı düşünülebilir.

ÖZET

Araştırmada, bonding ajan yardımıyla krom-kobalt alaşımı ile porselen arasında oluşturulan bağlantı kuvvetleri incelenmiş ve bir nikel krom alaşımı ile porselen arasında normal ve bonding ajanı yardımıyla oluşturulan bağlantı kuvvetleriyle karşılaştırılmıştır.

ZUSAMMENSETZUNG

Bei dieser Arbeit wurden zuerst die Haftfestigkeit des Porzellans an Cr-Co Legirungen durch speziall Haftvermittler, an Cr-Ni Legierungen ohne und mit Haftvermittler untersucht und alle drei Ergebnisse gegenübergestellt.

KAYNAKLAR

1 — De Simon, L.B.; Huget, E.F.; Risinger, R.J.; Cosgrove, J.R.; Effect of Laboratory Procedures on Alloy-Porcelain Bond Strength., J.Dent.Res. 54 (Special Issue A): 160, 1975.

2 — Gavelis, J.R.; Lim, S.B.; Guckes, A.D.: Morency, J.D.; Sozio, R.B.: A Comparison of the Bond Strength of Two Ceramometal Systems., J. Prosthet. Dent., 48: 4, 424 - 428, 1982.

3— Guinn, J.V.; Griswold, W.H.; Vermilyea, S.G.: The effect of Cooling Rate on the Apparent Bond Strength of Porcelain - Metal Couples., J. Prosthet. Dent., 48: 5, 551 - 554, 1982.

4 — Laub, L.W.; Moser, J.B.: Greener, E.H.: The Tensile and Shear Strength of Some Base Metal-Ceramic Interface., J.Dent. Res., 56 (Special Issue B): 178, 1977

5 — Leone, E.F., Fairhurst, C.W.: Bond Strength and Mechanical Properties of Dental Porcelain Enamels, J. Prosthet. Dent., 18: 2, 155 - 159, 1967.

6 — Mackert, J.R.: Lawless, K.R.: Oxide Adherence in Porcelain to Nonprecious Alloy Bonding., J.Dent.Res., 59 (Special Issue B): 897, 1980.

7 — Malhotra, M.L.; Maickel, L.B.: Shear Bond Strength in Porcelain - Metal Restorations., J. Prosthet.Dent., 43: 4, 397 - 400, 1980.

8 — Malhotra, M.L.; Maickel, L.B.: Shear Bond Strength in Porcelain Fused to Alloys of Varying Noble Metal Contents., J. Prosthet. Dent., 44: 4, 405 - 412, 1980.

9 — O'Brien, W.J.; Seluk, L.W.: Craig, R.G.: Cartwright. C.B.: Oxidation and Bonding of Alloys Used for Ceramic - Metal Restorations: J.Dent Res., 57 (Special Issue A): 293, 1978.

10—Öngel E.: Araştırmacılar İçin Kimi İstatistiksel Teknikler A.İ.T.İ.A. İstatistik ve Temel Bilimler Fakültesi, Ankara, 1980.

11—Seed, I.R.; McLean, J.W.: The Strength of Metal - Ceramic Bonds With Base Metals Containing Chromium., Br.Dent.J., 132, 232 - 234, 1972.

12—Suca, Ç.; Suca, S.; Akçaboy, C.: Wiron S ve Degudent U'nun VITA VMK 68 Porseleni ile Bağlantılarının İncelenmesi., A.Ü.Dişhek. Fak. Der., 11: 1, 301 — 308, 1984.

Transkranial temporomandibuler eklem radyografilerinde açılamanın önemi

M. Ateş Erinanç *

Temporomandibuler eklemde (TME) meydana gelen bozuklukların teşhisi ve tedavisi günümüz dişhekimliğinin uğraşlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Teşhiste, bu bölgenin röntgen filmleri klinik muayeneler sonucunda elde edilen verilere önemli ölçüde yardımcı olmaktadır.

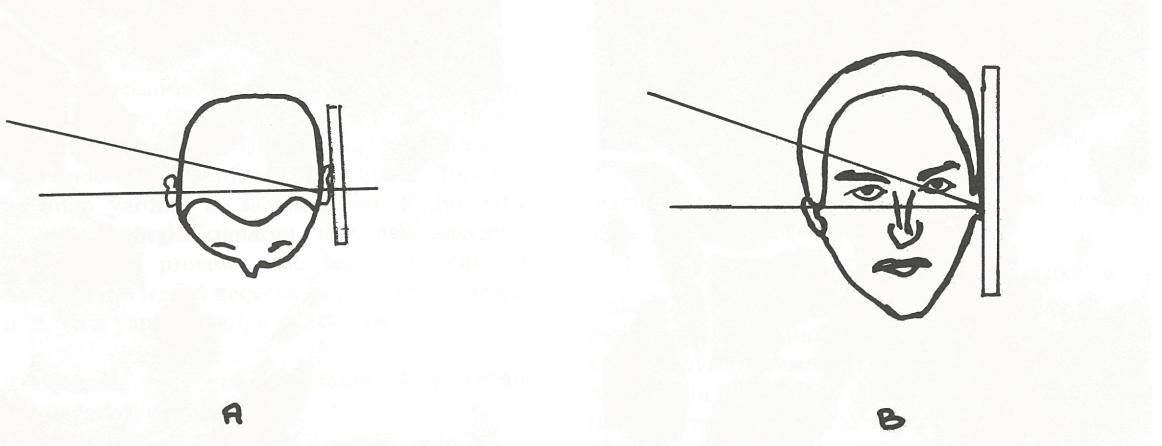
Temporomandibuler eklemin (TME) radyografik incelemesinde, en eski ve halen de en yaygın kullanılan yöntemlerden birisi transkranial TME radyografisidir. Transkranial TME radyografisi uygulamaya girdiği yıllardan bu yana, tekniğin üzerinde değişik modifikasyonlar yapan araştırmacıların isimleri ile anılmıştır. Birbirlerine çok yakın olan bu yöntemlerin tümü transkranial radyografi tanımlaması içerisindedir. Transkranial radyografi terimi; x-ışınının başın bir tarafından girerek, karşı taraftaki oluşum veya anatomik yapının görüntüsünün elde edilmesi olarak açıklanabilir. Konumuzda görüntülenmesi gereken yapı TME olduğuna göre, örn; Sağ TME'nin görüntüsü elde edilirken, röntgen tübü sol tarafta, film kaseti görüntüsü elde edilecek olan sağ eklem tarafındadır.

TME'nin transkranial yöntemlerle radyografisi elde edilirken, röntgen tübü vertikal plan ve arka -ön planda açı yapacak şekilde ayarlanır. (Şek: 1) . Bu açılamaların oluşan görüntü üzerindeki etkileri çok büyüktür. Bazı durumlarda normal olan bir eklemin bozukluğa uğramış gibi değerlendirilmesine neden olabilir.

Bu açılamaları sabitlemek ve her seferinde birbirinin ayni radyografiler elde etmek amacıyla 1950 yılında "Updegrave'in yaptığı baş pozisyonlandırıcı apareyinden başlayarak, günümüze kadar bir çok baş ve açı sabitleştirici aygıtlar yapılmıştır. Bunların arasında açıların değişken olarak uygulanabildiği aparatlar da vardır. Son bahsettiğimiz aygıtlarla elde edilen röntgenlerin üstünlüğü, her defasında birinci çekimle aynı şartları taşıyan tekrarlanan çekimlerin yapılabilmesi ve başlangıçtaki ve sonuçtaki gelişmelerin aynı şartlar altında incelenebilmesidir. Ancak bu tür apareylerin bulunmadığı durumlarda da TME radyografileri incelemektedir. Apareylerin bulunmadığı şartlarda, film değerlendirmesinde kullanılan açıların bilinmesi veya şartları bilinmeyen çekimlerin hangi şartlar altında yapıldıklarının tahminlenebilmesi, değerlendirme hatalarını en aza indirmek bakımından önem kazanmaktadır. Açılamaların tahminlenmesi, anatomik noktaların birbirlerine olan durumlarına göre yapılır. Değerlendirmede gözönüne alınan anatomik noktalar; kondil, fossa , (fossa glenoidea), eminens (artiküler çıkıntı) ve posterior clinoid procesdirler.

ANATOMİK NOKTALAR

Transkranial radyografilerde görebileceğimiz anatomik oluşumları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz. (Şek.2)

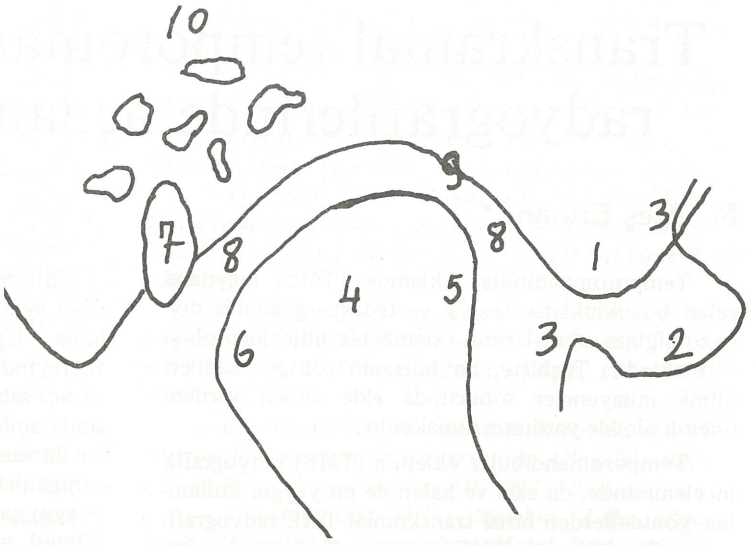


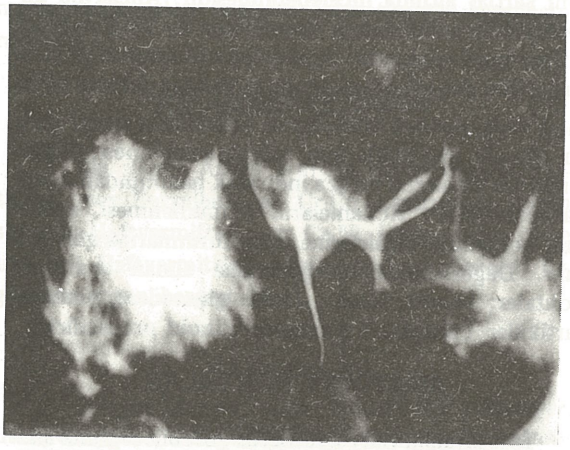
Şekil 1 - Transkvanial T.M.E. radyografisinde Vertikal ve B arka ön planda tüb açılamalarının şematik görünümü.

* *Dr. Dt., Oral Diganoz- Radyoloji Uzmanı, Milli Piyango İdaresi Gn. Md. Dişhekimi.*

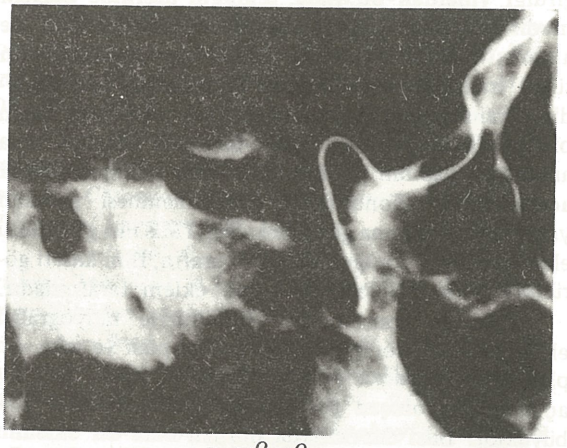
Şekil 2

1— Artiküler çıkıntı
2— Sella tursica
3— Anterior ve Posterior Clinoid çıkıntılar
4— Medial kutup
5— Kondil ön sınırı
6— Retroepikondil
7— Dışkulak yolu
8— Eklem boşluğu
9 — Fossa
10 — Mastoid hava hücreleri



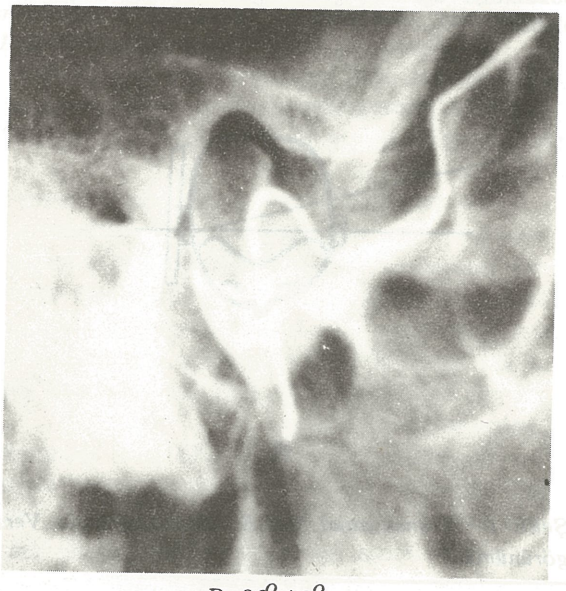


A: 25/0



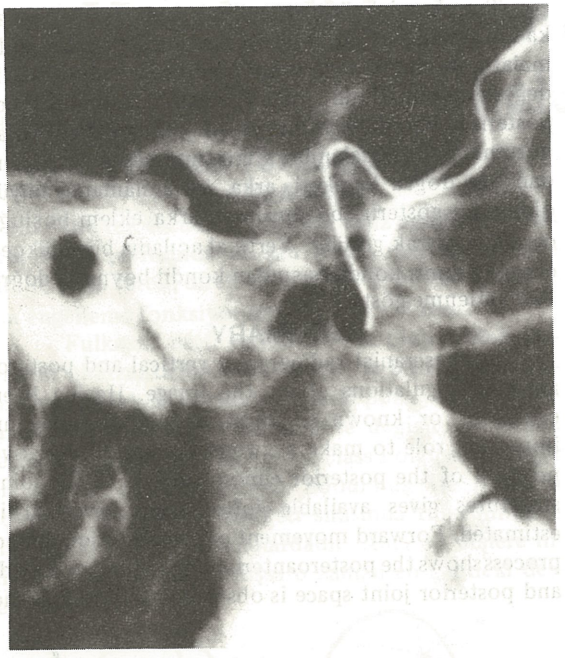
B: 25° / 7°

C: 25°/15°



D : 20° / 0°

Şekil — 3 : Uygulama sonucu elde edilen Röntgen filmleri



$E:20^{o}/7^{o}$

Transkranial radyografilerde posterior clinoid process, sella tursica ve anterior clinoid processler bağlantılı olarak görülür. Açılama sonucunda ekleme yakin görüntü verdiklerinde görüntüleri daha da belirginleşir, ekleme uzak olduklarında diğer yapılarla süperpozisyonlarına (üstüste binmelerine) bağlı olarak seçilmeleri zorlaşır.

Bu makalede çekim açılarına bağlı olarak, anatomik noktaların, özellikle posterior clinoid process'in durumunu değerlendirerek çekim açısının tahminlemesinde nasıl düşünülmesi gerektiğini açıklamaya çalışacağız.

GEREÇ VE YÖNTEM

Makale içerisinde konunun açıklanması amacıyla yer alan filmler, Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Cerrahi Ana Bilim Dalından sağlanan bir kuru kafa üzerinde gerçekleştirildi. Mandibula, fossalara pembe mum yardımı ile sabitleştirildi. Radyografik görüntülerde belirgin olmasını sağlamak amacıyla, posterior clinoid process, sella tursica ve anterior clinoid process' lerden geçecek şekilde bakır bir çubuk bükülerek yapılar üzerine sabitleştirildi.

Transkranial radyografilerde tablo : 1 de görülen açılama değerleri uygulandı.

VERTİKAL AÇI	25	25	25	20	20
ARKA-ÖN AÇI	0	7	15	0	7

Tablo 1

Bu açılamalar sonucunda elde edilen röntgen filmleri (Şekil -3: A.B.C.D.E Röntgenler)görülmektedir.

AÇILAMA VE GÖRÜNTÜ

Özellikle posterior clinoid processin ekleme olan uzaklığı, yakınlığı, ekleme göre yukarıda veya aşağıda yerleşmiş olması, film çekim açılarının tahminlenmesinde yardımcı olur. Röntgen filmi üzerindeki görüntü değişimlerinin patolojidenmi yoksa açılamadanmı olduğunun ayırdedilmesi teşhiste çok önemli bir noktayı oluşturur.

Anatomik yapıların kişiler arasında farklılıklar göstermelerine bağlı olarak, filmler üzerinde alacağı yerleşimler farklılık gösterir. Unutulmaması gereken, makalede verilen yerleşimlerin, günlük uygulamalarda elde edilenlerle farklılıklar gösterebileceğidir. Burada amaç uyguladığımız şartlarda, yapıların doğalla olan yaklaşık yerleşimleri, açılama değişimlerine bağımlı hareket yönleri ve sonuç görüntüye etkilerinin aktarılmasıdır.

Uygulama şartları altında çektiğimiz röntgen filmleri ve bunlardan elde edilen çizimler Şek.(4 A-B-C-D-E) üzerinde değerlendirme yapıldığında;

A— 25/ 0 şartlarında posterior clinoid proces'in kondil boynuna süperpoze olduğu görülmektedir.

B— 25/7 şartlarında, arka clinoid çıkıntı artiküler eminens'in önünde yer almış durumdadır. Posterior eklem boşluğunun da temporal kemiğin petroz parçasının süperpozisyonuna bağlı olarak tamamen kaybolduğu görülmektedir.

C— 25/15 şartlarında, clinoid çıkıntı eklem yapılarından iyice uzaklaşmış görülmekte, bunda da petroz kemiğin süperpozisyonu neticesinde arka eklem boşluğu izlenememektedir.

D—20/0 şartlarında, posterior clinoid proces kondilin ön kenarına süperpoze durumdadır, anterior clinoid proces'de artiküler çıkıntının hemen önünde yer almaktadır.

E—20/7 şartlarında elde edilen grafide, posterior clinoid proces, artiküler çıkıntının önünde süperpozisyon göstermektedir. Posterior eklem boşluğu ise tamamen dens petroz kemiğin yapıları ile süperpoze olarak kaybolmuş görülmektedir.

Yukarıda incelemelerden ortaya; vertikal açılamalar yönünden karşılaştırma yapıldığında: 25 derece ile yapılan çekilmelerde, posterior clinoid proces kondil boynu hizasındayken, 20 derecede yapılanlarda kondilin ön kısmı ile süperpoze olmuştur, yani vertikal açılamadaki azalma ile kondil boynundan kondile doğru bir yükselme yapmıştır.

Arka-ön açılama yönünden incelenecek olursa; açı 0 dereceden büyüdükçe, posterior clinoid proces'de kondilden, artiküler eminens ve daha öne doğru hareket etmektedir.

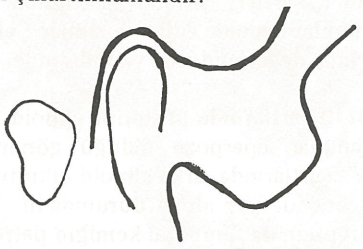
SONUÇ

Transkranial radyografilerin değerlendirilmesinde, vertikal ve arka-ön plan açılmalarının bilinmesi veya tahmin edilmesi, bunlarda meydana gelen değişikliklerin görüntü üzerine etkilerinden dolayı büyük önem taşır.

Genel kaide olarak, frontal düzleme göre daha geriden açılama yapıldıysa, yani arka-ön açılımı değeri büyükse, arka eklem boşluğu, daha daha önden açılmalarla elde edilen görüntülere oranla daralmış olarak görülecektir. Arka-ön açılamanın 5-7 derecelerden daha büyük olduğu durumlarda, arka eklem boşluğu temporal kemiğin petroz kısmı tarafından maskelenir.

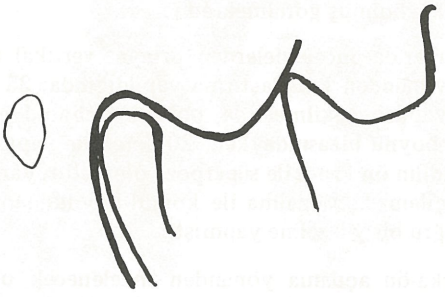
Eğer, transkranial radyografilerde, clinoid çıkıntının anterior yerleşimi fazla olarak görülüyorsa, bu durumda arka eklem boşluğundaki daralmadan anormal olarak bahsedilemez.

Vertikal açılamalardaki değişimlere bağlı olarak, clinoid çıkıntı kondilin ön kenarına süperpoze olduğunda kondilde kemik yığılımı intibaı uyandıracağı, artiküler çıkıntı ile olan süperpozisyonlarında, ön eklem boşluğunun daraldığı sanısını uyandırabileceği akıldan çıkartılmamalıdır.



