

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI

İKİ AYDA BİR YAYINLANIR
TEMMUZ/AĞUSTOS 2011
SAYI: 139

dergi

**Dişhekimliğinde
allerjik reaksiyonlar
ve anafilaksi**

d.mar

" yükselen diagnostik değer "

FDA - CE - DICOM CS - ISO9001

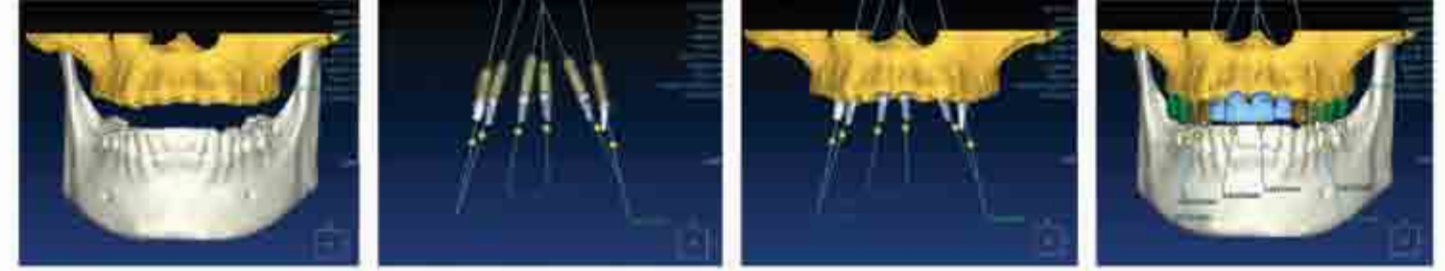
DİJİTAL SEFALOMETRİK - 3 BOYUTLU VOLUMETRİK TOMOGRAFİ (3DCT) - RADIOLINK (FDA ONAYLI) - RADIOMET - HASTA SERVİSİ
DİJİTAL PANORAMİK - DİJİTAL SEFALOMETRİK - 3 BOYUTLU VOLUMETRİK TOMOGRAFİ (3DCT) - RADIOLINK (FDA ONAYLI) - RADIOMET - HASTA SERVİSİ
" DÜNYA STANDARTLARI - MÜŞTERİ ODAKLI TOPLAM KALİTE "

d.mar
Osmanbey Tel:0212 343 13 23 (pbx) info1@dmr.com.tr
Bakırköy Tel:0212 542 27 27 (pbx) info2@dmr.com.tr
Bağdat Cd. Tel:0216 385 83 63 (pbx) info3@dmr.com.tr
Müşteri Hizm. Tel:0212 256 36 68 millis@dmr.com.tr www.dmr.com.tr



Mill ART

kışıye özel dijital implantoloji



doğru planlanmış ideal proteze giden yol ..

➤ **Configuide**
Kolay Güvenli
Cerrahi İmplant Kilavuzu



➤ **Custom Abutment**
Kışıye ve Proteze Özel
Tasarlanmış
İmplant Abutment' ları

- Titanium
- Zirconia
- Hybrid Zirconia



➤ **Custom Bar**
Kışıye ve Proteze Özel
Tasarlanmış
İmplant Barlar



dijital implantolojide doğru yer ..

Tesvikiye Cad. No: 63 K:5/15 Nişantaşı - Şişli / İstanbul
Tel: +90 212 224 05 09 E-mail: info@configuide.eu
Web: www.configuide.eu Web: www.dijitalimplantoloji.com

Başkan	07
Genel Sekreter	11
Editör	13
Komisyonlardan: 2011-2012 Sürekli Dişhekimliği Eğitimi dönemine başlarken	14
Oda Haberleri	16
Güncel: Ferdi Kaza ve Kaza Sonucu İş Göremezlik Sigortası yenilendi	24
Hukuk: Dişhekimlerinin birden fazla yerde çalışması	26
Meslektaşlarımızdan: Prof. Dr. Sabire Değer: Her şey bir fotoğraf makinesi almakla başladı	30
Aramıza hoş geldiniz	34
Soruyorum: Dişhekimliğinde allerjik reaksiyonlar ve anafilaksi	35
Bilimsel: Porselen Laminat Veneer Restorasyonlar ile Estetik Rehabilitasyonun Sağlanması	46
Bilimsel: İmplantlarda vida gevşemesi	52
Bilimsel: Diş protez laboratuvarında çalışan kişilerin karşılaştıkları mesleki riskler	58
Sanat Gündemi: Can Yücel	62
Aslında Her Gün Fırçalıyorum: Aureus istilası	64
Sizce dişhekimim?: Twitter fenomenlerine sorduk	66
Sağlık Dünyası	67
Dental kitap: Periodontal Cerrahi: Klinik Atlas	68
Duyurular	68
Karikatür: İlhan İşler	69