A: $25^{O}/0^{O}$

C: $25^{O}/15^{O}$



E: $20^{O}/7^{O}$

Şekil- 4 : Röntgen filmlerinden elde edilen çizimler

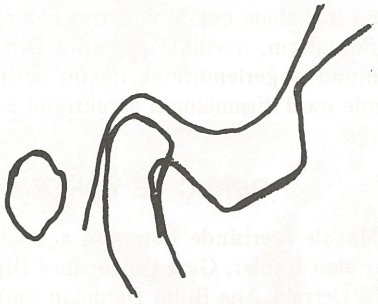
ÖZET

Transkranial röntgen çekimlerinde vertikal ve arka-ön açılamalar görüntü üzerine etki eder. Bu açılamaların bilinmesi veya tahmin edilmesi radyografinin değerlendirilmesinde önem taşır. Tahminlemede posterior clinoid çıkıntının eklem yapılarına göre olan durumundan faydalanılır. Çıkıntının eklem yapılarından öne doğru hareketi, arka -ön açılamanın büyük olduğunu gösterir, bu durumda arka eklem boşluğu daralmış olarak görülür. Vertikal açılama büyüdükçe , clinoid çıkıntı kondil başından kondil boynuna doğru hareketlenme gösterir.

SUMMARY

In transcranial radiography vertical and posteroanterior angulations effect the image. Having been estimated or known of these angulations play an important role to make a correct evaluation. Relative position of the posterior clinoid process to the joint structures gives available information, while it is estimated. Forward movement of the posterior clinoid process shows the posteroanterior angulation increased, and posterior joint space is observed narrowed, If the clinoid process moves from condyl to the neck of the condyle.

B: $25^{O}/7^{O}$



D: $20^{O}/0^{O}$

KAYNAKLAR

1 - *Farrar, W,B., Mc Carty, W.: A Clinical Outline of TMJ Diagnosis and Treatment., 17 th Ed, Ala, USA., Montgomery Walker Printing Comp,.1983.*

2- *Helms, C.A., Katzberg, R,W., Dolwick, F, M.: Internal Derangements of TMJ., Calif, 1983.*

3 - *Sarnat, , Laskin, D, M.: The Temporomandibuler Joint., Charles C.Thomas Publisher, Springfield, 1979.*

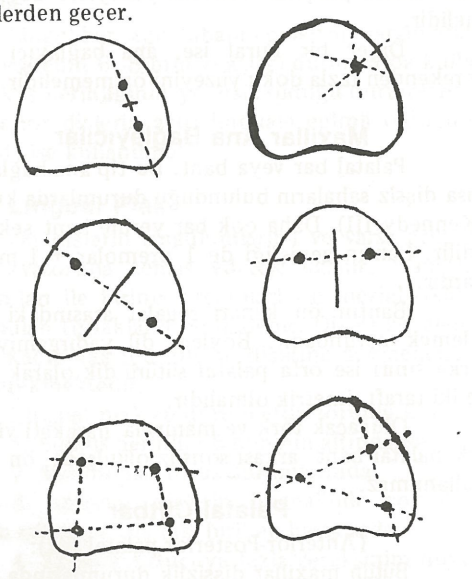
Hareketli bölümlü protez planlama ilkeleri-III

Halil Uğurlu*

İNDİREK TUTUCULARIN PLANLAMASI

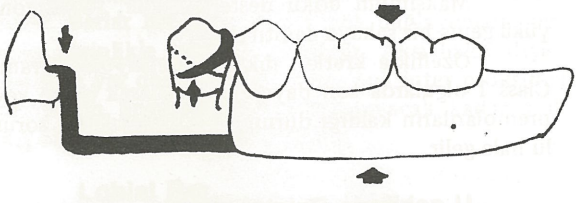
İndirek tutucular arkası sonsuz ağızlarda, fulkrum hattı çevresinde oluşan rotasyonel hareketlere direnç göstererek, direk tutucuların protezin oynamasını engelleme fonksiyonuna yardımcı olurlar.

Fulkrum hattı hayali bir hat olup destek dişlerdeki okluzal tırnaklardan geçer ve birden fazla olabilirler. Bu rakam ağızdaki dişlerin pozisyonuna, miktarına ve kroşe lokasyonuna göre değişir. Bir örnek vermek gerekirse, bir Kennedy Class I olgusunda, eğer ön dişlere indirek tutucu konulmuş ise protezin dokudan uzaklaşma hareketi sırasında fulkrum hattı en öndeki indirek tutuculardadır. Ama ön dişlere indirek tutucu konulmamışsa o zaman en gerideki destek dişlerden geçer.



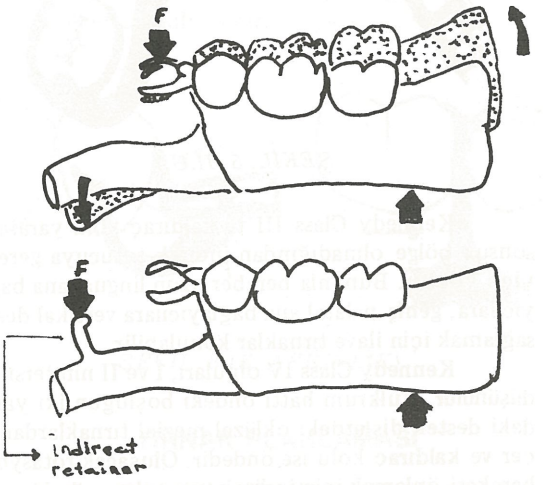
ŞEKİL: 1 (Henderson, D, Stefel V.L.)

İndirek tutucu, destek dişlerden geçen fulkrum hattının mümkünce en önüne yerleştirilir. Bu bir embraşur tırnak, lingual plak, çift lingual bar, bir oklüzal (insizal) tırnak veya protez kaide plağının bir parcası seklinde de olabilir.



ŞEKİL: 2 (E.L. MİLLER)

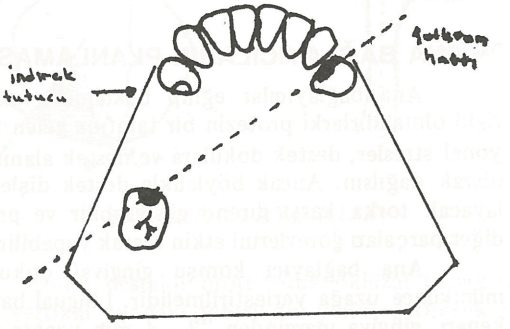
İndirek tutucu özellikle Kennedy Class I ve II hareketli bölümlü protezlerde gereklidir. Burada kaldıraç sisteminin mekanik avantajını kullanarak portez plağını yerinden çıkarıcı kuvvetlere karşı koyar.



ŞEKİL: 3 (Stewart, Rudd, Kuebker)

İndirek tutucu, distal uzantılı protezin en sonuna gelen, yerinden çıkarıcı kuvvetlere karşı direnç göstereceğinden dolayı, açılacak tırnak yuvaları, oluşan zararlı kuvveti dişin uzun aksına paralel iletebilecek şekilde ayarlanmalıdır. Santral ve lateallerin indirek tutucu desteğini taşıyacak kadar kuvvetli olmamaları ve eğimlerinin çok dik olmaları nedeniyle bu iş için kaninsingilumu ve birinci premoların mezial oklüzal yüzleri tercih edilir.

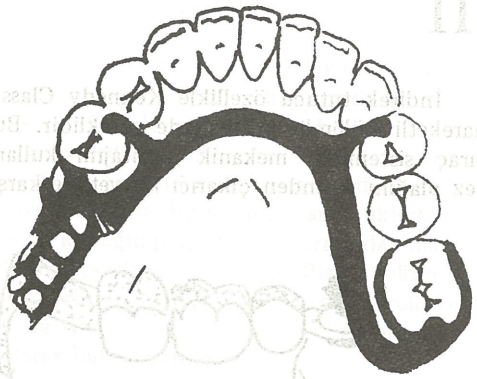
Kennedy Class II tek taraflı sonsuz olgularda, fulkrum hattı diş destekli taraftaki posterior destek dişten, dişsiz yandaki terminal destek dişe uzanır. Ve indirek tutucu dişsiz sahadan orta çizginin kontro lateraline yerleştirilir. Mandibular arktaki bu indirek



ŞEKİL: 4 (H.U.)

* *Dr. Dt., SSYB Ankara Hastanesi Diş Protez Uzmanı*

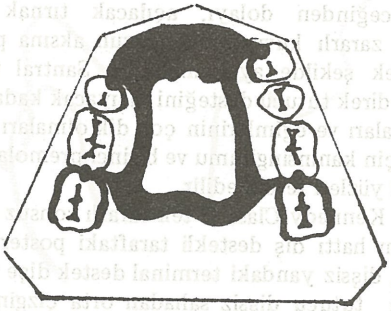
tutucunun bir görevi de lingual barın o bölgede mukozaya gömülmesini önlemek olacaktır.



ŞEKİL: 5 (H.U.)

Kennedy Class III te kaldıraç kolu yaratacak sonsuz bölge olmadığından indirek tutucuya gereksinimi yoktur. Bununla beraber uzun lingual ana bağlayıcılara, geniş palatal ana bağlayıcılara vertikal destek sağlamak için ilave tırnaklar konulabilir.

Kennedy Class IV olguları, I ve II nin tersi gibi düşünülür. Fulkrum hattı öndeki boşluğun iki yanındaki destek dişlerdeki oklüzal mezial tırnaklardan geçer ve kaldıraç kolu ise öndedir. Oluşacak rotasyonel hareketi önlemek için indirek tutucular mümkünse en posterior bölgedeki dişlere konulur. Bu dişlere aynı zamanda kroşe ve tırnak da konularak destekliğinden de yararlanılır.

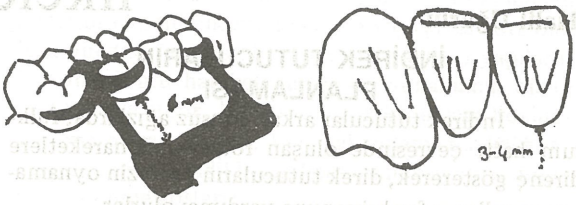


ŞEKİL: 6 (H.U.)

ANA BAĞLAYICILARIN PLANLAMASI

Ana bağlayıcılar eğilip bükülmez, katı yani rigid olmalıdırlarki protezin bir tarafına gelen fonksiyonel stresler, destek dokulara ve destek alanına eşit olarak dağılsın. Ancak böylelikle destek dişleri zorlayacak torka karşı direnç gösterebilir ve protezin diğer parçaları görevlerini etkin olarak yapabilirler.

Ana bağlayıcı komşu gingival dokulardan mümkünce uzağa yerleştirilmelidir. Lingual barın üst kenarı, gingiva marginden "3 - 4 mm uzakta yer almalıdır. Maxillar arkta ise gene gingival marginden 6 mm uzakta seyretmelidir. Eğer dişetinin üzerinden geçmesi gerekiyorsa metalle doku arasına bir boşluk bırakıp bir köprü şeklinde atlaması sağlanmalıdır.



ŞEKİL: 7 (E. AYDINLIK)

Anterior palatal bar veya plağın ön kenarı dile takılmayacak şekilde doku kıvrımlarına ve konturlarına uymalıdır. Protez planlanırken dışbükey yüzeylere herhangi bir parçasının gelmemesine dikkat edilmelidir. Bunun yerine sözü edilen parçaların lokalizasyonu için vadilerden, embraşurlardan yararlanılmalıdır. Bütün parçalar konveks yüzeylere doğru incelmelidir.

Diğer bir kural ise, ana bağlayıcı örtmesi gerekenden fazla doku yüzeyini örtmemelidir.

Maxillar Ana Bağlayıcılar

Palatal bar veya bant: Bu tip ana bağlayıcı tip kısa dişsiz sahaların bulunduğu durumlarda kullanılır. (Kennedy III). Daha çok bar yerine bant şekli tercih edilir. Bantın genişliği de 1 premolar + 1 molar kadardır.

Bantın ön kenarı rugalar arasındaki vadileri izlemek zorundadır. Böylece dil yadırgamıyacaktır. Arka sınırı ise orta palatal sütürü dik olarak geçmeli ve iki tarafı simetrik olmalıdır.

Oluşacak tork ve manivela hareketi yüzünden tek palatal bant arkası sonsuz olgularda, ön bölgede kullanılmaz.

Palatal Çiftbar

(Anterior-Posterior palatal bar):

Bütün maxillar dişsizlik durumlarında kullanılır denilirse de en çok Class II ve IV te tercih edilir.

Anterior barın ön kenarı tırnak yerlerinden daha önce geçmemelidir. Ruga vadilerini izleyerek palatal sütürü dik geçmelidir. Posterior bar ise yumuşak damağa girmeden mümkünce geride yer almalıdır ve gene orta palatal sütürü dik geçmelidir.

Tam Palatal Plak

Maksimum doku desteği sağlar, fonksiyonel yükü geniş bir sahaya dağıtır.

Özellikle kretleri dikey rezorpsiyona uğramış Class I olgularda son dayanak diş olarak kanin veya premolarların kaldığı durumlarda kullanılması zorunlu hale gelir.

U şeklinde Palatal Plak

Maksimum doku desteği sağlar, fonksiyonel yükü geniş bir sahaya dağıtır.

Özellikle kretleri dikey rezorpsiyona uğramış Class I olgularda son dayanak diş olarak kanin veya premolarların kaldığı durumlarda kullanılması zorunlu hale gelir.

U şeklinde palatal plak (At nalı):

Zayıf bir bağlayıcı tipidir. Keyfi, gelişigüzel kullanılmamalıdır. Geniş ve inoperabl andırkatlı torus durumlarında tam plak kullanılmadığında endike olabilir.

Bu bağlayıcı tipi ön tarafta indirek tutucularla desteklenmeli ve diş etinden uzakta yer almalıdır. Rigiditeyi sağlamak içinse çok sayıda dişten destek alınmalıdır.

MANDİBULAR ANA BAĞLAYICILAR

Lingual Bar

En çok kullanılan bağlayıcı tipidir. Barın üst kenarı gingival marginden 3 - 4 mm uzakta, alt kenarı ise ağız tabanındaki yumuşak dokuları velingual frenilumu engellemeyecek yükseklikte lokalize olmalıdır.

Lingul bar, ağız tabanı - gingival margin arasındaki mesafenin 6 -8 mm yi aştığı durumlarda kullanılır. Sulkus derinliğinin yetersiz olduğu durumlarda ve alt anterior dişlerin aşırı linguale eğimli olduğu durumlarda ise kullanılmaz.

Lingual Plak

Ön dişlerin singulumlarına ve varsa arka dişlerin ekvatoruna temas ederek uzanır. Kaninlerin singilumları ile birinci premolarların mezial oklüzaline konulan tırnaklarla desteklenir. Dişeti zedelenmesinden kaçınmak için plağın dişetine değmeden atlaması gerekmektedir.

Lingual plak şu durumlarda zorunlu kullanılır:

1- Sulkus derinliği 8 mm nin altında ise

2- Mandibular torus durumlarında

3- anterior dişlerin lingualinde çok çabuk ve fazla miktarda diş taşı biriken hastalarda

4- İndirek tutucuya fazla gereksinim duyulan durumlarda

5- Periodontal olarak zayıf anterior dişlerin stabilize edilmesi gerekiyorsa, komşu dişlere atılan insizal tırnaklarla desteklenen bir lingual plak kullanılır.

Çift Lingual Bar

Üstteki ince olan bar hem çok iyi bir indirek tutucudur hem de protezin stabilitesine katkıda bulunur. Barlar her iki yanda küçük bağlayıcılarla birleşip kesinlikle tırnak taşımalıdır. Aksi halde dişler vestibüle yer değiştirebilir. Daha çok inter proksimal girintilerin lingual plak kullanılmayacak kadar açılmış olduğu durumlarda kullanılır.

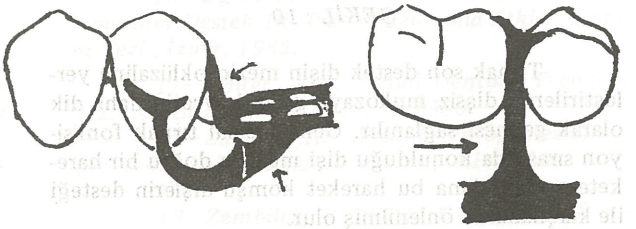
Lobial Bar

Alt keser ve premolarların aşırı bir şekilde linguale eğimli olduğu durumlarda ana bağlayıcı lingual bölge yerine labial sulkusa konulur. Ayrıca inoperabl lingual torus ve exostos durumlarında da kullanılır.

YAN BAĞLAYICILARIN PLANLAMASI

Ana bağlayıcılar gibi yan bağlayıcılar da rigid olabilmeleri için yeterli hacimde olmalıdırlar.

Dişlere değim yerleri hiçbir zaman dışbükey yüzeyde olmamalı, dilin farkedemiyeceği inter proksimal bölgelere yerleştirilmelidir. Kesiti üçgen şeklinde olup 90 derecelik bir açıyla ana bağlayıcı ile birleşmelidir. Dokuya zarar vermemesi için de dişeti ile arasına relief bırakılmalıdır.

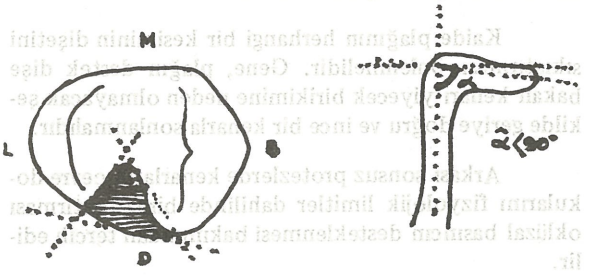


ŞEKİL: 8 (E. AYDINLIK)

TIRNAK PLANLAMASI

Genel olarak oklüzal tırnaklar premolar ve molarlarda, singilum tırnakları maxillar kaninlerde, insizal tırnaklar ise ön keser dişlerde tercih edilir.

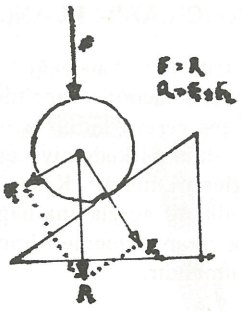
Oklüzal tırnaklar dişler üzerine öyle lokalize edilmelidir ki gelen kuvvetler dişin uzun aksine paralel olsun. Bunun içinde dişlerin oklüzaline tepesi diş merkezine yakın yumuşak oval üçgen şeklinde tırnak yuvaları açılmalıdır. Tırnak köşesi dik veya 90 dereceden az olmalıdır ki gelen yük dişin eksenine paralel iletilebilsin. Eğer 90 dereceden fazla olursa, proteze vertikal yük bindiğinde oluşan eğik düzlem üzerinde tırnak kayarak destek dişten uzaklaşacak ve destek dişe ortodontik kuvvet gelmesine neden olacaktır.



ŞEKİL: 9 (E. AYDINLIK)

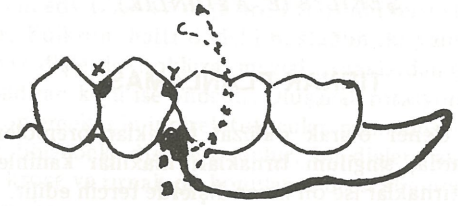
Doku destekli protezlerde oklüzal tırnak sadece vertikal yöndeki görevlerini yerine getirecek şekilde planlanmalıdır. Horizontal yöndeki hareketler başka elemanlarla stabilize edilmeye çalışılır. Özellik-

le arkası sonsuz olgularda son destek dişin distalindeki mukoza protezin yıkıcı etkilerinden korunmalıdır.



ŞEKİL : 10

Tırnak son destek dişin mezio oklüzaline yerleştirilerek dişsiz mukozaya gelen kuvvetin daha dik olarak gelmesi sağlanılır. Gene mezial tırnak fonksiyon sırasında konulduğu dişi meziale doğru bir harekete zorlar. Ama bu hareket komşu dişlerin desteği ile karşılanarak önlenilmiş olur.



ŞEKİL: 11 (G.A. ZACH)

IZGARALARIN VE KAİDE PLAĞININ PLANLAMASI

Retansiyon ızgaralarının altında akrilin geleceği kadar boşluk bırakılmalı ve 2 mm lik stoperler ihmal edilmemelidir. Bitmiş protezin vestibül plaklarındaki kırılmaları önlemek için ızgaralar yeteri kadar bukkalde yer almalıdır. Alt çenede kretin 2/3 üne kadar üstte ise kret boyunca uzanmalıdır.

Kaide plağının herhangi bir kesiminin dişetini sıkıştırması önlenmelidir. Gene, plağın destek dişe bakan kenarı yiyecek birikimine neden olmayacak şekilde geriye doğru ve ince bir kenarla sonlanmalıdır.

Arkası sonsuz protezlerde kenarların çevre dokularını fizyolojik limitler dahilinde biraz bastırması oklüzal basıncın desteklenmesi bakımından tercih edilir.

Protez plağı mümkünce en geniş yüzeyi kaplamalı ve protez destekliğine yardımcı olmalı, yüzey ayrıntılarını iyi yansıtmalıdır.

Polisajlı yüzeyler ise hastanın maksimum nöro müsküler kontrolünü sağlıyacak şekilde biçimlendirilmelidir.

ÖZET

1 — Protezin retansiyonu (tutuculuğu) planlamanın temel amacı olarak kabul edilmemelidir. Bunun yerine etkinlik (verimlilik), estetik, rahatlık ve oral dokuları koruma gibi faktörler öncelikle göz önünde tutulmalıdır.

2 — Doğru bir şekilde planlanmış olan protez yatay, dikey ve ön - arka rotasyonel yöndeki kuvetlere direnç gösterebilmelidir.

3 — Gerekli en basit kroşe tipi seçilmelidir. Kroşe fonksiyonel stres gelinceye kadar bulunduğu yerde pasif kalmalı, protez plağının en küçük yer değiştirmelerinde destek dişe tork vermemelidir. Kroşeler stresin mümkünçü en iyi kontrolünü sağlıyacak şekilde stratejik olarak yerleştirilmelidir. Destek dişlere stres dağılımını sağlamanın bir yolu da çok destek dişten yararlanmaktır.

4 - Destek dişler rehber yüzeylerinin doğru bir şekilde hazırlanmış olması, protezin stabilitesine katkıda bulunur.

5 — Diş destekliğinden en iyi şekilde yararlanılmalı ve destek dişlere kuvvetin dişin uzun ekseni boyunca gelebilmesi için uygun tırnak yuvaları açılmalıdır.

6 — En basit ve gerekli ana bağlayıcı seçimi doğru yapılmalıdır.

7 — Protezin hiçbir parçasının serbest gingival margini incitmesine izin verilmemelidir.

8 — Bütün ana ve yan bağlayıcılar kesinlikle rigid olmalıdır.

9 — Bölümlü protezlerin şekli, konturları ve bitirilmesi besin birikimini en aza indirecek şekilde olmalıdır.

10—Destek dişler ve alveol kretlerinden destek alan bölümlü protezlerde her iki destekten maksimum derecede yararlanılmalıdır.

11—Destek diş ve rezidüel mukozayı harap edici kuvvetleri en aza indirmek için harmonik bir oklüzyon sağlanmalıdır.

12—Gerek tanı modelinin ve gerekse ana modelin mutlaka paralelometre ile incelenmesi gerekir.

SON SÖZ

Hareketli Bölümlü Protez planlaması gibi son derece önemli bir konu meslektaşlarımız tarafından genellikle ihmal edilmekte ve bu iş laboratuvar teknisyenlerine bırakılmaktadır. Konunun önemini kavrayabilmek için kendi kendimize sormalıyız:
Laboratuvar teknisyenlerinin bizden daha iyi bir planlama yapacağına inanıyor muyuz?
Veya
protezin planlaması gibi çok önemli bir konuya ayıracak zamanımız mı yoktur?

Bir laboratuvar teknisyeni yaptığı planlamanın ağızdaki canlı dokulara verdiği harabiyetten habersizdir ve izlemesi de mümkün değildir. Oysa hepimiz biliyoruz ki ağızda destrüktif etki yapmayacak bir plan-

lama için periodontoloji, dental anatomi, oral histoloji, fizyoloji ve röntgenografik yorum gibi ek bilgilere gereksinimimiz vardır.

SUMMARY

The dentist must accept the responsibility for design of removable partial dentures. He must demonstrate this ability based on his knowledge of living tissue.

Certain important biomechanical principles apply to the design of all removable partial dentures. These principles were reviewed in light of preservation of oral tissues.

KAYNAKLAR

1 — Aydınlık, E: Kroşe Tutuculu Protezler. Dr. İbrahim Çağlayan Mezuniyet Sonrası Eğitimi ve Bilimsel Teknik Araştırma Vakfı Yayınları No: 1 Ankara, 1979.

2 — Berg, T.: I-Bar: Myth and Counter myth. Dent. Clin. North. Am. 23:1, 65, 1979.

3 — Çalıkkocaoğlu, S: Modern Protezlere Genel Bir Bakış. İ.Ü.D.H.F.D. 2:1, 65, Ayrı Baskı.

4 — Gomes, B.C., Renner, A, Bauer, P,N.: Considerations in removable partial dentures., J.A.D.A., 101:3, 1980.

5— Henderson, D.S., Steffel, V.L.,: Mc. Cracken's Removable Partial Prosthodontics., 5th Ed., The C.V.Mosby Comp., Saint Louis, 1977.

6 — La Vere, A., Kroll, A.: Selection of major connector for the extension-base removable partial denture., J. Prosthet. Dent.,30:1, 1973.

7 — Miller, E.L.: Removable Partial Prosthodontics. The Villiams and Vilkins Comp., Baltimore, 1976.

8 — Öktemer, M.: Ders Notları. H.Ü.D.H.F. Protez Birimi Öğretim Üyesi.

9 — Stevart, K.L, Rud, K.D, Kuebker, V.A.: Clinicalremovable Partial Prosthodontics., The C.V. Mosby Comp., 1983.

10—Uğurlu, H: Hareketli Bölümlü Protez Planlamasının Destek Diş Plak Oluşumuna Etkisi., Doktora Tezi., İzmir, 1982.

11—Walter, J.D.: Partial Denture Technique. 1,2,3,4., Brit, Dent. J., 148.70, 1980.

12—Zach, G.A.: Advantages of mezial rests for removable partial dentures., J.Prosthet. Dent., 33:1, 1975.

13—Zembilci, G: Parsiyel (Bölümlü) Protezler. (plaklı iskelet protezler ve laboratuvar işlemi) İ.Ü.D.H.F. Yayınlarından., Fakülte yayın No: 19, İstanbul, 1977.

Dişhekimliğinde ağrı

Ümit Ülküer*

AĞRI NEDİR:

Ağrı insanı çok rahatsız etmekle birlikte, vücuttaki bir tehlikeyi, bir enfeksiyonu, ya da hastalığı haber verdiği için, acı söyleyen bir dost olarak nitelindirilebilir. Aslında her incinme ağrıya yol açmaz ve her ağrı bir incinme sonucu değildir, ama normal koşullar altında, ağrı, vücutta bir bozukluk bulunduğunun habercisidir.

Normalde hiç kimse ağrıdan kaçamaz. Ağrı vücut için hoş değildir, rahatsızlık verir ve bir cevap karakterindedir. Bu cevap, fonksiyonsuzluk, hastalık, ve yaralanmalardan doğan irritasyonlara karşı verilen bir cevaptır. Ağrı, diş hekiminin tedavi şeklini saptayan en önemli Septomdur denebilir.

Ağrının iki fenomeni (olgusu) vardır: Algılama ve reaksiyon. Algılama basittir, sinirseldir, alıcı ve hissedici bir mekanizmadır. Reaksiyon ise algılamaya karşı gösterilen bir harekettir. Bu hareket, büyük ölçüde daha önceki hayat tecrübelerine dayanan düşüncelerini sentezleyen kişinin ağrı hakkındaki his ve hareketlerini kapsar. Böylelikle algılama fizyolojik, reaksiyon ise fizyo-psikolojikdir denir ve diagnostik yönden bu durum önem taşır. Wolff adlı araştırıcı bu iki fenomeni "ağrının çift olgusu" olarak tanımlar.

Ağrı hernekadar subjektif ise de, buna bağlı bir patolojiyi tespit etmek hastanın tarif ettiği ağrının sonucu olan reaksiyonların ve alınan anemnezin yorumlanmasına bağlıdır. Ağrının tarifi şahıstan şahısa değişebileceği için, tanıda yanılmamak gayesiyle acele bir teşhisten kaçınılmalıdır. Hastanın kendi ifadesi ile ağrısını tarif ve izah etmesine olanak vermek en doğru iştir. Ancak bu konuda dikkatli bulunarak anlatılanların tümünü doğru kabul etmememiz de gerekir.

Ağrının tarifini karıştıran nokta, bu olayın en hafif rahatsız edici durumlardan en delici ağrı yaratan durumlara kadar çok geniş bir sahayı kapsamasıdır. Bazen ağrının nedeni gayet açıktır; örneğin profund bir çürükten doğan ağrı veya çekim sonrası ağrısı gibi. Öte yandan klinik olarak saptanan şiddetli bir facial ağrının kaynağı çoğu zaman belirsizdir ve ağrıya neden olan herhangibir lezyon gösterilemez; örneğin trigeminal nevralji gibi. Sicher, hasta tarafından tarif edilen ağrı bölgelerinin, periferal ve central innervasyon anatomisine de zıt düşebileceğini göstermiştir. Bu durum gerçek fiziksel ağrının belli segmental sahalarda ya da bir veya birden fazla periferal sinir boyunca olmadığını ortaya koyar. Eğer hasta ağrılarının fiziksel olarak imkansız olan bir sahadan geldiğinde ısrar ediyorsa bu durumda psikojenik bir ağrı da söz konusu olabilir. Sicher bu tür psikojenik ağrıların bir neurosis durumu olabileceğini ileri sürer.

Bilindiği gibi ağrı eşiği insanda günden güne, erkekten dişiye, gençlikten yaşlılığa değin değişen mültiform bir yapı gösterir. Wolff ve arkadaşları aynı kişiler üzerinde yaptıkları deneylerde, ağrı meydana getirici devamlı stimülüs algılanmasında % 5 oranında değişiklik görmüşlerdir. Yine bu kontrollü deneyler göstermiştir ki analjezi, düşünce şekli ve inanma ile ilgili olarak ağrı algılaması değişmektedir. Şurası enteresandır ki ağrının şiddeti doğrudan doğruya doku yaralanmasının derecesine ya da şiddetine bağlı olmamaktadır. Bir diş için basit ve çok düşük seviyede devamlı gelen stimülüsler dahi şiddetli ağrılara neden olabilmektedir.

Ağrının ortamla ilgili olduğu ve psikolojik nedenlere de dayandığı söylenebilir. Hekimlere başvuran ve ruh hastalığı bulunan kişilerin % 60 ında ağrılarının ruhsal nedenli olduğu saptanmıştır. Bir insanın sürekli ruhsal gerilim içinde bulunması, bir konuda sürekli endişe duyması, kasların sürekli kasılmasına ve aşırı miktarda yıkım ürününün kanda birikmesine ve bu yolla da ağrıya yol açtığı sanılmaktadır.

AĞRININ ALGILANMASI

Ağrı duymayı sağlıyan sensitif sinir lifleri vücudun değişik bölümlerinde değişik yoğunlukta bulunurlar. Bunların sayısı deride ve periostumda bol miktardadır, ancak örneğin kemik içinde az sayıda bulunurlar. Dışarıdan gelen uyaranların sayısı çoğalırsa, ağrı duyma olasılığı çoğalır. Duyulan ağrının yoğunluğu uyarılan sinir liflerinin sayısına ve bu uyarıların beyne iletilme frekansına bağlıdır.

Ağrı duyulmasını sağlayan algılayıcılar yeni reseptörler, deride ve öbür duyarlı alanlarda dallanan sinir ağının en uçtaki elemanlarıdır. Bu reseptörlerde algılanan ağrı, çapları çok küçük olan sinir lifleri tarafından elektriksel uyarı olarak merkezi sinir sistemine taşınır. Bilindiği gibi sinir lifleri myelinli ve myelinsiz olmak üzere iki tiptedir. Myelinli lifler 2-5 mikron çapında olup iletileri saniyede 12-30 metre hızla iletirler. Myelinsiz lifler ise daha kalın olup ileti hızları saniyede 0.2-2 metredir. Myelinsiz lifler arka köklerin lateral kısmında bulunurlar ve genellikle arka kök C lifleri olarak adlandırılırlar.

Sinir liflerinin omurilik yakınındaki başlangıcında birer sinir hücresi vardır. Bu sinir hücreleri omuriliğin arkasında ganglion denen kümeler meydana getirirler. Gangliondan kalkan lifler reseptörlere uzandıkları gibi, omurilik içine de birer sinir uzantısı vererek, çevreden aldıkları uyarıları iletirler.

* *Dr.Dt., Oral Diagnoz ve Radyoloji Uzmanı, Serbest dişhekimi.*

İLETİNİN YÖNÜ

Omuriliğin arkasında bulunan ve ganglion denen sinir hücreleri kümelerinden uzanan lifler, omirilikte gri renkli alanda sona ererler. Omuriliğin ortasında bulunan bu gri renkli alanın 'substantia gelatinosa' adı verilen bölümünde sinirlerden gelen uyarılar hız ve frenkans açısından değişikliğe uğrarlar. Bu alandan kalkan yeni sinir uzantıları omuriliğin karşı bölümüne geçer ve buradan da beyne doğru yükselirler.

Böylece vücudun sol yarısından gelen uyarılar omuriliğin sağında, vücudun sağ yarısından gelen uyarılar ise omuriliğin solunda yukarı çıkarlar. Bu ileti yoluna "Anterio-lateral Spinotalamic" yol denir ve talamusa kadar uzanır. Bu yolla talamusa kadar gelen ağrı impulsları talamusun ön posterio-medial ve posterio -lateral çekirdeklerine ulaşırlar, buradan da beyin kabuğunun gyrus post centralisine aktarılırlar. Beyinde spesifik bir ağrı merkezi henüz bulunamamıştır. Ancak ağrıların yorumlanmasında talamusun çok önemli bir rolünün olduğu kesinlikle bilinmektedir.

Ağrı, kısa bir süre içinde oluşan bazı kimyasal mediatörlerin açığa çıkması ile başlar. Vücudun her hangi bir yerine enjekte edildiğinde buralarda da bu maddelere bağlı olarak ağrı meydana geldiği bilinmektedir. Mediatör maddeler arasında proteinlerin yıkım ürünleri, plazma kininleri ve prostaglandinler bulunmaktadır.

YANSIYAN AĞRILAR

Genel olarak ağrılar merkezi ve yansıyan ağrılar olmak üzere ikiye ayrılabilir. Merkezi ya da direkt ağrı, gösterilebilinen bir lezyona bağlı olan belli bir sahadaki spontan ağrılardır. Nedenin ortadan kalkmasıyla ekseriya ağrı da ortadan kalkar. Yansıyan ağrılar ise kaynağın dışındaki başka bir sahada görülen ağrılardır ve o bölgedeki herhangi bir lezyona bağlı olmaksızın oluşurlar. Başka bir tarifle, bir visseral organın irritasyonuna bağlı ağrı, bu organda değilde, bu organdan hayli uzaktaki bir bölgede duyulan bir ağrı meydana getirirse bu şekildeki ağrıya somatik oluşumlara yayılan ağrı denir.

Eğer ağrı yayılırsa, bu, genellikle ağrının kaynağı olan oluşumun embrinoyel segmentine veya dermatomunadır. Bu prensibe "Dermatom Kuralı" denir. Örneğin diyaframa embriyonolojik gelişme esnasında boyun bölgesinden, erişkindeki yeri olan karın bölgesine yerleşir ve kendisini innerve eden N. Pherenicus uda birlikte götürür. N. Phrenicus liflerinin üçte biri aferenttir ve omuriliğe 2. ve 4. boyun segmentleri seviyesinden girerler. Aynı seviyeden omuz başının afferent lifleri de omuriliğe girerler. Yine bunun gibi kalp, sol kol, omuz ve boyuna ait lifler de aynı segmental orijine sahiptirler. Bu nedenle diyafragma ağrıları omuz başı, sol kol ve boyun bölgelerinde de duyulurlar.

Yansıyan ağrılarda iki teorinin önemi vardır:

CONVERGENCE (Toplanma)

Periferik sinirlere ait çok sayıdaki sensitif liflerin omurilikteki spinotalamik nöronlarda toplanması sonucu aynı seviyede S.S.S.'ne giren visseral ve somatik oluşumların sinirleri birbirleri ile ileti halinde bulunur. Somatik ağrıya visseral ağrıdan daha çok rastlanır ve somatik bir bölgeye ait yoldan beyine gelen aktivitenin o özel somatik bölgedeki bir ağrı uyarısına ait olduğunu beyin öğrenir.

Eğer aynı yol visseral afferentlerdeki aktivite ile uyarılırsa, beyne varan impulslar aynı karakterdedir ve ağrı somatik bölgeye yönelir. Yayılan ağrıların mekanizmasına ait teorilerden biri bu gerçek üzerine kurulmuştur ve yansıyan ağrılarda geçmiş tecrübenin büyük önemi olduğu görülmektedir.

FACİLİTATİON (Kolaylaştırma)

Yansıyan ağrıya ait başka bir teori de eşik altı deşarj etkileri yüzünden visseral oluşumlardan gelen impulsların, somatik bölgelerden çıkan afferentlerin vardığı spino -talamik nöronların eşiğini düşürdüğünü kabul ediyor. Bu teoriye göre, bu şekilde somatik bölgeden çıkan ağrı yollarındaki küçük bir aktivite -ki normalde bu aktivite omurilikte söner- beyne ulaşabilir.

Hem convergence hemde facilitation'un birlikte yansıyan ağrıların patogenezinde rol oynadığı söylenebilir. Örnek vermek gerekirse iç organlara ait yansıyan ağrılardan en genel olanları şunlardır:

I) Renal kolitlerden kalçalara yansıyan ağrılar.
II) Akud apandistlerden epigastriuma yansıyan ağrılar.
III) Angina pectorislerden sol kola yansıyan ağrılar.
IV) Aynı şekilde akud rheumatic feverli hastaların tüm dişlere vuran yansıyıcı ağrıları vardır.

YANSIYAN DİŞ AĞRILARI

Ağız içi ve çevresindeki patolojilerde teşhisi güçleştiren problemlerden birisi de yansıyan diş ağrılarıdır. Bu tür ağrılar bir pulpitilisten kaynaklanıp dişten dişe yansırlar çoğunlukla. Bazı durumlarda ağız çevresi dokulardan dişlere yansıyan ağrılar da olur. Bazen de sistemik hastalıkların ve özellikle kalp hastalıklarının çenelere ve dişlere vuran hali görülür.

Yansıyan diş ağrılarının en çok bilineni mandibular molarlardan doğan ağrıların kulak nahiyesinde hissedilen şeklidir. (Hemo-lateral kulak sahası) Bu durumun tersi de görülebilir; otitis mediadan kaynaklanan ağrılar mandibular molarlara yansıyabilirler.

Bir diş hekiminin dikkate alması gereken genel yansıyan ağrı durumları şunlardır:

A) Yansıyan pulpal ağrılar,
B) Nasal ve paranasal dokulardan yansıyan ağrılar,
C) Angina pectoris, coroner thrombosis ve myokard enfarktüsünden çenelere yansıyan ağrılar.

Hangi durumda olursa olsun yansıyan ağrıları tayin edebilmek oral diagnozda çok önemli yer tutar.

YANSIYAN PULPAL AĞRILAR

Yüzün sensitif siniri N. Trigeminustur ve afferent liflerinin taşıdığı impulslar Oftalmik, Maxiller ve Mandibuler dalları boyunca iletilerek beyindeki Trigeminal traktusa taşınırlar. Belli lokalize bir sahadan başlayan ağrı daha sonra sinir boyunca yayılarak komşu segmentlere ve en sonunda uzak sahalara taşınır. Düşük seviyedeki bir stimülüs bile Trigeminal sinir boyunca taşınarak yansıyan ağrılara neden olabilir.

Dişten dişe ve dişten civardaki yüzeysel ve derin dokulara yansıyan ağrılar Glick, Robertson, Wolff, Ray ve Goodel gibi birçok araştırıcı tarafından incelenmiştir. Bu araştırıcılar kendi dişleri üzerindeki mine defektleri arasına elektrotlar yerleştirerek diş ağrıları yaratmışlar ve 0,5-10 volt arasındaki elektrik akımının dişlerde şiddetli ağrı yarattığını görmüşlerdir. Ayrıca böyle bir ağrının devam ederek 10 dakikayı geçmesi halinde civara taşındığını ve dişi inerve eden tüm sinir boyunca yayıldığını belirtmişlerdir.

Wolff, maxiller 2. premolardan yansıyan ağrıları kendi üzerinde tarif ederken, 10 voltluk elektrik akımı ile ilk 10 dakika içersinde tatbik edilen dişte rahatsız edici lokal bir ağrı meydana geldiğini söylemiş, 10 dakikadan sonra kulakta uyuşukluk, dolgunluk, kaslarda sertlik görüldüğünü ve hadisenin unilateral olarak temporal, zygomatik ve surpraorbital sahalara yayıldığını belirmiştir. 20 dakika sonra başın yarısını tutan bir ağrı tablosu ortaya çıkmıştır.

Aynı denemeyi mandibular 1. molar üzerinde yapan Wolff, 10 dakika içinde şiddetli bir ağrı gözlemiş, ağrının kulağa doğru yayıldığını, zygoma ve alın bölgelerinde dolgunluk, uyuşukluk ve kaslarda bir sertleşme baş gösterdiğini rapor etmiştir. 20 dakika sonra da yüzün alt yarısını tutan tek taraflı bir ağrı ortaya çıkmıştır.

Bir defasında da hem alt hem de üst dişlere aynı anda elektriki stümülasyon uygulayan Wolff, lakrimasyon ve salivasyonun arttığını yüzün kızardığını, fotofobi ve genel bir terleme durumunun ortaya çıktığını, masseter kasın sertleştiğini, kaslardan asetilsalisilik asit salgılandığını ortaya koymuştur. Uzun süren stimülüsler 8-10 dakika baş ağrısı yaratmış, stümülasyon kesildiğinde yukarda sayılan durumlar reversible olarak ortadan kalkmıştır.