REKLAM DİZİNİ

D-MAR	ön kapak içi
D-MAR	03
Pronamel	06
Betatom Emar	10
CNR	12
Teknodent	23
Biotène	29
Anadolu Hayat Emeklilik	45
Colgate	50-51
Abdi İbrahim	61
Ünaldı Medikal	70
Dentanet	arka kapak içi
Sensodyne	arka kapak

Ferdi Kaza ve Kaza Sonucu İş Göremezlik Sigortası yenilendi

24



Dişhekimlerinin birden fazla yerde çalışması

26



Her şey bir fotoğraf makinesi almakla başladı

30



Porselen Laminat Veneer Restorasyonlar ile Estetik Rehabilitasyonun Sağlanması

46



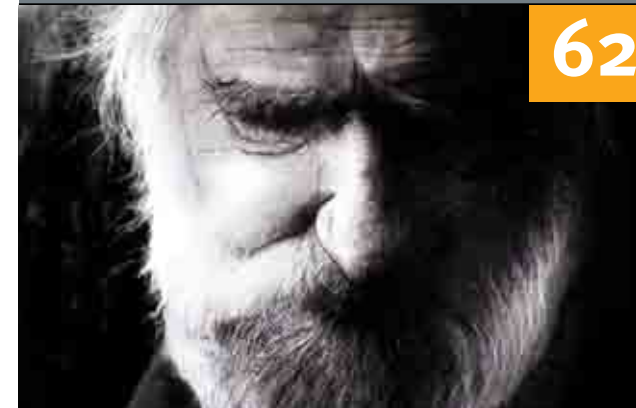
İmplantlarda vida gevşemesi

52



Can Yücel

62



www.ido.org.tr

Yönetim Yeri ve Adresi
İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI
Cumhuriyet Caddesi Safir Apt.
No. 203 D. 3 34367 Harbiye/İstanbul
T. 0212 225 03 65 - 296 21 05 • F. 0212 296 21 04
www.ido.org.tr • ido@ido.org.tr

İmtiyaz Sahibinin Adı ve Adresi
Prof. Dr. Serdar Çintan
Cumhuriyet Caddesi Safir Apt.
No. 203 D. 3 34367 Harbiye/İstanbul

Sorumlu Müdürün Adı ve Adresi
Güler Gültekin
Cumhuriyet Caddesi Safir Apt.
No. 203 D. 3 34367 Harbiye/İstanbul

Dergi Adı
dergi

Yayın Türü
Yerel süreli yayın (iki ayda bir yayımlanır.)

Baskı
Tor Ofset
Hadımköy Yolu, Akçaburgaz Mah. 4. Bölge
9. Cadde 116. Sok. No: 2 Esenyurt-İSTANBUL
0212 886 34 74

Basım Yeri ve Tarihi
İstanbul - Ağustos 2011

Yayın Kurulu
Sevil Arslan Tuğlu
Özlem Batur Havza
Yahya Çelik
Pınar Ezerler İzar
Süha Sertabipoğlu
Fusun Şeker
Ferah Ulu
Şeyda Yavuz

Yazarlar
Fırat Budacı
Önder Çalışkan
İlhan İşler
Nilgün Onarıcı

Çeviri
Özgür Baydemir

İDO Adına Reklam Koordinatörü
Özlem Kevelcioğlu
ozlem@provoajans.com
Provo Ajans
0212 274 15 53

Redaksiyon
Süha Sertabipoğlu

Yayın Sekreteri
Çağla Oflaş

Editöryal ve Teknik Üretim
Provo Ajans
Şakir Kesebir Cad. Gazi Umur Paşa Sok.
No. 41/2 34348 Balmumcu-Beşiktaş/İstanbul
0212 274 15 53
info@provoajans.com
www.provoajans.com

139. sayı 6750 adet basılmıştır. Dergi'de yer alan yazıların hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir.

Hastalarınızın dişlerini asit erozyonunun etkilerinden koruyun.

ŞİMDİ BEYAZLATICI SEÇENEĞİYLE



Dişleriniz sağlıklı görünebilir.



Asit erozyonunun ilk aşaması ancak diş hekimi tarafından teşhis edilebilir.



*Bu görsel, klinik durumu temsili bir hazırlanmıştır.

ASİT EROZYONU HAKKINDA DİŞ HEKİMİNİZE DANIŞIN.



Prof. Dr. Serdar Çintan
İstanbul
Dişhekimleri Odası
Başkanı

Barişe bir şans verin

Değerli Meslektaşlarım,

Geçen sayımızda yazımı "hepimize toplumsal huzur ve barışa ulaşma umudumuzun yükseleceği, kaygıların yerini yüreğimize ferahlık veren beklentilere dönüşeceği mutlu günler diliyorum" diyerek bitirmiştik. Ancak yaklaşık iki aylık zaman içinde ülkemizin içinde bulunduğu şiddet ortamında yine pek çok genç askerimizi kaybettik. Yaklaşık 30 yıldır sadece askeri önlemlerle bitemeyeceği bilinen ve uzmanlar tarafından "düşük yoğunluklu savaş" olarak tanımlanan ortamda hem Türk Silahlı Kuvvetleri'nden hem de yardımcı güvenlik güçlerinden çok fazla kaybımız oldu. Bu topraklarda barış ve huzur bulamadıkları görüşü ve duygularıyla dağa çıkan ve orada yaşamlarını kaybeden bir dolu genç insan da aslında bu ülkenin vatandaşları. Anadolu gibi onlarca uygarlığı topraklarında barındırmış ve tarihi yaklaşık 8000 yıla uzanan bir coğraf-



yada yüzyıllarca bir arada yaşamayı becermiş iki farklı halkın savaşın eşiğine gelmiş veya getirilmiş olmaları çok düşündürücü. Bu yazının satırları ne uzunluk olarak ne de kapsamı gereken konular olarak bu tartışmayı içinde barındırıyor. Ancak Türk ve Kürt halkının yeniden kardeşçe huzur ve refah içinde yaşaması için her görüşten siyasetçinin, her görüşten sivil toplum örgütlerinin insan sevgisini ve akli öne çıkaran davranış ve tutum içinde, çözüm önerilerini hızla tartışmasına her zamankinden daha çok ihtiyacımız var diye düşünüyorum. Bu ortamda ölenlerin çok büyük çoğunlu-

ğu yaşamlarının baharında genç insanlar. Onların umutlarını yaşayamadan bu dünyadan göçüp gitmelerine mi, ailelerin yaşadığı katlanılması zor acıya mı, babasız kalan küçük çocuklara mı, her ölümden tükenmeye yüz tutan huzur ve barış umuduna mı yanmalıyız? Yanıtı çok zor bir soru.

Tam da bu günlerde "Dünya Barış Günü" kutlamaları yapıldı. Aslında Birinci Dünya Savaşının başladığı 1 Eylül gününden yola çıkılarak belirlenen tarih daha sonra Birleşmiş Milletler tarafından 21 Eylül olarak değiştirildi. Ancak ülkemizde

kutlamalar 1 Eylül'de yapılmakta. Ancak çocuklarımızın savaşta ölmeyip barış içinde yaşamaları için mesajların verilmesi gereken bu anlamlı günde kutlamalar ne yazık ki, şiddet eylemleri içinde gerçekleşti. Barış gününü

şiddetle kutlayan, daha doğrusu

kutlayamayan bir toplumdaki barış gününü sevgiyle, dayanışmayla, el ele kutlayabilen bir topluma dönüşme umudumuzu yitirmemek gerektiğini düşünüyorum.

Geçen sayımızda yeni hükümetten ve Sağlık Bakanlığı'ndan meslek örgütünün çağrılarına daha farklı bir hassasiyetle yaklaşmasını ve daha uzlaşmacı bir tavır içinde olmasını beklediğimizi belirtmiştik. Geride kalan günlerde Sayın Bakan, TDB Başkanımız, TDB Başkan Vekilimiz, TDB Genel Sekreterimiz ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü arasında yapılan toplantıda bu konuda

ido.org.tr

Herkes notununu alsın!