Wolff ve Ray pulpal ağrıların derin ve yüzeysel bölgelere yansımalarını kolaylıkla izah edebilmişler fakat bir dişten diğerine yada paranasal dokulardan diğerine olan yansıyıcı ağrılara kesin bir açıklama getirememişlerdir. Bu tip ağrılar ise Ruch tarafından izah edilmiş ve "alışkanlıktan kaynaklı" olduğu ifade edilmiştir (Habit Reference). Ruch'a göre ağrı öğrenilmiş bir fenomendir ve oluşan bir ağrı ait olduğu sinirin dağılımı boyunca yayılırken öncelikle örneğin daha önceki bir operasyon sahasında, travmaya uğramış bir bölgede yada patolojik bir proçes bulunan komşu sahada kendini hissettirmektedir.

Daha sonraları Hutchins ve Reynolds da "alışkanlık kaynaklı" (huy edinilmiş) ağrılar üzerinde çalışmalar yapmışlardır. Lokal anestezi yapmadan doldurulan üst dişlerde sonradan nasal duvarın bir iğneyle uyarılması sonucu dolgu yapılan dişlerde de ağrı meydana geldiğini görmüşlerdir. Ruch, sinüs ağrılarının da aynı şekilde önceden öğrenilmiş ağrılar olarak üst dişlere yansıdığını söylemiştir. Aynı şekilde düşünerek dişten dişe yansıyan pulpal ağrılara da bir açıklama getirilmiştir. Daha önceden traumatize olmuş, çürükten dolayı hassasiyet görülmüş yada dolgu yapılmış bir dişte öncelikle yansıyan pulpal ağrılar meydana gelmektedir.

Reynolds ve Hutchins, aynı kişi üzerinde biri sağ üst çenede anestezi yapmadan, diğeride aynı şekilde sol üst çenede anestezi yapmadan trumatik şekilde iki kavite açarak doldurmuşlar ve bir müddet sonra burundan maxiller ostiuma bir iğne batırılınca her iki dişte de ağrı oluştuğunu gözlemişlerdir. Bu durum sabit kılındıktan sonra kavitelerden biri anestezi altında diğeri ise yine anestezisiz şekilde açılmış ve iki hafta sonra sinüsü iğneyle uyardıklarında sadece anestezisiz açılan tarafta ağrı meydana geldiğini görmüş, anestezi ile açılan tarafta hiç bir ağrının meydana gelmediğini göstermişlerdir.

Klinikte şüphelenilen bir dişin yansıyıcı ağrılar yapıp yapmadığını anlamak mümkündür. Böyle bir dişi çevreliyen dokulara lokal anestezi verildiğinde eğer ağrı azalır veya yok olursa yasıyan ağrılara sebep olan bu diştir. Diğer bir teşhis metodu da sahanın palpasyonu ve dişlerin perküsyonudur. Hastanın şikayetçi olduğu bölgede herhangi bir hassasiyet yoksa buradaki ağrılar başka bir yerden yansıyor demektir.

Yansıyan ağrılar sadece derin bölgelere ait değildir, deri ve mucous membran gibi superficial alanları da tutar. Bu tip yüzeyel ağrılar çoğunlukla hasta tarafından lokalize edilebilir. Örneğin mandibuler anestezi yapılırken alt dudakta orta hatta birden oluşan keskin, yanıcı bir ağrı hissedilir. Hasta o anda dudağına birkaç damla sıcak anestetik solüsyon düştüğünü söyler. Bu yansıyan ağrıyı veren şey arka tarafa verilen anestezidir. Yüzeyel ağrılar doğrudan doğruya o bölgedeki bir patolojiyede bağlı olabilir. Hasta o bölgedeki diş etlerinde ağrı olduğunu söylerse inspeksiyon, perküsyon ve palyasyon yapılarak ağrı kaynağı bulunabilir. Eğer yüzeyel ağrılar periodontal bir cebe bağlı ise ve ayrıca pulpal bir hadisede varsa, pulpanın tedavi edilmesiyle geriye sadece periodontal kaynaklı ağrılar kalır.

Yansıyan ağrılar konusunda doğru bilgilere sahip olmakla klinikte karşımıza çıkan ağrıların kaynağını büyük ölçüde yanılmadan saptayabiliriz. Pratik çalışma hayatımızda daima hatırlamamız gereken, dişlere ait yansıyan ağrılarla ilgili tablo şöyledir:

Mandibuler alt keserler, kaninler ve 1. premolarların ağrıları mental sahaya aksederler. Alt 2. premolarların ağrıları yine mental ve retromolar sahaya

yansırlar. 1. ve 2. molarların ağrıları ise angulus mandibulaya ve kulak nahiyesine yayılır. 3. molarların ağrıları ise yine kulağa ve superior laringeal sahaya yansır.

Üst santral ve laterallerin ağrıları frontal sahaya, kanin ve 1. premolarlar'ınki nasolabial sahaya, 2. premolarlarinki temporal ve maxiller sahaya, 1. moların ki yine sadece maxiller sahaya, 2. ve 3. molarların ki ise mandibuler sahaya ve bazen de kulağa yansırlar.

Dişlerden dişlere yansıyan ağrılar ise şu şekildedir:

Mandibular 1.ve 2. premolarlardan. maxiller 1. ve 3. molarlara, mandibular 1. ve 2. molarlardan yine mandibular 1. premolara yansıyan ağrılar olur.

Maxiller kaninlerin ağrısı ise maxiller 1. veya 2. premolara ve/veya 1. yada 2. molarlara, ayrıca mandibular 1. veya 2. premolarlara yansır. Maxiller 2. premolarların ağrıları da mandibular 1. veya 2. premolarlara ve ara sıra kulak sahasına yansırlar.

Kalp ağrılarının ise mandibulanın alt borduruna yansıdıkları bilinmektedir.

MAXİLLER SİNÜS VE PARANASAL AĞRILARIN YANSIMASI

Genellikle dişlere yansıyan extra-oral ağrıları en çok sinüslerden ve komşu nasal mukozadan kaynaklanırlar. Bu yüzden pek çok diş yanlış teşhis konularak çekilmiştir. Bu nedenle de bir diş hekimi sinüsten kaynaklanan ağrıları çok iyi bilmeli ve ayırdedebilmelidir.

Sinüziti olan hastalarda o bölgedeki üst dişlerde hiç bir patoloji görülmeksizin yaygın ve orta şiddette bir ağrı görüldüğü bilinen bir şeydir. Hasta, ifadesinde dişlerinde uzama hissi olduğunu, soğuğa karşı hassas olduklarını ve sızı şeklinde olan ağrılarının yüze, buruna ve alına doğru yayıldığını söyler. Çoğunlukla baş ağrısı ve hiperaljezi tarif edilir. Hasta ağrılarının en çok öğlenleri başladığını ve başını oynattığı sıralarda ağrı meydana geldiğini ifade eder. Basınç azlığına bağlı olarak yüksek yerlerde ve uçaktayken bu ağrılar artar. Etyolojik açıdan sinüs mukoz membranının iltihaplanmasında en genel neden, nasal mukozanın iltihaplanması ve ostium vasıtasıyla iltihabın sinüslere yayılmasıdır. Nazal mukoza tozlara, yiyeceklere, polen ve tüylere karşı allerjik olarak iltihabi duruma geçebileceği gibi kızgınlık, korku, tansiyon artması ve anksiyete gibi durumlarda da iltihabi durum oluşabilmektedir. Ancak bu durumlarda sinüslere atak zannedildiği kadar sık olmamaktadır.

Wolff yaptığı çalışmalarda sinüste ağrı doğuran en uyarıcı noktanın ostium sahası ve etrafındaki nasal mukoza olduğunu demostre etmiştir.

Sinüste hiç geçmeyen devamlı ağrılar olduğu taktirde bunun muhtemel bir kist yada neoplastik bir oluşumdan kaynaklanabileceğini de unutmamak lazımdır. Yapılacak radyografik tetkiklerle bu durum saptanmalıdır.

MYOKART ENFARKTÜSÜ, CORONER THROMBOSİS ve ANGİNA PECTORİS AĞRILARI

Mandibula ve maxillaya yansıyan ağrılar baş ve boyun dışında en çok kalpten kaynaklanırlar. Kardiak ağrıların bu kadar uzakta olan çenelere yansımasını izah etmek güçtür. Ancak bu durum, komşu bulunan arka köklerin innerve ettiği komşu sahaların duyu algılamasıyla ilgilidir. İnsanda belli bir bölgeye ait afferent lifler tek bir kök halinde medulla spinalise girer. Çoğu zaman tek bir noktanın innervasyonu iki yada üç ayrı kök tarafından sağlanır. Birbirlerine komşu kökler arasında da genellikle bir iletişim söz konusudur. Bu nedenle, göğsün ve sırtın üst bölgesini ve kolun alt yarısını innerve eden torocal 1 segmentiyle, çene ve boyun bölgesini innerve eder. C 3.4.5. ve kolu innerve eden C 5.6.7.8. segmentleri arasında bir iletişim vardır. Bu nedenle myokardiumdan kaynaklanan ağrılar sol kolda, göğsün üst kısmında, omuzda, ensede ve alt ekstremitelerde hissedilir.

KAYNAKLAR

* *Oral Surgery. Medicine - Pathology (15), 5, 617, May 1982*
* *Tıbbı Fizyoloji- Hacettepe Üniv. yayınları A-21, S.119-128,1977.*

AMBLEMİMİZ BELİRLENDİ

Birliğimizin kuruluşundan bu yana, sürekli gündemde tutuğu sorunlardan biri meslek grubumuzu temsil eden bir amblemin yapılması idi. En çok otomobil camlarına yapıştırılarak kullanım alanı olan meslek amblemleri, iç ve dış yazışmalarda, rozetlerde, meslek odalarının tabelalarında tanıtıcı bir sembol olarak kullanılabilmektedir.

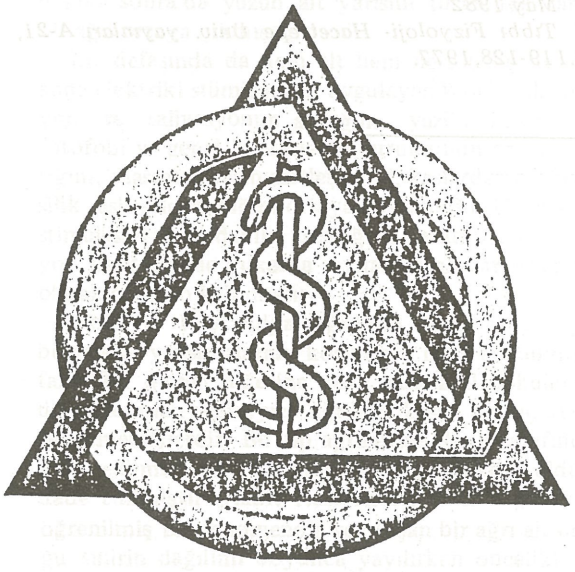
Daha önce kırmızı üzerine iki yılanlı tıp amblemi; altına Türk Dişhekimleri Cemiyeti yazısı eklenerek, daha önce bir amblem oluşturulmuş ise de Birliğimizin kuruluşu ile yeni bir amblem çıkarma zorunluluğu doğmuştur.

Bugüne kadar Odalarımız Birlik amblemimizin boşluğunu tıp amblemlerinin çeşitleri ile doldurmaya çalışmışlardır. Artık bu çeşitlilik Birlik Amblemimizin varlığı ile ortadan kalkacaktır.

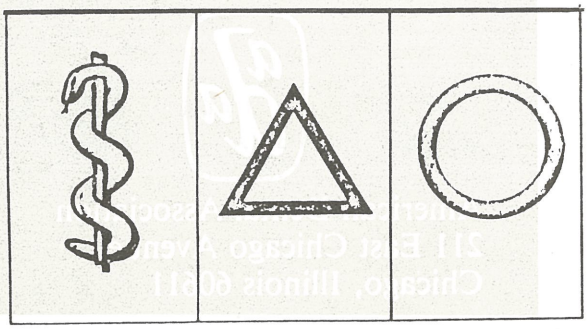
Amblem için ilkin bir yarışma düzenlenmesi düşünülmüş ancak yapılan araştırmalar sonucunda ödül ve jüri masraflarının, yeni kurulan Birliğimize kaldıramıyacağı bir mali yük çıkaracağı anlaşılmış ve vazgeçilmiştir. Bunun üzerine kişisel dostluklar yolu ile bazı grafikerlerle işbirliği yapılmış, bir takım taslaklar hazırlanmıştır. Bu arada diğer ülkelerdeki dişhekimleri birliklerinden, böyle bir çalışma yapıldığı duyurularak, kendi amblemlerinin örnekleri istenmiştir.

16 - 17 Nisan tarihlerinde Ankara'da yapılan Türk Dişhekimleri Birliği toplantısında Birlik yönetimi hazırlanan üç taslağı temsilcilerin görüşüne sunmuş ve öneriler almıştır. Ancak bu toplantı sonunda da bir sonuca varılamamıştır. Nihayet grafiker Hasan ÇAKIR'ın sunduğu taslak Birlik Yönetim Kurulunca tartışılmış, renkleri üzerindeki son değişikliklerle Türk Dişhekimleri Birliğinin amblemi olması kabul edilmiştir.

Çeşitli Ülkelerden dişhekimliği amblemleri



KANADA
DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN AMBLEMİ



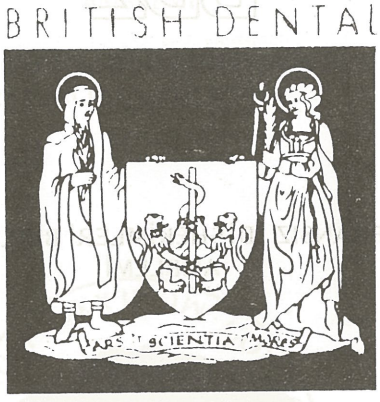
Amblemdeki şekillerin açıklaması.

Sarılmış olan yılan bir amaca hizmet için beraberlik kurmuş kişilerin sembolü.

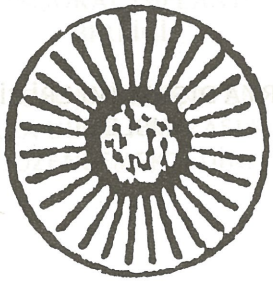
Yunan alfabesinde Δ (delta) dişhekimliğini (dentistry) temsil etmekte

Yuvarlak şekil sınırsız bir hizmetin sembolü

İNGİLİZ DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN AMBLEMİ



JAPON DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN AMBLEMİ



FİNLANDİYA DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN AMBLEMİ

AMERİKAN DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN
ÜRÜNLER ÜZERİNDE KALİTE KONTROLÜNÜ
GÖSTEREN SİMGESİ

American Dental Association
211 East Chicago Avenue
Chicago, Illinois 60611

BDZ

ALMANYA DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN
YAZIŞMALARDA KULLANDIĞI AMBLEM

FRANSIZ DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
AMBLEMİ

AVUSTURYA DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN
AMBLEMİ

HİNDİSTAN DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN
AMBLEMİNDE, FİL BAŞI, ÜLKEYİ TEMSİL
EDİYOR.

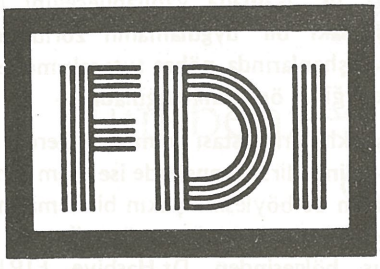
ASYA–PASİFİK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DÜNYA DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN BÖLGESEL BİR KURULUŞU, AMACI AĞIZ SAĞLIĞI VE GENEL SAĞLIĞI DAHA İYİ BİR DURUMA GETİRMEK İÇİN İLİŞKİLERİ GELİŞTİRMEK VE ASYA PASİFİK ÜLKELERİNDE DİŞHEKİMLİĞİ SORUNLARINA ÇÖZÜMLER BULMAK

ARJANTİN DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİNİN (ODONTOLOJİ KONFEDERASYONU) AMBLEMİ

CONFEDERACION ODONTOLOGICA DE LA REBUBLICA ARGENTINA.

ULUSLARARASI, ORAL İMPLANTOLOJİSTLER BİRLİĞİ

İMPLANTOLOJİ ÜZERİNE BELİRLİ ARALIKLARLA ULUSLARARASI KONGELER DÜZENLEMEKTEDİR.



ULUSLARARASI DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

INTERNATIONAL DENTAL FEDERATION

Ankara Odası toplantıları yapıldı

Derleyen : Dt. Hüsnü Çuhadar
Ankara D.O. Genel Sekreteri

Ankara Dişhekimleri Odası 13.9.1987 Pazar günü saat 13.00'de Yenimahalle, Altındağ, Keçiören, Mamak, Sincan, Gölbaşı, Elmadağ, 20.9.1987 Pazar günü saat 13.00'de de Çankaya ilçesine bağlı (Kızılay, Sıhhiye, Küçükesat, Dikmen, Ayrancı, Balgat, Bahçelievler, Emek, Çankaya, Gaziosmanpaşa, Kavaklıdere) bölgelerinde dişhekimleri ile gündemli bir toplantı düzenledi.

Toplantı gündeminin 1. maddesindeki muayenehanelerde geceleri ve resmi tatil günlerinde nöbetçi hekimlik konusu, toplantıya katılan dişhekimleri ile tartışıldı. Bilindiği gibi 3224 sayılı yasanın 11. maddesinin N bendi "Hastaların resmi tatil günlerinde ve mesai saatleri dışında da meslek hizmetlerinden yararlanabilmeleri için meslek mensupları ile işbirliği yapmak" görevini oda yönetim kurullarına vermiştir. Yönetim kurulunun bu görevi yerine getirmek için yaptığı bu toplantılarda nöbetçi hekimlik uygulamasının kamu görevini yaptığını kabul ettiğimiz serbest dişhekimleri için bir görev olduğu vurgulandı. Ancak uygulamadaki kimi sorunların nasıl ortadan kaldırılabileceği tartışıldı.

13.9.1987 pazar günü yapılan toplantı'da Ulus bölgesinde Dt. Ahmet ALTAN uygulamanın hem halk sağlığı açısından hem de dişhekimlerinin yararı açısından önemli olduğunu vurguladı. Eczanelerdeki nöbete benzer uygulamanın çok iyi olacağını ifade etti. Ancak tüm eczanelerin zemin katlarda bulunmasının bir avantaj, bizlerin muayenehanelerinin ise işhanlarında ve üst katlarda olmasının ise uygulamayı güçleştireceğini belirtti.

Sincan bölgesinde Dt. Mehmet YILDIRIM küçük yerleşim birimlerinde uygulamanın daha kolay olacağını belirterek çok yararlı bir girişim olduğunu ifade etti.

Keçiören bölgesinde Dt.Remziye GÜL bu uygulamanın hem sahte hekimlerle mücadelede hem de poliklinik ve klinik benzeri yerlerle rekabette önemli bir etkisi olacağını ifade etti Bu uygulamanın reklamının da çok iyi yapılması gerektiğini anlatta.

Ulus bölgesinde Dt. Hüsamettin ŞENER uygulamanın yararlı olacağını belirterek işhanlarındaki muayenehanelerin açık tutulması için oda yönetiminin resmi makamlara ve işhanı yönetimlerine resmi yazı yazabileceğini belirtti.

Keçiören bölgesinde Dt. Ömer KESKİN uygulamanın yararına değinerek işhanlarının açık tutulması sorununun Ankara Valiliğinin görevi olduğunu ifade etti.

Yenimahalle bölgesinden Dt. Nazif YURDAKUL İşhanlarının geceleri ve tatil günleri açık tutulmasının önemli bir sorun yaratacağını belirterek ayrıca bu gibi yerlerde belirtilen saatlerde kaloriferlerin de yanmadığını sözlerine ekledi.

S.S.K. Diş Tedavi ve Protez Merkezinden Dt. Ercan TOPÇU uygulamanın muayenehanelerde tek tek nöbet yerine resmi kurumların polikliniklerinde yapılıp yapılmayacağı sorunu yönetti. Ayrıca gece ve tatil günleri muayenehanelerin güvenliğinin nasıl sağlanabileceğini sordu. Bunun yanısıra nöbet tutan hekimlerin aylık listesinin P.T.T. Oll'e bildirilerek halkın nöbetçi dişhekimlerini buradan öğrenebilmelerini öneri olarak getirdi. Dt. Ercan TOPÇU'nun resmi kurumlarda serbest çalışan diş hekimlerinin nöbet tutmasını yasalara göre olanaklı olmadığı, Yönetim Kurulu üyeleri tarafından toplantıya katılanlara anlatıldı.

Adibinpaşa (Mamak) bölgesinden Dt. Ali Rıza BİRKAN özellikle gecekondu semtlerinde nöbetçi hekimlik uygulamasının çok önemli olduğunu belirterek bu bölgelerde önemli bir ihtiyacın olduğunu vurguladı.

Ulus bölgesinden Dt. Gülseren ALTAN aynı ihtiyacın merkezi yerlerde de önemini vurgulayarak resmi hastahane polikliniklerinin ihtiyaca cevap vermediğini anlattı.

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Dt. Süha ALPAY, nöbetçi hekimlik uygulamasının önemli olduğunu vurgulayarak, uygulamanın belli bölgelerde ve gönüllülük ilkesine bağlı olarak ilk aşamada yapılabileceğini belirtti. Bunun dışındaki bir uygulamanın zorluğunu anlattı. Ayrıca işhanlarında nöbet tutacak meslektaşlarımızın güvenliğinin önemini vurguladı.

Dişhekimleri hastası ile mesleği gereği çok yakın temas halindedir. Eczanelerde ise, hem zemin katta olması, hem de böylesine yakın bir temasın bulunmamasının bir avantaj olduğunu söyledi.

Ulus bölgesinden Dt.Hasbiye FİRUZBAY nöbet tutacak hekimlere belli bir yaş sınırının getirilip getirilmeyeceğini sordu. İleri yaşlardaki meslektaşlarımızın bu yükün altından kalkmasının zor olabileceğini anlattı.

Avrupa'nın 40 yıldır kullandığını siz de deneyin!

Klasik kron, köprü çalışmalarınızda
(İsosit, Biodent, Vitapan)

Seramik (porselen) çalışmalarınızda

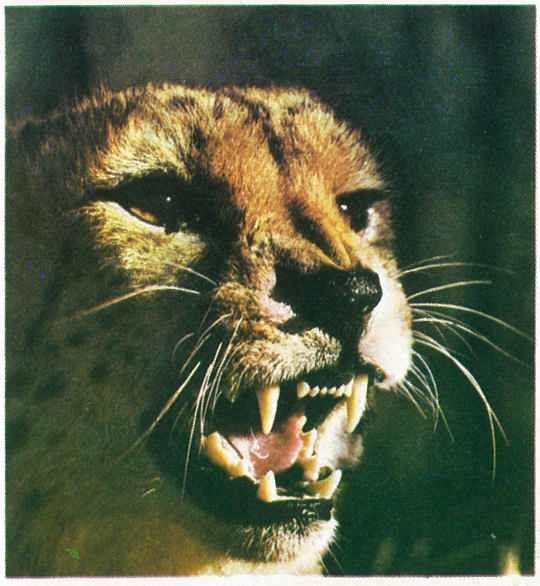
BEGO

Tüm benzerlerinden daha ekonomik,
daha güvenilir.

Tek yetkili satıcısı:

Güney Diş Deposu

Merkez: Beyazsaray No: 9/B Tel: 511 42 40/4 hat Beyazıt-İstanbul
Şubeler ve satış mağazaları: 147 90 00 - 141 76 95 Şişli-İstanbul • 345 46 96-97 Kadıköy-İstanbul • 147 56 87 Nişantaşı-İstanbul
13 75 22 Konak-İzmir • 22 29 28 Alsancak-İzmir

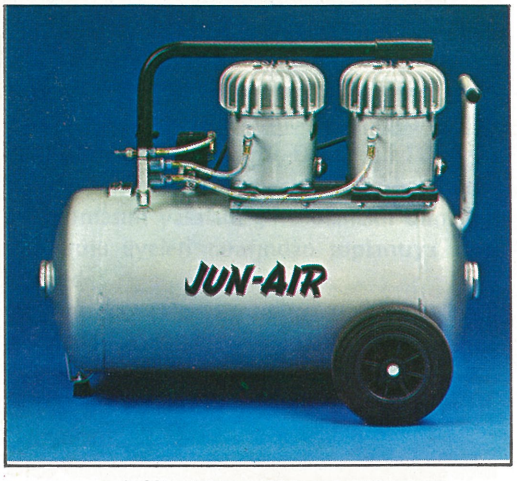


JUN-AIR
sessiz ve güçlü

JUN-AIR (DANİMARKA)
Şirket 1946 da kurulmuş ve ilk 1/10 HP JUN-AIR kompresör DANFOSS A/S ile işbirliği halinde 1958 de üretilmiştir.

JUN-AIR kompresörü dünyadaki ilk sessiz pistonlu kompresördür ve günümüze kadar 150.000 adet üretilmiştir.
Halen yıllık üretim kapasitesi 15.000 kompresöre ulaşmıştır.
JUN-AIR üretiminin %90 ı ihraç edilmekte ve halen dünyanın 50 ülkesinde kullanılmaktadır.

MOD. 6-X 540x375x375



MOD. 12-50 635x445x758

yeni yağsız kompresör

Yeni JUN-AIR yağsız kompresörü piyasaya çıkarılmadan önce 200.000 saat çalışma testine tabi tutulmuştur.

JUN-AIR

Bilerek Satılan, Bilinçli Alınan Kompresör.

SOMADENTA
SAĞLIK CİHAZLARI PAZARLAMA A.Ş.

KOMPRESÖRÜN MODELİ		6X	12-50	18-50 DL	YAĞSIZ
MOTOR GÜCÜ	KW	0,34	0,68	1,02	1,02
MOTOR GÜCÜ	HP	0,5	1	1,5	1,5
KAPASİTE	Litre/dak.	50	100	150	175
AZAMİ BASINÇ	bar/psi	8/120	8/120	8/120	8/120
TANK HACMİ	litre	25	50	45	40
VOLT	volt	220	220	220	220
ENERJİ TÜKETİMİ	Watt/Amp.	340/2,65	680/5,3	1025/7,9	1100/7,5
AĞIRLIĞI	Kg.	30,5	55	90	67
GÜRÜLTÜ DÜZEYİ	dB (A) 1 m	40	40	50	55

GARANTİ SÜRESİ 2 yıl. Bol Yedek Parça Uzman Servis.

MERKEZ:
Büyükdere Cad. Oya Sok.
No. 2/1 A Kat 6 Devran Apt.
80300 Gayrettepe - İstanbul
Tel: 172 88 80/5 Hat - 172 34 58

MAĞAZA:
Büyükdere Cad. 107
80300 Gayrettepe - İstanbul
Tel: 172 88 80/5 Hat - 172 51 05

ANKARA ŞUBESİ:
Mithatpaşa Cad. 13/17
06420 Yenişehir - Ankara
Tel: 33 92 18 - 31 80 85

EGE BÖLGESİ ANA BAYİİ:
SEVİNDİK DİŞ DEPOSU
(Tunç Sevindik)
847 Sok. 7/C-D
Konak - İzmir
Tel: 12 17 64 - 14 67 16

KARADENİZ BÖLGESİ ANA BAYİİ:
MEDİKAL GALERİ
(Mahir Uzdil)
Ondokuzmayıs Bulvarı
Bestaş İş Hanı 2/C Samsun
Tel: 16783 - 19805

DİŞ HEKİMLERİMİZİN CİHAZ SEÇİM MERKEZİ

KALİTEYİ HİSSETMEK İÇİN DOKUNMAK GEREKİYORSA...
ZİYARETİNİZİ BEKLİYORUZ

SOMADENTA
SAĞLIK CİHAZLARI PAZARLAMA A.Ş.
Büyükdere Cad. 107
80300 Gayrettepe-İSTANBUL
Tel: 172 88 80/5 Hat - 172 51 05

DİŞHEKİMLİĞİNDE İSVİÇRE KALİTESİ

Silikon Esaslı

coltène®

Ölçü Maddeleri

coltène Coltène S. CH-9450 Altstätten, Suisse une entreprise Heberlein

TÜRKİYE ŞUBESİ: SARP DENTAL Taksim Lamartin Cad. 30/9 Sarpel İşhanı İSTANBUL Tel: 150 78 50

Gölbaşı bölgesinden Dt.Şefik KILINÇ uygulamanın yararlı olacağını söyleyerek küçük yerlerde az sayıda dişhekiminin gün aşırı nöbete kalması durumu nasıl çözülecektir dedi.

Ankara Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu Başkanı Dr.Dt.Ümit ÜLKÜER ve diğer yönetim kurulu üyeleri söz alan meslektaşlarımızın endişelerine katıldıklarını belirterek "bu toplantıyla meslektaşlarımızın konuya ilgisini ve düşüncelerini öğrenmek istedik" diyerek bu konunun yönetim kurulu tarafından dikkate alınacağını belirttiler.

Gündemin ikinci maddesindeki 1988 yılı Asgari muayene ve tedavi ücretlerinin tartışılmasında da:

Yönetim kurulu tarafından Asgari muayene ve tedavi ücretlerinin ne anlama geldiği toplantıya katılan üyelere anlatıldıktan sonra, 1987 yılının Asgari muayene ve tedavi ücretlerini nasıl tespit ettiklerini, bu tespitte bir önceki yıla göre ortalama %32'lik bir artış yapıldığını ifade ettiler. Daha sonra söz alan üyelerden bazıları serbest dişhekimliği hizmetinin pahalı bir hizmet olduğunu ve halkın alım gücünün çok üzerinde olduğunu belirttiler. Bu durumun dişhekimlerinin araç, gereç ve malzemelerinin dışa bağımlı olmasından ve çok pahalı olmasından kaynaklandığını belirttiler. Ülkemizde enflasyonun %50 'lere vardığı resmi makamlar tarafından açıklanmışken dişhekimlerinin Asgari muayene ve tedavi ücretlerinin sabit tutulması veya indirilmesinin mümkün olamayacağı ifade edildi.

Asgari muayene ve tedavi ücretlerinin bölgelere göre düzenlenmesinden de bahseden konuşmacılar %25 - 30'luk bir artışın 1988 yılı için uygun olacağını ifade ettiler. Bazı konuşmacıların fiyatları düşürerek sahte hekimlerle mücadele edilebileceğini belirtmesi üzerine Dt. Ömer KESKİN ve diğer konuşmacılar Asgari muayene ve tedavi ücretlerinin indirilmesi ile sahte hekimlerle mücadelenin mümkün olamayacağını belirttiler. Ayrıca dişhekimlerinin bir ücret politikasının olması gerektiği belirtilerek sahte hekimlerle mücadelenin hizmet kalitesinin yükseltilmesiyle ve caydırıcı önlemlerin alınmasıyla mümkün olacağını ifade ettiler.

Bazı konuşmacılar çekim ücretlerinin düşük tutulmasını, bazıları da röntgen ücretlerinin artırılmasını vurguladılar.

Gündemin ücüncü maddesindeki ilçe temsilcilerinin atanması için aday tespitleri yapıldı.

Dördüncü maddedeki 22 Kasım kutlama çalışmaları anlatılarak, kutlama komitesine Dt. Ali Rıza BİRKAN, Dt. Şefik KILINÇ, Dt. Gülseren ALTAN, Dt. Ömer KESKİN seçildiler.

Daha sonra Oda Genel Sekreteri Dt. Hüsnü ÇUHADAR tarafından oda çalışmaları hakkında bilgi verildi. Sahte hekimlerle mücadele konusu Yönetim Kurulu üyesi Dt. Okan SÖZENER tarafından anlatıldı. Yönetim Kurulu üyesi Dt. Nevid İlkay BATUM ise odanın mali durumu hakkında üyelere bilgi verdi

Ankara Dişhekimleri Odası bir hafta sonra 20.9.1987 Pazar günü Kızılay bölgesi dişhekimleri ile aynı gündem üzerinden bir toplantı düzenledi. Benzer görüşlerin ileri sürüldüğü bu toplantıda geçen konuşmalardan bazılarını kısaltarak veriyoruz.

20.9.1987 Pazar günü yapılan KIZILAY bölgesi toplantısında:

Dt. Cem BAYKAN nöbetçi hekimlik uygulamasının ALMANYA - Hamburg'da uygulamaya konduğunu, oldukça pozitif sonuçlar alındığını örnekleriyle anlatarak böyle bir uygulamanın Ankara'da başlangıç olarak pilot bölgeler seçilerek uygulanabileceğini belirtti. Şu anda Ankara'da 2 tane Diş tedavi ve protez merkezinin bulunmasının sorunu çözmediğini vurguladı.

Dt. Hurşide DİRİCAN nöbetçi hekimlik uygulaması bir keyfiyet midir? Yoksa yasal bir zorunluluk mudur? Diye sorarak uygulamanın muayenehanelerde zor olacağını ifade etti. Bunun yerine devletin veya odanın belli bölgelerde Poliklinik açarak bütün hekimlerin burada nöbet tutmasının daha uygun olacağını savundu.

Dt. Armağan BAYKUT nöbetçi hekimlik uygulamasının işhanlarındaki muayenehanelerde mümkün olmadığını, ayrıca bayan meslektaşlarımız için büyük sorun yaratacağını belirtti.

Dt. Metin KÜRÜM,Muayenehaneler Eczaneler gibi zemin katlarda değildir, bu nedenle uygulamada büyük güçlükler çıkacaktır, uygulama herkesin isteğine bırakılmalıdır, ayrıca bu görev resmi kurumlara aittir diyerek biz bu görevi yerine getirmeye çalışırken asıl yapılması gerekli olan Ankara'daki Fakülte polikliniklerinde ve Diş tedavi protez merkezlerinde hizmetin daha etkin hale getirilmesi sağlanmalıdır dedi.

Dt. Abdülkerim ÖZTEMİR bütün bu işlerin özünde ekonomi yatar. Ben bayan yada erkek hekim ayırımına karşıyım. Bu bir görevdir ve nöbet tutulmalıdır, diyerek, güvenlik açısından da benim muayenehaneme soyguna geldiler ama benim insanlara hizmet vermemi engellemedi dedi.

Dt. Remziye ÖZTOPRAK bu görevi yapmaya hazırız, özel bölge poliklinikleri bana ters geliyor, benim evim muayenehanemle aynı yerdedir öyle sanıldığı gibi geceleri çok hasta gelmiyor diye belirtti.

Dt. Yunus YÜCEL kanunun bu maddesi faydalı ancak Ankara için gerekli değildir, Fakülteler ve Hastahaneler bu görevi yerine getirebilir. Ayrıca nöbet sırasındaki güvenlik sorunu oldukça önemli, sarhoşu - esrarkeşi gelirse ne olacak? Bu görevi yapacak bölge sağlık merkezleri kurulabilir.

Dt. Atilla ALTINÖZ Kamuda çalışan dişhekimleri zaten çalıştıkları yerlerde nöbet tutmaktadırlar. Bu nöbetleri muayenehanelerdeki nöbetleri ile çakıştığında ne olacak? Ayrıca bu uygulamanın meslektaşlarımıza ağır bir yük getireceğini de belirtti.

Bazı üyeler de benzer endişelerini kısa konuşmalarla belirttikten sonra Yönetim Kurulu üyeleri sorulan soruları yanıtlayarak, tüm önerilerin dikkate alınacağını ve sonuç hakkında üyelere bilgi verileceğini belirtmesinden sonra gündemin ikinci maddesi olan 1988 yılı Asgari Muayene ve tedavi ücretlerinin tespiti tartışmaya açıldı.

Dt. Cem BAYKAN Bizim tespit ettiğimiz ücretlerin yanında Üniversitelerin ve Maliye Bakanlığı'nın tespit ettiği ücretler arasında fiyat birliği olmadığı gibi, metin birliği de yoktur. Öncelikle bu giderilmelidir. Bütün Asgari muayene ve tedavi ücretlerinin tek olmasını ve oda tarafından tespit edilmesi gerektiğini vurgulayarak, fiyatları tespit ederken 1 Kasım da yapılacak seçimlerden sonraki fiyat artışlarını da gözönüne alarak tespit yapmalıyız, ortalama %15 - 20'lik bir artış 1988 yılı için uygundur dedi.

Dt. Adnan ERTAN Asgari ücret uygulaması resmi kurumlar için önemlidir. Ankara'da uygulanmakta olan reel fiyatları çok fazla etkilemez. Onun için 1988 fiyat artışının %50 olmasını öneriyorum dedi.

Dt. Alp EVİRGEN (Ankara Dişhekimleri Odası Disiplin Kurulu Üyesi) Disiplin kuruluna gelen bir çok dosya Asgari muayene ve tedavi ücretinin altında çalışmaktandır. Sorunu bu açıdan ele alarak Ankara'da bölgelere göre Asgari ücret tespitinin mümkün olup olmadığını sordu ve %25'lik bir artışın uygun olacağını belirtti.

Dt. Eser CİLASUN (Türk Dişhekimleri Birliği Genel Sekreteri) Yasal olarak il sınırları içinde bölgelere göre Asgari ücretin tespit edilmesinin mümkün olmadığını söyleyerek, tespitin ilçe ve köylere göre yapılabileceğini belirtti.

Dt. Yunus YÜCEL Asgari ücretteki küsüratlar düzeltilmelidir. Birimlerdeki ifadeler aynı olmalıdır. Liste kısaltılmalı, bir çok birimlerde alt gruplandırılmalar çıkartılmalıdır diyerek görüşlerini belirtti.

Dt. Muzaffer ÖZTOPRAK Muayenehanelerdeki hastaların %70 - 80'inin resmi hasta olduğunu ve bunun tespitlerde gözönünde bulundurulmasının ya-

rarlı olacağını söyledi.

Dt. Alp EVİRGEN (Ankara Dişhekimleri Odası Disiplin Kurulu Üyesi), Bazı kurumların hastalara Asgari ücretin %80'ini ödediği, %20'sinin ise hastadan alınması gerektiğini söyledikleri bir gerçek. Bu durumda hastalar %20'lik miktarı ödememek için faturaların hekim tarafından şişirilmesini istediğini bilmekteyiz. Bu durum hem hekim hem de hasta açısından büyük sakıncalar yaratmaktadır diyerek katsayının 500 olabileceğini söyledi.

Dt. Metin KÜRÜM,Türkiye'de uygulanan her mesleğin bir fiyatı vardır. Kaportacının, berberin bile bir fiyat tarifesi vardır ve buna hiç kimse itiraz etmez, hepimiz bu ücreti öderiz. Dişhekimlerinin bir fiyat tarifesi olmalıdır. Ancak bu her nedense herkesin gözüne batmaktadır. Bugün serbest hekimlik hizmetini satın alan Bankaların bu fiyatlar gözüne batarken, turistik tesislere milyarları yatırdığını bilmekteyiz diyerek, Hekim ücretlerindeki artışların hekimlere karşı kullanılmasının önlenmesini istedi.

Dt. Eser CİLASUN (Türk Dişhekimleri Birliği Genel Sekreteri) Fiyatlar artırılmalıdır. Bunun tartışması yapılmamalıdır. Bugünkü genel fiyat artışlarının ne kadar fazla olduğunu hepimiz bilmekteyiz, hele hele asgari ücretimizin dondurulması yada düşürülmesi hekim onurunu zedeleyici bir tavır olur. Bu davranışı hastalarımıza izah etmemiz de çok güç olur.

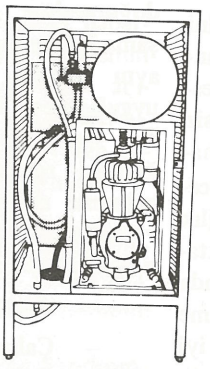
Gündemin diğer maddeleri hakkındaki tartışmalardan sonra bazı sorular Yönetim Kurulu üyeleri tarafından cevaplandırılarak oturum kapanmıştır.

Diş Üniti ne marka olursa olsun hizmetini yenilemek isteyen

DİŞ HEKİMLERİNİN DİKKATİNE

Chirana

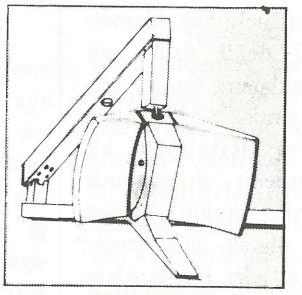
Kompresör



Pistonlu ve sessizdir. Dekoratif kabinlidir.

Chirana

Reflektör



Soğuk ışık verir. Halojen Ampullüdür.

Türkiye Mümessili **MEHMET KAVALA MÜESSESELERİ**

Merkez : Rıhtım Cad. No: 207 Nesli Han/Karaköy
Tel: 151 41 03 (6 Hat) Tlx: 24073 mkmk tr

İzmir : 1374 Sokak No: 16 Tel: 148053 - 25 45 43
Tlx: 52 340 kame tr

Ankara : Gazıosmanpaşa Kader Sokak No: 6/1
Tel: 167 26 00 (5 Hat) Tlx: 42368 meka tr

Adana : Kurtuluş Mah. 298 Sok. No: 27 Yerdelen Apt. Zemin Kat. Tel: 35283 - 45148

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU İNCELEME KOMİSYONU RAPORU

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (SHTK) üzerinde çalışma yapmakla görevlendirilen komisyonumuz öncelikle - şunu belirtmek istemektedir: SHTK çok kısa bir zaman sürecinde yasalaşmasına karşın, gerek T.D.H.B. gerekse sağlıkla ilgili diğer meslek kuruluşlarınca tartışılmış, karşı görüş ve eleştiriler süratle kamuoyuna ve yasa hazırlayıcılarına sunulmuştur. Tasarının hazırlanışında meslek kuruluşlarının bilgisi olmamış, yasalaşmasında ise görüşleri dikkate alınmamış, böylece sağlık sorunlarımızın düzeltilmesi için bütün ilgili tarafların üzerinde anlaşabilecekleri bir olanak kaçırılmıştır.

Yasa genellikle sağlık sorunlarını bir finans sorunu olarak gören, sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelikçe yükselmesine doğal olarak en büyük katkısı olacak sağlık personelinin çalışma güvencesini pek dikkate almayan (Sözleşmeli personel), koruyucu hekimlik hizmetlerine gerçekçi değil daha çok şekilci olarak yaklaşım, sağlık hizmetlerinin verilişinde "Serbest piyasa ekonomisi"ni amaçlayan bir yasa görünümündedir. Bu kanunla sağlık hizmetinin niteliği ödenen fiatla orantılı olarak yükselecek; sonuçta geniş kitleler büyük olasılıkla ucuz, yani niteliksiz olabilecek sağlık hizmetiyle yetinmek zorunda kalacaklardır.

Kanunun en çok dikkat çeken yönlerinden birisi de kullanılan ifadelerin ve yaklaşımların belirsiz olması ve kesin çözümlerin daima yönetmeliklere bırakılmasıdır. Gerçekten de kanunla ilgili olarak basında çıkan açıklamalarda bu yöntemin özellikle seçildiği ve böylece günün değişen koşullarına uyum sağlamasının amaçlandığı belirtilmektedir. Oysa kanun uygulayıcısının her değişiminde çıkarılacak yeni yönetmelikler sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve kalıcığını bozabilecek, yönetmeliklerin yorumlanması karışıklıklara yol açabilecektir. Bu nedenle, seçilen bu yöntemin amaçlananın tam tersi bir sonuç vereceği düşünülebilir. Kanun, halen mevcut olan özel sağlık kuruluşlarının özendirilmesi, giderek sağlık kuruluşlarının belli ellerde toplanması sonucunu doğurabileceğinden muayenehane hekimlerinin yasadan beklentilerinin tersine daha kötü ekonomik koşullara sürüklenmeleri tehlikesi ortaya çıkabilecektir. Kanun, kamu kuruluşlarının (Hekim odaları) yasayla verilen bazı yetkilerini de kaldırmakta ve kısıtlamaktadır.

Hekimleri ve Sağlık personelini meslektan yasaklama yetkisi bakanlığa verilmekte ve bu konuda meslek kuruluşlarının etkisi belirsiz hale getirilmektedir. Bu uygulamanın ise ne kadar sakıncalı olabileceği açıktır. Kanun, genel sağlık sigortasına geçmeyi amaçlamaktadır. Yalnız, gerçekten de bu konuda ideal olan; kişinin doğumdan ölüme kadar sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasıdır. Genel sağlık sigortalarının uygulanmakta olduğu gelişmiş ülkelerde de bir çok sorunlar ortaya çıkmakta ve giderek kişi daha fazla prim ödemekte ve buna rağmen aldığı sağlık hizmetinin kalitesi artmamaktadır. Bu böyle iken yurdumuzda genel sağlık sigortası uygulaması ne kadar gerçekçi olabilecektir; bu konu iyice tartışılmalıdır. Ayrıca yurdumuzda sigorta primi toplanması çok zor gerçekleşmektedir. Yeterli birikimin oluşacağı kuşkuludur.

Kanunun maddelerine ilişkin eleştirilerimizi şöyle sıralayabiliriz;

TEMEL ESASLAR

– Sağlık hizmetinin yürütülmesinde "İlgili bakanlığın görüşünün alınması" hizmetin tek elden yürütülmesi ve örgütlenmesine engel oluşturacaktır. Bu nedenle diğer bakanlık ve kurumlara ait tüm sağlık kurumlarının tek elden yönetilmesi yönünden önlemler alınmalıdır.

– Kamuya ait sağlık kurumlarının özelleştirilmesine yönelinmemelidir. Parası olana sağlık zincirini atlama olanağı verilmemelidir.

– Hekim ve sağlık personelini meslekten yasaklama yetkisinin bakanlığın elinde olması sakıncalar doğuracaktır. Adeta insanların yaşama haklarının elinden alınmasıyla aynı anlama gelecek böylesi bir uygulamanın haklılığı tartışılmalıdır. Halen kamu kuruluşu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ve bağımsız mahkemelere ait olan bu yetkinin aynı biçimde devam etmesi daha uygun olacaktır.

ÖRGÜTLENME

– Çalışma saatleri dışında "özel teşhis ve tedavi hizmetleri" primle özendirileceğinden sağlık kuruluşlarının asıl hizmet etmesi gereken kesimlere yeterli hizmet götürmesi aksayabilecektir.

– Kar getirmeyen ama çok önemli olan koruyucu sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği

İDO Dergisi, Sayı 5'ten alınmıştır.

belirlenmemiş, bu alandaki hekim ve sağlık personelinin özendirilmesi sözkonusu edilmemiştir.

– Sözleşmeli personel uygulamasına geçilmesiyle hekim ve diğer sağlık personeli iş güvencesinden yoksun kalacak, yöneticilerin kişisel, ama her zaman haklı olmayan değerlendirmeleri geçerli olabilecektir.

– "Sağlık işletmeleri" kar amacı ile çalışacağından asıl hizmete gereksinim duyan kitlelerin bu hizmeti daha pahalı alması ya da hiç alamaması sonucu ortaya çıkabilecektir.

"Sağlık İşletmeleri"nin yönetimi tümüyle bakanlığın elinde olmaktadır. Hekim ve diğer sağlık personelinin yönetime katılımı muhakkak sağlanmalı ve bunların kuruluşta etkinlikleri arttırılmalıdır.

– Yasa ile sağlık hizmetinin yürütülmesi ve uygulanması tümüyle bakanlığın çıkaracağı yönetmeliklere bırakılmaktadır. Hizmetin nasıl yürütüleceği yasada açıkça belirtilmemiştir.

Belirsizlik ve kargaşaya neden olacak böylesi bir yöntem, yasanın gelecekte de en çok tartışılan noktalarından biri olmaya adaydır.

– Hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olmayanların "Sağlık Kütüğü" yoluyla sağlık hizmetlerinden yararlandırılacak olması bir yandan prim ödeyenlerin üzerine, diğer yandan sağlık hizmetinin verilişini bazı fonlara bağlayarak tehlikeye düşürecektir.

Sonuç olarak şunu söyleyebiliriz: SHTK'nun bu haliyle ülkemizde gerçekçi ve kalıcı bir sağlık politikasının oluşmasına katkıda bulunması zordur.

Hatta bu Yasa mevcut durumdan daha da gerilere gidebilecek ortamı da yaratabilecektir. Yeterli ve nitelikli sağlık hizmetine ulaşılması için komisyonumuz aşağıdaki önerilerinin yaşama geçirilmesinin zorunluluk olarak görmektedir;

1 – BM insan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Alma-Ata gibi evrensel bildirgelerle belgelenen "Sağlık yaşam hakkı"nın ülkemiz insanları için de geçerliliğini sağlama yönünde gerçekçi önlemler alınmalıdır.

2 – "Sağlık" satın alınan bir meta olmaktan çıkarılmalı, tüm giderlerin uzun vadede devlet bütçesinden karşılanması yoluna gidilmelidir.

3 – Sağlık alanında özel hastane zincirleriyle oluşabilecek tekelleşmeler önlenmeli, sağlık hizmetlerinde kamu kuruluşlarının ağırlığı giderek arttırılmalı, bu bağlamda özel muayenehanelerden akılcı ve gerçekçi biçimde yararlanılması yoluna gidilmelidir.

4 – Hekim ve sağlık personelinin çalışma güvencelerini yok edecek uygulamalardan vazgeçilmeli, sağlık kuruluşlarının yönetimlerinde söz sahibi olmaları sağlanmalıdır.

5 – Koruyucu sağlık hizmetleri en başa alınmalı, giderek daha pahalı hale gelen tedavi edici hizmetler nedeniyle oluşan kaynak israfı önlenmelidir.

6 – Günümüze dek çıkarılmış ve uygulanmış olan sağlıkla ilgili yasalardan (224 sayılı yasa, Tam süre Yasası vb.) edinilen deneyler gözardı edilmemeli, ulaşılan noktalar, başarısızlık nedenleri gerçekçi biçimde saptanmalıdır. Bu çalışmalara kesinlikle meslek kuruluşlarının katılması da sağlanmalıdır.

7 – Ağız - diş sağlığı hizmetlerinin (koruyucu, tedavi edici) ülke çapında örgütlenmesi çalışmaları başlatılmalı, dişhekimliğinde uzmanlık yönetmeliği çıkarılmalıdır. Daha doğrusu, bu konuda şimdiye kadar neredeyse hiç çalışma yapılmadığından, herşeyden önce dişhekimliği sektöründe bu çalışmalar hemen başlatılmalıdır.

Okuyucu Mektubu

Sayın Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi İlgilileri,

Derginizi mesleki haberleri duyarlılıkla vermesinin yanısıra bilimsel içerik açısından yoğunluğunu beğeniyle karşılamaktayım. İçten çabalarla oluşturulduğu her yönüyle belli olmakta.

Çalışmalarınızın devamını dilerken benim de bu çabalara ufak bir katkım olmasını istememem nedeniyle sayı 3 (Nisan-Haziran) sayfa 23 son sütunda gördüğüm ufak bir teknik basım hatasına hoşgörünüze sığınarak dikkatinizi çekmek, bu arada da yazılarıyla dağarcığımızı zenginleştiren değerli meslektaşlarımıza ve derginize teşekkür etmek istiyorum.

Saygılarımla,
Dt O.Selim Tunabaş

1) Heerforot Syndrom : Heerfordt Syndrom
2) Uveitis (damar duvarları iltihabı): Uveitis (gözde üvea olarak tanımlanan iris, corpus ciliare ve choroidea iltihabı-tunica vasculosa-)
3) Ek: Heerfordt Sendromunda vakaların %50'sini aşkınına Fasial Paralizi de eşlik etmekte.

SAHTE DİŞHEKİMLERİYLE MÜCADELEDE MAYIS-HAZİRAN-TEMMUZ/87 ÇALIŞMA SONUÇLARI

İDO Dergisi, Sayı 5'ten alınmıştır.

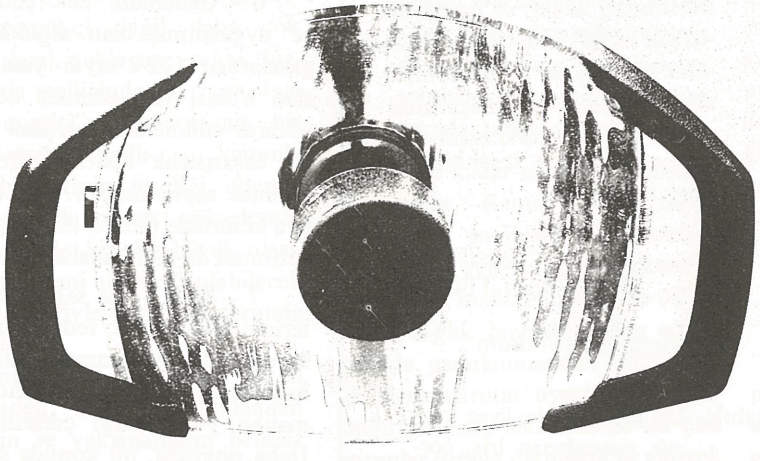
1219 ve 3224 sayılı yasalara göre yetkisi olmadığı halde dişhekimliği yapanlar ve bunlara diplomalarını kiraya verenlere karşı çalışmalarımız kesintisiz sürmektedir. Bu dönemde Sarıyer, Üsküdar, Bakırköy ve Fatih ilçelerinde yasal mücadele ekipleri basın ile işbirliği içinde Sarıyer'de 6, Üsküdarda'da 5, Bakırköy'de 4, Fatih'de 9 işyerini denetlemiştir. Bunun sonucunda 6 işyeri idari makamlar tarafından kapatılmış, suçlu oldukları tutanaklarla saptanan sorumlular hakkında Cumhuriyet Savcılıklarına suç duyurusunda bulunulmuştur. Odamız disiplin kurulu da bu dönemde toplanarak sahte dişhekimlerine paravan olan dişhekimlerine çeşitli para ve meslekten men cezaları vermiştir.

Mahkemelerde açılan davaların çoğunda sanık sandalyesinde dişhekimi - sahte dişhekimi birlikte oturmaktadırlar. Bu durum bizi fazlasıyla üzmektedir. Eskiden hafif ceza sayılan bu gibi suçlar Sulh Ceza Mahkemelerinde karara bağlanırken, bugün 3224 sayılı yasanın amir hükmü nedeniyle orta derecede ağırlıklı suçların bakıldığı Asliye Ceza Mahkemelerinde (savcının katıldığı) karara bağlanmaktadır. Biz Oda olarak, mahkeme heyeti tarafından kabul edildiği takdirde konuyla ilgili tüm davalara müdahil davacı olarak katılmaktayız.

Çalışmalarımıza, yaptığı olumlu yayınlarla basın da son derece yardımcı olmaktadır. Bu konuda bize destek olan tüm dergi ve gazelere teşekkür ederiz.

Bir önceki sayımızda bildirdiğimiz gibi toplulumu bu konuda aydınlatma çalışmalarına da bu dönemde ağırlık verildi. Bu çalışmalarımızın somut sonuçlarını Kasım ayı içerisinde görebileceğiz. Çalışmalarımız içinde, çocuklara yönelik olarak, koruyucu dişhekimliğini işleyen bir görsel yayın, büyüklere yönelik bir broşür, ilk ve orta dereceli okullarda konferanslar yoluyla eğitim çalışmaları yer almıştır.

dişhekimliğinde aydınlatma
stomatic hi-lüx ile
"SOĞUK-GÖLGESİZ-GÜN IŞIĞI"



▫ TAVAN TİPİ
▫ DUVAR TİPİ
▫ ÜNİT TİPİ
veya yalnız
▫ BAŞ ve TRAFO

20.000 lüx

Dt. Atilla OĞUL
Harbiye, Selbaşı Sok. No: 20-80230-İSTANBUL-TR.
Telefon: 140 22 39 Telg: STOMATİK

İlaç şirketleri mi güçlü, Sağlık Bakanlığı mı?

Röportaj: **Gencay Şaylan**

İlaçların, zengin ya da yoksul genç ya da yaşlı eğitimli ya da eğitimsiz tüm insanların yaşamında ne kadar önemli bir yer tuttuğu bilinir. Hastalanan, acı ve sıkıntı çekmeye başlayan her insan sorunun çözümünü ilaçlarda arar. Kısacası ilaçlar insan yaşamının çok önemli parçalarıdır ve çağımızda ilaçsız bir yaşam düşünülemez. Ama işin bir de başka yönü vardır. Acaba ilaçlar sadece fayda sağlayan maddeler midir yoksa her ilaç, faydası yanında bazı zararları da gündeme getirmekte midir? Toplumların ilaçlara bakışı ve ilaç kullanma alışkanlıkları benzer mi yoksa bazı farklılıklar var mıdır?

İlaç sorunu üzerinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Profesör Dr.Kâzım Türker ile bir söyleşi yaptık.

– İlaçların temel işlevini, tedavi etmek olarak tanımlamak mümkün mü?

KAZIM TÜRKER – Evet, ilaçların amacı tedavi etmek. Biyolojik araştırmalar sonucu organizmanın fizyolojik çalışma mekanizmalarını kavrıyoruz, öğreniyoruz. Şunu görüyoruz, insan organizması çok zengin bir kimya fabrikası, sürekli birtakım kimyasal maddeler üretiyor, birtakım kimsayal maddeleri parçalıyor, onları başka şeylere dönüştürüyor. Bu kimyasal faaliyetler sonucu fizyolojik sistemler yürüyor. Yani kalbimiz atıyor, nefes alıyoruz, yürüyoruz, düşünüyoruz.

Kimsayal fabrikanın işleyişinde aksaklık başlayınca fizyolojik işleyiş bozuluyor ve ortaya bizim "patolojik" olarak tanımladığımız durum çıkıyor. Yani örneğin kan basıncı yükseliyor, vücudun sıcaklığı artıyor, sinir sistemi işlevini yitiriyor vb. gibi. İnsanoğlu bu bozulan dengeyi düzeltmek için yüzyıllar önce birtakım çareler aramış ve bulmuş. Bu buluşlar başlangıçta tamamen ampirik yani denemeler, yanılmalar ya da raslantılar sonunda oluyor. Bazı bitkilerin bazı patolojik durumlara iyi geldiği keşfediliyor.

Örneğin İnkalar, yüzyıllarca önce quina quina (kına kına) denen bitkinin kabuğunun malaryaya iyi geldiğini buluyorlar ve kullanmaya başlıyorlar. Güney Amerika'ya gelen Cizvitler de bunu görüyor ve quina quina kabuklarını Avrupa'ya götürüp aynı hastalığa karşı kullanmaya başlıyorlar. Henüz ne malarya mikrobu biliniyor ne de bu mikrobun nasıl olup da fizyolojik sistemleri etkilediği kavranmış; ama ampirik olarak malaryanın tedavi ilacı bulunmuş. Cizvitler uzun bir süre ilacı, kilisenin mucizesinin kanıtı olarak kullanıyor ve bu yolda propaganda yapıyorlar. Derken Napolyon'un eczacısı Pelletier bu kabuk içinde kinin maddesini buluyor, yani kimyasal çözümünü yapıyor. Kısaca vurgulamak gerekirse kimya bilimindeki gelişmelerin ilaç alanında büyük gelişmelere yol açtığını söylemek mümkün. Artık ilaçlar ampirik olarak bulunmuyor, yeni kimyasal maddeler ilaç yapmakta kullanılıyor.

– Son yıllarda Batıda ve bir ölçüde de bizde gözlenen bir gelişme var. Sentetik ilaç yerine doğal ilaç yani bitki kökenli ilaç kullanımının çok daha sağlıklı bir şey olduğu söyleniyor. Siz bu görüşe ne diyorsunuz?

KAZIM TÜRKER – Bu hiç anlamlı bir gelişme değil. Bakın tıp tarihinde ünlü bir hekim vardır, Paracelssus. Paracelssus bitkileri tedavide kullanırken aynı zamanda bunların zehir olduğuna işaret eden kişidir. Yani bitkisel kökenli olsa da ilacın iki yüzü var: Hem tedavi ediyor ama hem de bir zehir işlevi görebiliyor. Bu bakımdan doğal ya da bitki kökenli ilaçlara dönüş hareketi romantik bir girişim. Doğal ilaçların en yaygın biçimde kullanıldığı ülke Çin.

– Galiba ilginç bir noktaya geldik. Peki bugün bir ilaç nasıl ortaya çıkıyor ya da hangi süreçlerden geçtikten sonra kullanılabilir kabul ediliyor?

KAZIM TÜRKER – Bu çok önemli bir sorun.

Cumhuriyet - Bilim ve Teknik 18.7.1987

Herhangi bir ilacın bulunuşu ve ondan sonra kullanılabilir hale gelişi birkaç aşamayı ve çok sıkı bir denetimi kapsayan süreç. Bu nokta üzerinde biraz duralım.

Kimyasal ve fiziksel özellikleri bilinen, herhangi bir hastalığı ya da rahatsızlığı tedavi edeceği düşünülen madde önce farmakoloji laboratuvarlarında hayvanlar üzerinde deneniyor, etkileri araştırılıyor. Bu aşamada araştırıcı, maddenin aktivitesi hakkında bir fikir ediniyor; örneğin bu madde damarları genişletiyor gibi. Maddenin aktivitesi tayin edildikten sonra araştırıcı bulgularını yayımlıyor ve ilgili araştırma kurumlarına, laboratuvarlara yolluyor.

Bundan sonra ikinci aşama geliyor ve madde kobay hayvanlar üzerinde denenmeye başlıyor. Genellikle 5 - 6 yıl süren bu aşamada, maddenin moleküler yapısı iyice açığa çıkarılıyor, bu moleküler yapının kobayların organizması içinde ne tür etkiler yarattığı, nasıl çözüldüğü neye dönüştüğü, ne tür artık madde verdiği, bu artıkların ne olduğu gibi sorular üzerinde duruluyor.

İkinci aşama sonunda güvenilir bulunan ilaç üçüncü aşamada insanlar üzerinde denenmeye başlıyor, buna klinik farmakolojisi aşaması deniyor. Aslında bu aşamada henüz ruhsat alınmamış yani ilaç kullanıma sunulmamıştır. Bu nedenle bir pre-klinik deneme söz konusu olmaktadır. Deneme sadece gönüllüler üzerinde yapılmaktadır.

— Güvenilir sayılan ve piyasaya çıkıp insanların kullanımına sunulan bir ilacın daha sonra olumsuz etkileri ortaya çıkarsa ne oluyor?

KAZIM TÜRKER — Kuşkusuz ilaç piyasa çıktıktan sonra da olumsuz yan etkileri keşfedilebilir. Her ilaç piyasaya çıktıktan sonra da bir inceleme, değerlendirme işlemine tabidir (post-marketing surveillance) ve olumsuz bir gelişme karşısında ilaç derhal piyasadan çekilmektedir. Bu özellikle gelişmiş ülkelerde hiç taviz verilmeyen bir kuraldır. Bakın bir örnek vereyim. 1975 Ocak ayında, Finlandiya'da clozapine maddesi kullanan bir ilaç ruhsat almış ve aynı yılın Ağustos ayında yasaklanmıştır. Bu 8 aylık dönem içinde ilaç için 3.100 reçete yazılmış, 20 vakada beklenmeyen yan etkiler çıkmıştır. Bu 20 vakanın 11 tanesi tedavi edilmiş, 9'unda ise ölüm olmuştur. Kalp hastalıkları ile ilgili bir ilaç 3.100 kere kullanılmış ve ancak 9 kullanımda ölüm olmuştur ama yine de ilaç yasaklanmıştır. Maalesef Türkiye'nin sağlık politikası böyle bir titizlikten çok uzak gözükmektedir.

— Türkiye'de kullanım aşamasında yan etkileri çıkan bir ilaç yasaklanamıyor mu?

KAZIM TÜRKER — Bu alanda gelişmiş ülkelere göre çok ciddi sorunlarımız var. Türkiye'nin belirgin bir ilaç politikası yok. Halbuki ister kapitalist ister sosyalist olsun gelişmiş ülkelerde gerek ilaç ruhsatı verme ve gerek uygulama aşamasında çok titiz davranılıyor. Bizde bu titizliğe rastlamak mümkün değil. Türk ilaç sanayinde her şey yüzde yüze yakın oranda dışarıdan ithal ediliyor. Bizim ilaç sanayimiz ilaca şekil vermekten öteye geçemiyor. İlaçla ilgili herhangi bir araştırma yapmak söz konusu olmuyor. Bu araştırmaların kolay olmadığını biliyoruz. Batıdaki ilaç endüstrileri sağladıkları kazançların yüzde elliye yakın kısmını araştırmaya yatırıyorlar, dünyanın en yetenekli araştırmacılarını çalıştırıyorlar, akademik kurumlarda çalışan bilim adamlarını kadrolarına dahil etmeye gayret gösteriyorlar. İlaç firmalarının laboratuvarlarında yaptıkları araştırmalarla Nobel ödülü kazanan kişilerden söz etmek mümkün. Örneğin 1982 Nobel Tıp Ödülü'nü kazanan John R. Vane bir ilaç kurumunda yaptığı çalışmalardan dolayı ödüle layık görülmüştü. Tabii Türkiye'de böyle bir araştırma düzeni söz konusu olamıyor.

Ülkemizde, ruhsat almış bir ilacın sonra önemli bir yan etkisi çıkarsa ne oluyor? Bu durumda ilacı üreten firma ile Sağlık Bakanlığı'nın yetkili kurulları karşı karşıya geliyor ve çoğu kez firma çeşitli hukuki gerekçelerle ilacın yasaklanmasını önleyebiliyor.

Ülkemizde ruhsat almış bir ilacın sonra önemli bir yan etkisi çıkarsa ne oluyor? Bu durumda ilacı üreten firma ile Sağlık Bakanlığı'nın yetkili kurulları karşı karşıya geliyor ve çoğu kez firma çeşitli hukuki gerekçelerle ilacın yasaklanmasını önleyebiliyor. Örneğin kalp hastalıklarında kullanılan "practalol" adlı adlı bir kimyasal madde var ve Türkiye'de 4 firma bu maddeyi içeren ilaçlar için ruhsat almış. Derken İngiltere'de çıkan bir akademik dergide practalol maddesinin insanı körleştiren bir yan etkisinin çıktığı bilimsel bir biçimde ileri sürülüyor. Bakanlık yasaklama kararı almak isteyince firmalar bunu önlüyorlar. Ancak bir süre sonra practalol maddesini üreten ana firma üretimi durduruyor ve ruhsat almış firmalara bu maddeyi kullanmamalarını bildiriyor. Ama acaba bu arada kaç kişi kör oldu bilmiyoruz. Aynı durum anfetamin ruhsatları için de geçerliydi. Bu ruhsatlar iptal edilmedi ve derken Kastamonu'da anfetamin iptilası skandalı patladı.

— Efendim bir de aynı ilacın Türkiye'de ve dışarıda üretilenleri arasında bazı farklılıklar çıkıyor ve halkta aynı ilacın Avrupa kökenli olanının daha iyi

Az gelişmiş ülke insanları kobay olarak kullanılabiliyor. Karmaşık kimyasal maddeler, az gelişmiş ülkelerdeki bağımlı firmalar eliyle üretilip, sattırılabiliyor. Bu firmalar ve ilaçları kullanan ya da uygulayanlar, sonuçları merkeze yollayarak deney konusunda onları bilgilendiriyor.

olduğu yolunda bir kanaat oluşmuş gözüküyor. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

KAZIM TÜRKER – Evet önemli farklılıklar olabiliyor. Örneğin Türk ve İsviçre aspirinlerinin etkileme gücü belirgin bir biçimde farklı ve halk hemen bunu farkediyor. İlacı üreten firma aynı zamanda en etkili biçimde nasıl kullanılması gerektiğini de belirliyor. Yani hap mı olacak enjeksiyon mu yapılacak gibi. Ancak üretim sırasında teknolojik hatalar sonucu ilaç olması gerektiği gibi (bioevailability) olmuyor, bir yetersizlik ortaya çıkabiliyor. Türkiye'de bunun kontrolü yok. Örneğin bir ilaca 50 miligram x maddesi konacak deniyor ve eğer ilacın içinde 50 miligram x maddesi varsa bu yeterli sayılıyor. Halbuki ilaç etkinliği ciddi bir sorun ve bu ilaç firmalarının sorumluluğuna giriyor. Firmalarımızın hiç olmazsa bu yeterliği sağlayacak araştırma ve kontrol mekanizmaları geliştirmeleri gerekiyor.

– Dünya ilaç sanayine büyük, çokuluslu firmaların egemen olduğunu biliyoruz. Acaba sözünü ettiğiniz olumsuz gelişmeler büyük ölçüde bu firmaların tutumlarından kaynaklanmıyor mu?

KAZIM TÜRKER – Çokuluslu, büyük ilaç firmaları çalışmalarını dünyanın birçok yerinde akademik kurumlarla, bilim adamları ile işbirliği içinde yürütüyor. Diğer taraftan da eczacı ve hekimlerle bilgi iletişimini etkin bir biçimde sürdürüyorlar. Gelişmiş ülkelerdeki faaliyetlerinde sağlık otoritelerinin kararlarına son derece saygılı davranıyorlar ve büyük zararlar da söz konus olsa bu otoritelerle zıtlaşmıyorlar, bilimsel ölçütleri her şeyin üstünde tutan bir tavır içinde çalışıyorlar.

Ancak az gelişmiş ülkelerdeki tutumları çok farklı oluyor. Az gelişmiş ülke insanları kobay olarak kullanılabiliyor. Karmaşık kimyasal maddeler, az gelişmiş ülkelerdeki bağımlı firmalar eliyle üretilip, sattırılabiliyor. Bu firmalar ve ilaçları kullanan ya da uygulayanlar sonuçları merkeze yollayarak deney konusunda onları bilgilendiriyor. Az gelişmiş ülkelerde, çokuluslu firmalara bağımlı olan yerli firmalar esas olarak ilaçları bir ticari üretim maddesi olarak görme eğilimi içinde oluyorlar ve serbest rekabet koşulları içinde ilaç piyasasında etkinlik kazanma yarışına giriyorlar. Böylece bir bakıyorsunuz az gelişmiş ülkenin ilaç piyasasında gelişmiş bir ülkenin piyasasında olandan çok fazla antibiyotik kullanıma arzedilebiliyor. Örneğin bizim insanlarımız ilaç denen tüketim maddesini mutlaka fayda sağlayan, zararı olmayan, derdinin devası olarak algılıyor. İlacın faydaları yanında gereğinde çok zararlı olabileceğini kavrayamıyor. Bakın İngilizcede ilaç sözcüğünün karşılığı "drug"dır ve uyuşturucu alışkanlığı olan kişilere "drug addict" denmektedir. Yani ilaç tıpkı bir eroin işlevi de görebilmektedir."

Değişen Oda adresleri

Antalya Dişhekimleri Odası
Atatürk Cad. Uçar İşhanı Kat 3 Daire 5

Diyarbakır Dişhekimleri Odası
Vilayet Civarı Özel İdare İşhanı Kat 6
Başkan: Dt. H.Oğuz ÜÇOK

Denizli Dişhekimleri Odası
Oğuzhan Cad. Esenhan Kat 1
Başkan: Dt. Süleyman KOLOĞLU

"Ölüm cezası kaldırılsın"

İnsan Hakları Derneği 1. Olağan Genel Kurulu genel af çıkarılması ve ölüm cezalarının kaldırılması için gerekli çabayı göstermek üzere, yönetim kuruluna özel bir görev verdi. Yönetim kurulumuz, bu görevi yerine getirmek üzere, genel af için ve ölüm cezasına karşı bir kampanya açma kararı aldı. Bugün bu kampanyayı başlatıyoruz. Bu amaçla, Adana, İzmir ve İzmit'te bölge toplantıları, Bursa, Kayseri ve Ankara'da paneller ve İstanbul'da bir miting düzenleyecektir.

Bugün, bu basın toplantısı ile birlikte, genel af için ve ölüm cezasına karşı imza kampanyası başlatıyoruz.

■

İçinde bulunduğumuz koşullar, bir genel affı zorunlu kılmaktadır. Yedi yıldan bu yana olağanüstü bir dönem yaşamaktayız. Bu süre içinde 250.000 dolayında insan gözetim altına alınmış, bunların önemli bir bölümü hakkında dava açılmış, savaş hali hükümleri uygulanarak yargılamalar yapılmış ve mahkumiyetler verilmiştir. Verilen mahkumiyet kararlarının büyük bir bölümü, işkence altında alınan sanık anlatımlarına dayalıdır. Bir insan ömrü içinde uzun sayılabilecek süreli mahkumiyetler için temyiz hakkı tanınmamış, tüm bunlardan ötürü adli yanılgı oranı, büyük boyutlara ulaşmıştır.

Yine bu olağanüstü dönemde yargı alanında sağ ve sol siyasal görüşler arasında ayrım yapılmış, aynı nitelikteki eylemler için farklı hukuksal ölçüler kullanılmış ve çifte standart uygulanmıştır. Bu arada salt düşüncelerinden ötürü, işçi, öğrenci, yazar, gazeteci, bilim adamı gibi binlerce kişi ömre bedel cezalara çarptırılmış, yasal olan bazı eylemler sonradan suç sayılarak yeni suçlar üretilmiştir. Kurulan mahkemelerde doğal yargıç ilkesi ve yargıçların bağımsızlığı gözardı edilmiş, tek yanlı yargılamalarla adaletten uzaklaşılmıştır. Bunların kamu vicdanında derin yaralar açtığında kuşku yoktur.

Cezaevlerinde ayrı bir dram yaşanmaktadır. İnsan onuruyla bağdaşmayan fizik koşullar ve uygulamalardan ötürü buralarda insanlarımız çürümeye terkedilmişlerdir. Bu insanlarımızın topluma kazandırılması gerekir.

Yurt içinde ve yurt dışında yaşayan çok sayıdaki insanımızın bazı hakları türlü nedenlerle ellerinden alınmış, 1402 sayılı yasayla işinden atma ve vatandaşlıktan çıkarma gibi işlemlerle açık haksızlık örnekleri sergilenmiştir. Toplumumuzda yaşanan olağanüstü dönemin açtığı bu yaraların sarılması, barışa ve erince giden yolun açılması için ayrımsız bir genel af zorunlu olmuştur.

Anayasa engeli öne sürülerek genel affın çıkarılmasından kaçınılamaz. Anayasanın 14. ve 87. maddelerinde af için kesin sınır konulmamış, af dışı bırakılacak suçlar tek tek sayılmamış ve takdir hakkı Büyük Millet Meclisine bırakılmıştır. Eğer bu maddeler bir engel sayılıyorsa, o zaman Anayasanın ilgili maddesi değiştirilmelidir. İstendiğinde bir gecede anayasa değişikliği yapılabileceğinin örnekleri yaşandı yakın günlerde. Kaldı ki, Anayasanın yürürlüğe girdiği 9 Kasım 1982 tarihine kadar işlenmiş suçlar için bir anayasa engeli yoktur. Çünkü yasalar, yürürlüğe girdiği tarihten sonraki olaylara uygulanır. Kesin hükme bağlanmamış davalardaki suçlar ve düşünce suçları yönünden de bir yasak getirilmediği, 87. maddenin metninden anlaşılmaktadır. Anayasa engeli öne sürülerek genel aftan kaçınan bir anlayış ve yaklaşımı, iyi niyetli saymayacağımızı ifade etmek isterim.

■

Uygar bir ülke olma yolunda hızla ilerlediğimiz ve çağ değiştirdiğimiz açıklandığına göre, uygarlığın ve çağdaşlığın bir gereği olarak ölüm cezasını kaldırmalıyız. Çağdaş anayasalar ve uluslararası antlaşmalar, "yaşama hakkı"nı, insan haklarının temeli kabul etmişlerdir. 'Yaşam hakkı' dokunulmaz haklardandır, ona sınırlama getirilemez. Oysa ölüm cezası, yaşama hakkına doğrudan ve haksız bir saldırıdır. İnsanın kişiliğini, onurunu, beden tamlığını korumayı görev olarak üstlenen bir hukuk anlayışı, insanı yok etmeyi kabullenemez. Hukuk, insan haklarına dayanmak zorundadır. Hukukun öncül görevi, yaşama hakkını korumaktır. Devlet, adam öldüremez, adam öldürme, hukuk devleti kavramıyla bağdaşmaz. Bu nedenle ölüm cezası, çağdışı bir cezadır.

Suçların kökeni toplumsaldır. Suçların işlenmesine, toplum düzenindeki bozukluklar, haksızlıklar, eşitsizlikler ve çelişkiler neden olmaktadır. Suç ve ceza politikasının amacı, bu toplumsal dengesizlikleri ortadan kaldırıp, suçların kaynağını kurutmaktır. Oysa ölüm cezası, suçu değil, suçluyu yani insanı ortadan kaldırmaktadır. Suçluyu ıslah ederek topluma kazandırmayı amaçlayan çağdaş infaz anlayışı karşısında, ölüm cezası bir ceza değil, resmi yollarla işlenen bir cinayettir.

Ölüm cezası, "öç alma" niteliğinde bir cezadır. Oysa öç alma, ilkel bir duygudur ve bu düşünceye dayanan ceza anlayışı da çağımızın gerisinde kalmıştır. Bir başka yanıyla ölüm cezası, insan onuru ile bağdaştırılamaz. Anayasaya ve uluslararası sözleşmelere göre, insan onuru ile bağdaşmayan bir ceza verilemez. Onuru ile birlikte insanı da ortadan kaldıran bu ceza, yasalarımızdan çıkarılmalıdır.

Ölüm cezasının suçları önleyici bir etkisi yoktur. İstatistik rakamlar bu görüşü doğrulamaktadır. İşte Almanya'da ölüm cezası kaldırılmadan önce ve kaldırıldıktan sonraya ait istatistik rakamlar:

	Ölüm cezasının kaldırılmasından önceki aylık cinayet ortalaması	Ölüm cezasının kaldırılmasından sonraki aylık cinayet ortalaması
Kuzey Ren ve Westfalen	9.08	8.83
Bavyera	15.4	9.41
Aşağı Saksonya	17.1	8.16
Hessen	4.12	1.79
Baden-Würtemberg	5.83	2.95
Ren-Pfalz	3.33	3
Schlezwig-Holstein	3.83	2.12
Hamburg	2.37	1.41
Baden	1.13	0.58
Würtemberg	1.88	3.95*
Bremen	0.63	0.29
Batı Berlin	2.25	2.05

* Çocuk öldürmeler dahil

İngiltere, Belçika ve Hollanda'da değişik tarihlerde kurulan komisyonların yaptığı çalışmalar, aynı sonuca ulaşmıştır. Bu sonucu şöyle özetleyebiliriz: "Ölüm cezasının kaldırılması suç oranını artırmamakta, ölüm cezasının yeniden konulması da suç oranını azaltmamaktadır." Bu rakamlar ve belirlemeler, ölüm cezasının caydırıcılık gibi bir özelliği olmadığını gösteriyor.

Ölüm cezası dönüşü olmayan bir cezadır:

Mahkemeler yanlış kararlar verebilirler. Hukuk tarihi bunun örnekleriyle doludur. Olağanüstü koşullarda, bu tür hatalar daha da çoğalmaktadır. Ölüm cezası dışındaki cezalarda görülen yanılgılar bir oranda er ya da geç düzeltilebilir. Oysa ölüm cezasında adli hatanın düzeltilme olanağı yoktur.

Hukuk tarihi; Fransa'da bir Ağır Ceza Mahkemesi hakimlerinin, jürinin hatası yüzünden bir sanığı haksız yere idam edilmesi nedeniyle, yüz yıl siyah giysilerle mahkemeye çıktıklarını yazmaktadır.

Ölüm cezasının, geriye dönüşü olanaksız bir ceza niteliğinde olması; ceza hukuku açısından, yasalardan çıkarılmasını gerektiren önemli gerekçelerden birini oluşturmaktadır.

Aşağıdaki ülkeler ölüm cezasını kaldırmışlardır:

Fransa, İngiltere, Federal Almanya, Amerika Birleşik Devletleri'nde 39 eyalet, Hollanda, İsveç, Norveç, Venezüella, Yeni Zelanda, İsrail, İzlanda, Kolombiya, Nepal, Portekiz, San Marino, Avustralya, Arjantin, Belçika, Avusturya, Brezilya, Danimarka, Dominik, Ekvator, Finlandiya, Honduras, Kosta-Rika, Lüksenburg, Meksika, Nikaragua, Panama ve Urugay.

Biz bu nedenlerle ölüm cezasını yasalarımızdan çıkarılmasını talep ediyor ve Avrupa Konseyince kabul edilen "İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Sözleşmeye Ek Ölüm Cezasının Kaldırılmasıyla ilgili 6 numaralı protokolün ülkemiz tarafından da onaylanmasını istiyoruz.

GENEL AF İçin ve Ölüm Cezasına Karşı Kampanya

(I.) İnsan Hakları Derneği, herkesi, ayrımsız bir GENEL AF İÇİN İMZA vermeye çağırıyor:

- Toplumumuzda yaşanan olağanüstü dönemin açtığı yaraları sarmak, barışa ve huzura giden yolu açmak için,
- Baskının somut biçimleri olan siyasal tutukluluğu ve hükümlülüğü sona erdirerek, güvenli özgür ve dinamik bir toplumsal ortam yaratmak için,
- Olağanüstü yargılamalar, işkenceyle alınan anlatımlar ve başka nedenlerle yoğunlaşmış bulunan adli yanılgıları düzeltmek için,
- Düşünce, örgütlenme ve basın özgürlüğüne aykırı olarak verilen ve toplamı binlerce yılı bulan cezalardan ötürü ortaya çıkan çağdışılıktan kurtulmak için,
- Siyasal görüş ayrımı gözetilerek yapılan tek yanlı yargılamalar ve uygulanan çifte standarttan doğan adaletsizliği gidermek için,
- Cezaevlerinin kötü koşullarında çürümeye zorlanan insanlarımızı, doğal yaşam ortamına kavuşturmak ve topluma yararlı olabilmelerini sağlamak için,
- Özellikle toplu siyasal suçların temelinde, kişilerin özel ve öznel davranışlarının değil, toplumsal yapı değişmelerinin nesnel nedenlerinin bulunduğu gözönünde tutarak, tüm toplumun birlikte oluşturduğu sorunlardan, yalnızca bir kısım insanları cezalandırmanın doğurduğu tarihsel yanılgıdan kurtulmak için,
- Yurt içinde ve yurt dışında türlü nedenlerle kimi hakları elinden alınmış olan çok sayıdaki

insanın uğratıldığı haksızlıkları sona erdirmek için,

- Kısacası, barış, özgürlük ve demokrasi için, AYRIMSIZ BİR GENEL AF İSTİYORUZ.

(II.) İNSAN HAKLARI DERNEĞİ, herkesi ÖLÜM CEZASININ KALDIRILMASI İÇİN İMZA vermeye çağırıyor:

- Yaşam hakkına doğrudan ve haksız bir saldırı olduğu için,
- Öç alma gibi ilkel bir anlayıştan kaynaklandığı için,
- Suçluyu iyileştirme ve topluma kazandırma amacı güden çağdaş infaz anlayışına aykırı olduğu için,
- Adli yanılgı durumunda düzeltme olanağı bulunmadığı için,
- Uyar ülkelerde kaldırıldığı için,
- Suç işlemeyi önleme gibi bir işlevi olmadığı için,
- İnsan yaşamına ve onuruna saygıyı yaygınlaştırmak için,

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesine ek 6 no.lu protokolün onaylanmasını ve ölüm cezasının Anayasadan ve öbür yasalardan çıkarılarak kaldırılmasını istiyoruz.

Yukarda sıraladığımız nedenlerle,

- Siyasal partileri, sendikaları, meslek örgütlerini dernekleri,
- Basını, üniversiteleri, kültür ve sanat kuruluşlarını,
- Ozan, yazar ve sanatçıları,
- Tüm halkımızı, herkesi,

- yazı ve inceleme gibi bilimsel etkinlikleriyle,
- demeç, bildiri, haber gibi güncel etkinlikleriyle,
- şiir, resim, karikatür, fotograf, öykü, oyun gibi sanatsal ve kültürel etkinlikleriyle,
- ve düzenleyeceğimiz etkinliklerde bizzat yeralarak, Genel Af için ve Ölüm Cezasına karşı açtığımız kampanyaya katılmaya, destek vermeye çağırıyoruz.

BURAK
KRON KÖPRÜ PORSELEN DİŞ LABORATUARI
Mehmet Şimşek

SİZ DİŞHEKİMLERİNE EN İYİYİ VEREBİLMENİN ÖVÜNCÜYLE.
PORSELEN ÇALIŞMALARINIZDA KIYMETLİ ALAŞIM KULANILMAKTADIR
SAYGILARIMLA
MEHMET ŞİMŞEK

PORSELEN — AKRİLİK ÖRNEKLERİMİZ

- VİTA VMK 68 PORSELEN
- ITS METALKERAMİK — İVOCLAR PORSELEN
- SR. ISOSIT—N AKRİLİK
- VİTAPAN K+B — AKRİLİK
- BİOPLUS K+B—BİODENT — AKRİLİK
- SR. IVOCRON — PE — AKRİLİK

KLASİK ve MODERN AKRİLİK BİTİMLERİ

Cihan Sokak Cihan Apt. Kat. 18/18 Tel: 229 84 44 Sıhhiye — ANKARA

"Topluma açılan kapı"

- Bugüne kadar bir milyondan fazla aileyi biz konut sahibi yaptık...
- Türkiye'nin dörtbir yanında, okulu, çarşısı, çocuk bahçesi, spor tesisi ve yeşil alanlarıyla modern mahalleleri; uydu kentleri biz kurduk...
- Ticaret Sanayi ve İhracat Sektörlerine kredilerimizle destek olduk.
- Ankara Devlet Resim ve Heykel Müzesi'ni; Ankara Devlet Opera ve Balesi Binasını; İstanbul Atatürk Kültür Merkezi'ni biz inşa ettik.
- Sporda; Dünya, Olimpiyat ve Avrupa şampiyonlarını biz konut sahibi yaptık...

Biz, TEKBANK'ız!
Hem BANKAYIZ, hem de
SOSYAL BİR KURUMUZ.
Yaptıklarımızla gurur duyuyoruz.

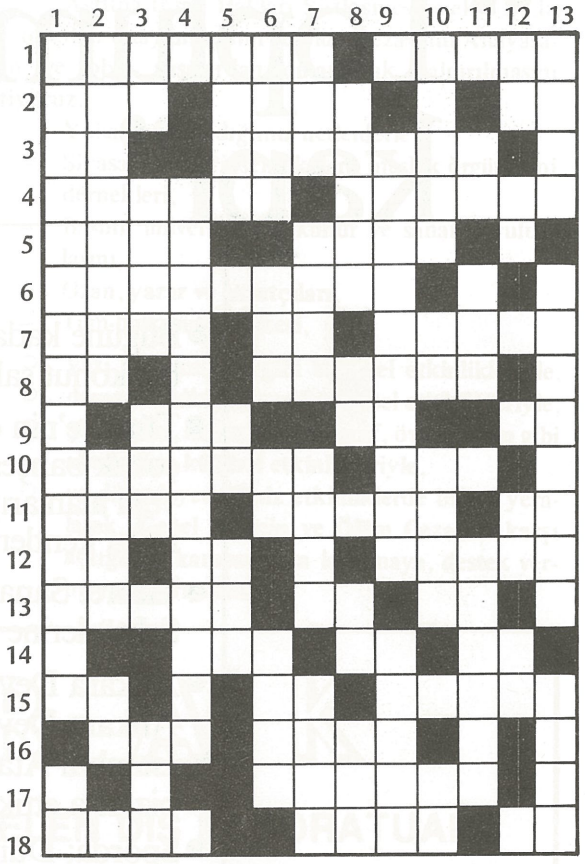
TÜRKİYE
EMLAK KREDİ
BANKASI

TEKBANK

"Evinize açılan kapı„

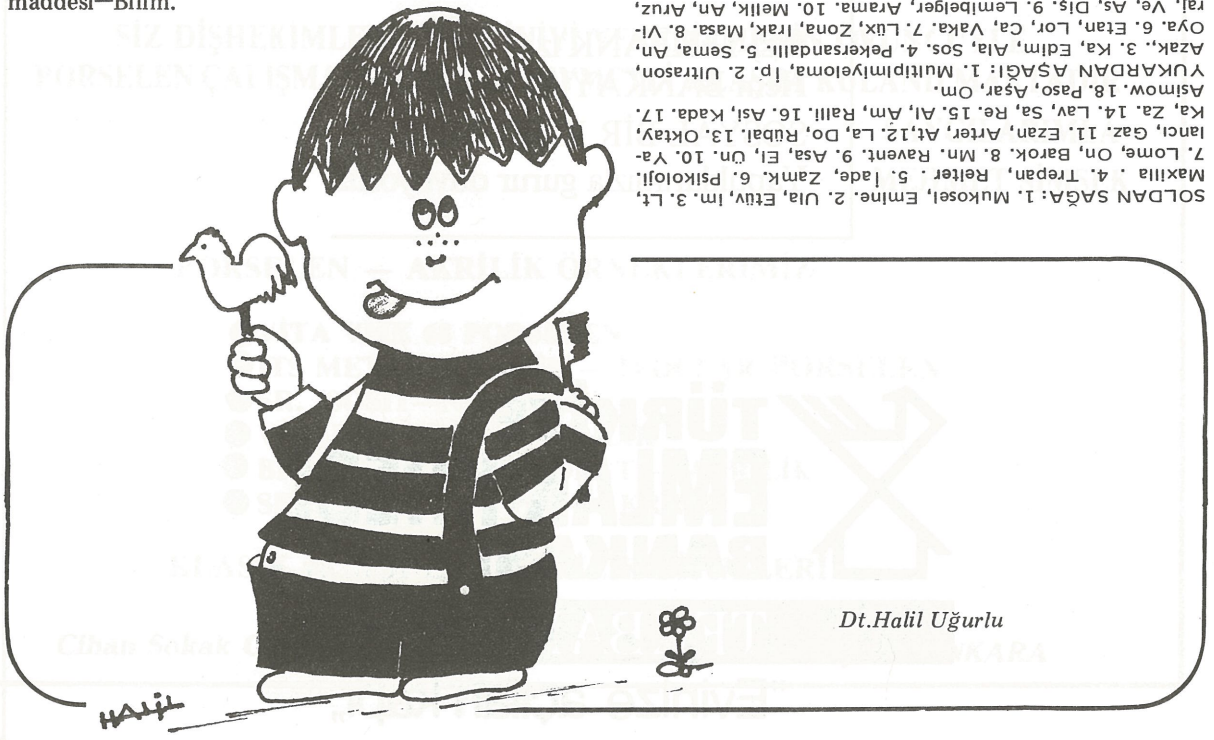
BULMACA

Hazırlayan: **Dt. Taner ÖNAL** TRABZON



SOLDAN SAĞA: 1.Tükrük bezlerinin tıkanması veya kanalların yırtılmasıyla meydana gelen retansiyon kisti—Bir bayan adı. 2.Muğlanın bir ilçesi—sterilizasyon aleti—işaret. 3.Litrenin kısaltılmışı—Üst çene. 4.Kırılmış kanal aleti çıkaran frez—Üretrit, artrit, konjektivit ile karakterize sendrom. 5.Geri verme—yapıştırıcı. 6.Ruhbilim. 7.Bir başkent—bir sayı—bir mimari tarz. 8.Manganezin simgesi—İlaç yapılan bir nebat. 9.Baston—yabancı—Nam. 10.Doğru söylemeyen—Cismin hallerinden biri. 11.Namaza çağrı—Temiz kan kanalı—Bir hayvan. 12.Bir nota—Bir nota—Divan şiiri türü. 13.Soyadı üner olan ortodonti hocamız—Eski mısırda yaratıcı güç—tersi cüzzi. 14.Volkan seli—Tersi birli—bir nota. 15.Bir renk—tersi su—Otomobil yarış cinsi. 16.Yarar—Tersi adanan şey. 17.İsaac adlı Amerikan yazarı. 18.Muafiyet belgesi—Osmanlıda vergi çeşidi—Kemiklerin yuvarlak ucu.

YUKARIDAN AŞAĞIYA: 1.Kemik iliğinin habis tümörü—İnce urgan. 2.Bir teşhis yöntemi—Bir deniz—Bir nota. 3.Tersi beyaz—İş—Karışık renkli—Alarm işareti. 4.Bir tedavi Hocamız. 5.Gök—Lahza—Bir bayan adı. 6.Bir gaz—Bir peynir çeşidi—Kalsiyumun simgesi—Olay. 7.Alâ—Bir hastalık—Uzak—Bir eşya. 8.Kavis—Bir bağlaç—Bir kürk hayvanı—Uğraşımız. 9.Bir protez hocamız—Bulmaya çalışma. 10.Kral—Tarla sınırı—Bir vezin çeşidi—Müstahkem mevkii. 11.Satrançta bir taş—Geri—Bir hastalık adı. 12.Nikel'in simgesi—Notada dur—Bir haber ajansı—Bir organ. 13.Buyruk—Bir ilaç maddesi—Bilim.



Dt.Halil Uğurlu

SOLDAN SAĞA: 1. Mukoseli, Emine. 2. Ula, Ettüv, Im. 3. Lt, Maxilla . 4. Trepan, Reiter . 5. Iade, Zamk. 6. Psikolojil. 7. Lome, On, Barok. 8. Mn. Ravent. 9. Asa, El, Ün. 10. Yalancı, Gaz. 11. Ezan, Arter, At,12. La, Do, Rübai. 13. Oktay, Ka, Za. 14. Lav, Sa, Re. 15. Al, Am, Rallİ. 16. Asİ, Kada. 17. Asimow. 18. Paso, Aşar, Om.

YUKARDAN AŞAĞI: 1. Multiplmiyeloma, İp. 2. Ultrasson, Azak,. 3. Ka, Edim, Ala, Sos. 4. Pekersandallı. 5. Sema, An, Oya. 6. Etan, Lor, Ca, Vaka. 7. Lüx, Zona, Irak, Masa. 8. Vıral, Ve, As, Dış. 9. Lemibelger, Arama. 10. Melik, An, Aruz, Or. 11. At, Art, Barlow. 12. Ni, Es, AA, El. 13. Emir, Akonitin, İlim.

arzu

KLASİK ve MODERN DİŞ PROTEZ LABORATUARI
SANAYİ ve TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ

İlkiz Sokak No. 18/ 3 - 4
Sıhhiye - ANKARA

Tel: 30 65 64 - 30 43 24

BAŞKENT

MODERN PROTEZ DİŞ LABORATUARI
VE KRON KÖPRÜ BİTİMLERİ
Naci Karagöz

Yeni Mezunlara Başarılar Diler.

Tel: 133 14 86
Sıhhıye, Cemal Gürsel Cad. 12/7
ANKARA

-VİOKLAR-
ABİDİN KARGÜN

Senelerin verdiği tecrübe ve teknik imkanlarla hizmetinizdeyiz.

PORSELENDE ve diğer bütün köprülerde her cins metal ENDÜKSİYON MAKİNASI ile dökülür ve işleriniz zamanında teslim edilir.

Laboratuvar: Bayındır sok.
30/2 KIZILAY
Tel: 31 96-03- 32 47 26

ANAKENT

DİŞ LABORATUVARI

Laboratuarımızda teknik imkanlarla tecrübeli teknisyen ekipleriye Porselende ve diğer bütün köprülerde her tür alaşımlı metal **Endüksiyon Makinası** ile dökülür ve işleriniz zamanında teslim edilir.

Modern protezlerimiz tekniğin en son geliştirdiği enjeksiyon dökümü ile dökülmekte ve gereken incelik müteharik protez estetiğinizde istediğiniz planlamada dökülmeye özen gösterilmektedir. Ayrıca laboratuvarımızda **ceka, anker, sürgü ve teleskop** protezlerde de özenle yapılmaktadır.

TÜM DİŞ HEKİMLERİNE SAYGILARIMIZLA

anakent

Tuna Caddesi Halk Sokak
No. 16/6 Sıhhıye - ANKARA
Telefon: 133 61 66 - 132 35 28

Dental Instruments

Bien Air

Switzerland

Kemal Esti

Airatör-Mikromotor
Piyasement ve
Anguldruva'da
Harika teknoloji

Türkiye Acentası ve Servisi
Ziya Gökalp Cad. No. 24/54
Kızılay-ANKARA
Tel: 33 13 61

Şirzat Seven

REMA DİŞ DEPOSU

Her türlü dişhekimliği malzemesiyle hizmetinizdeyiz

İzmir Cad. Halilbey Çarşısı 9/34
Tel İş: 229 23 20
Kızılay/ANKARA

ÇELİKKANAT

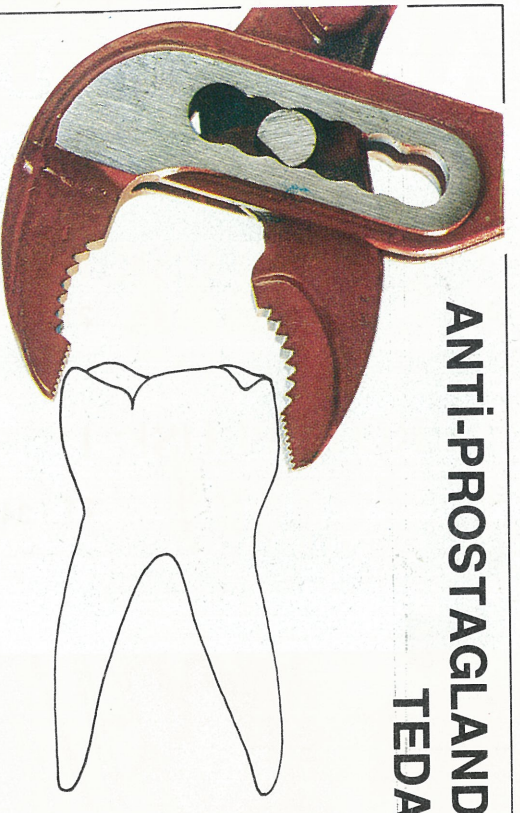
DİŞ PROTEZ LABORATUARI

Sedat Çelikkanat

- PORSELEN (İvoclar)
- İSOSİT-N (İvoclar)
- ALTIN VE METAL Kronlar
- KLASİK PROTEZ İşleri

İzmir Cad. Fevzi Çakmak Sk. 9/18
Kızılay-ANKARA
Tel: 30 00 09
30 16 29

Dental Problemlerde



- 20 dakika içinde SÜRATLİ etki
- 7 saat süren UZUN etki
- NON-NARKOTİK analjezi
- Güçlü analjezi yanında ANTİ-ENFLAMATUAR etki
- Düşük yan etki insidansı

ANTİ-PROSTAGLANDİN TEDAVİ

SİNANGİN

APRANAX®

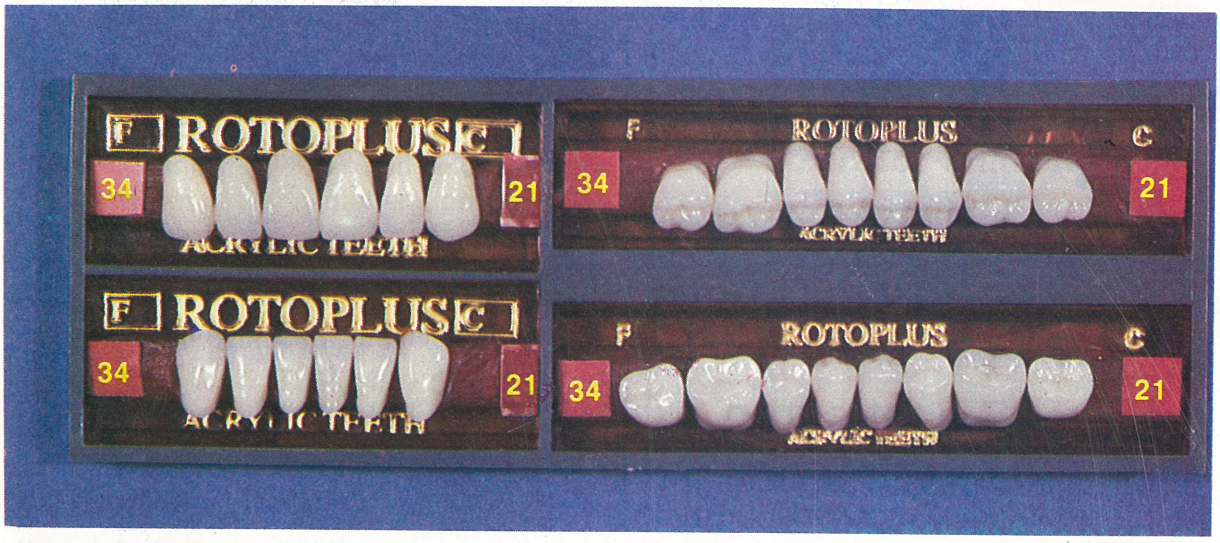
10-20 tablet

Başlangıç: 2 tablet İdame: 6-8 saatte 1 tablet

SYNTEX

ABDİ İBRAHİM
İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ş.

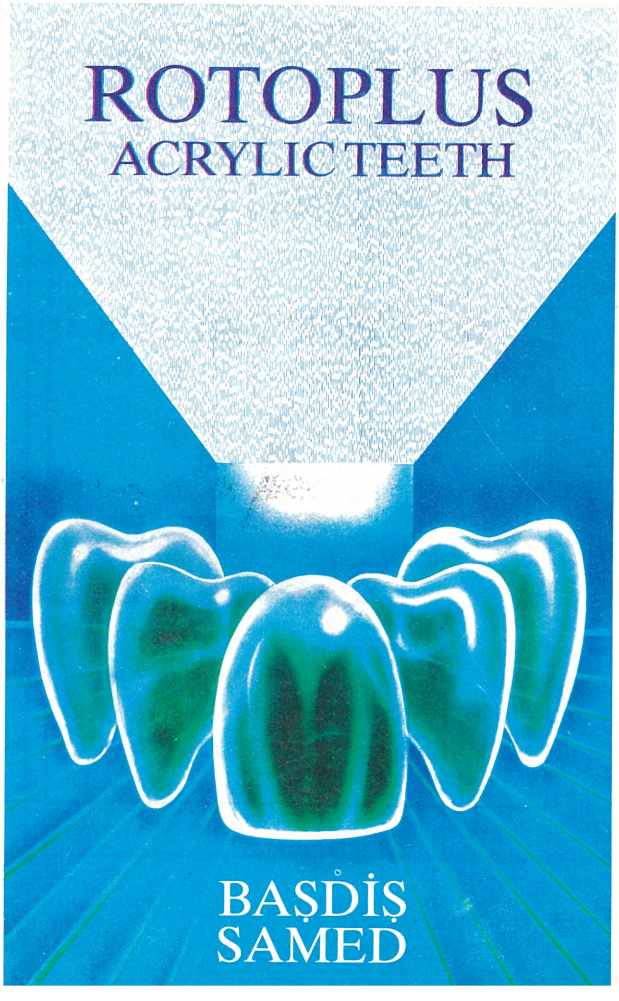
TÜRKİYE' DE İLK DEF. ÜÇ RENKLİ AKRİLİK DİŞ ÜRETTİK



Üç renkli olarak üretimine devam ettiğimiz ROTOPLUS diş, 7 ayrı form ve biodent akrilik renklerine özel olarak ROTOPLUS diş için İtalyan Lichnestayn menşeli akrilik üreten R.C. firması ile yaptığımız anlaşma sonucu, dişte aranılan, sertlik renk değişmeme ve nikotin tutmama özelliğiyle, ideal bir akrilik diş sunuyoruz.

Sayın diş hekimlerimizin gösterdiği ilgiye sonsuz teşekkürler.

BAŞDİŞ LTD. ŞTİ.
Lale Sk. 19/15
Tel: 230 46 77



kredilerimizle
üreticilerimizin
hizmetindeyiz.
T.C. ZİRAAT
BANKASI
"Gücüne erişilmez"

Signal

DİŞ MACUNU

Klinik deneylerde kanıtlanmış florür etkisi

- Signal, özel florürlü formülüyle, (% 0.8 sodyum monoflorofosfat) dişlerin arasına nüfuz eder ve diş minelerini güçlendirerek, çürümelerini önler. Signal diş macunundaki çürükle savaş elemanı, sodyum monoflorofosfattır.
- Unilever tarafından yönetilen 13 klinik deneyde ve A.B.D. İsveç-Kanada-İngiltere-Avusturalya-Danimarka-Almanya-Japonya-Fransa-İsviçre'de yapılan 29 bağımsız klinik deneyde, % 0.76 - % 1.2 oranında sodyum monoflorofosfatın, diş çürümelerini azaltmadaki etkinliği kanıtlanmıştır. Bu deneyler 28.000 çocuk üzerinde 3 yıl süreyle yürütülmüştür.
- Signal, Türkiye'de etkinliğinin kanıtına sahip tek diş macunudur. Bu kanıt, dünya diş hekimlerince kabul edilmiştir.

Signal Diş çürümelerini önler