22 Kasım Dişhekimliği Günü - Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Haftası - Odamızın kuruluşunun 25. yıldönümü

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

önemli adımlar atıldığını TDB'nin ulaştırdığı ve web sayfasında yayınladığı bilgilerden öğrendik.

Uzmanlığın dişhekimlerinin çalışma alanlarını sınırlamayacağını, muayenelerden hizmet alımı konusunun yeniden değerlendirileceğini, 2023 yılı hedefli bir Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Programı ve Eylem Planı hazırlanması için geniş kapsamlı bir çalışma yapılması kararı alındığını, toplumun ağız-diş sağlığına yönelik TDB tarafından hazırlanan "farkındalık yaratma projesi"ne Bakanlık tarafından destek verileceğini, AÜT ile ilgili bir ortak bir çalışma yapılmasının planlandığını öğrendik. Bu sürecin mesleğimiz, meslektaşlarımız ve tüm toplum için en yararlı bir şekilde sonlanmasını umut ediyoruz.

Sevgili Meslektaşlarım,

Sizlerle paylaşmak istediğimiz bir diğer konu ise, gözümüzün önünde yaşanan bir insanlık dramı. Afrika'nın doğu kıyılarında yaşanan kuraklık sonucu yaklaşık 10 milyon insan kuraklık nedeniyle açlık ve susuzlukla karşı karşıya. Somali ve Kenya'da yaşanan açlık ve susuzluk milyonlarca insanın yaşamını tehdit ediyor. Binlerce insan bulunduğu yerden göç etmek zorunda kalıyor ve her geçen gün artan sayıda insan açlıktan ölüyor. Topluma ve insanlığa karşı görev bilincimiz ve insan sağlığını her şeyin üstünde tutan bir sağlık meslek örgütü olarak Kızılay'ın Somali ve Kenya için Türkiye çapında başlattığı yardım kampanyasını destekliyoruz. Web sayfamızda yayınladığımız mesajımızı bu yazının içine de alıp tüm meslektaşlarımızı Kızılay'ın yardım kampanyasına katılmaya çağırıyoruz. Bu yerkürede her toplumun sorununu kendi sorunumuz gibi algılayabilseniz sanıyorum çok daha güzel bir dünyada yaşama şansımız olacak. İnsanın böyle bir bilince erişmesini dilemekten kaçınmamamız gerektiğini düşünüyorum.

Değerli Meslektaşlarım,

Bu yıl meslek örgütümüzün 25. kuruluş yılı. Bu nedenle 22 Kasım "Dişhekimliği Günü"nü içine alan Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Haftası'nı en güzel şekilde kutlamak istiyoruz. Önceki yıllarda yaptığımız etkinliklerin çerçevesini bu yıl genişletmeyi planladık ve oluşturduğumuz komisyonun önerileri ve çalışmalarını epey yol aldık. Dilerim, mes-

lek örgütümüze ve siz meslektaşlarımıza layık ve toplumda da ağız diş sağlığı konusunda farkındalık yaratacak bir kutlama haftası yaşayabiliriz. Bu haftaya denk gelecek etkinliklerde yer almayı arzu ederseniz, o günlerinizin randevularını şimdiden planlayın.

Sonu uzun bir tatille birleşen yaz aylarını geride bırakıyoruz. Eylül ayıyla birlikte İstanbul'u bir telaşa almaya başlayacak. Sıcaklar yerini ılık gündüzlere ve serin akşamlara bırakacak, okullar açılıyor telaşı başlayacak, trafik sıkışıklığı artacak, çarşı-larda ampuller altında pırıldayan balıkçı tezgâhları canlanacak, yaz bitiyor duygusu yerini önce bir hüzne, ardından Eylül İstanbul'unun güzelliğine bırakacak, yaşam inanılmaz ve şaşmaz bir tekrarlar zinciriyle devam edecek. Bu defa yazımı büyük usta Bülent Ortaçgil'den birkaç satırla bitirmek istedim, hepinize güzel bir sonbahar diliyorum.

onca yıl sen burada

onca yıl ben burada

yollarımız hiç kesişmemiş

şu eylül akşamı dışında

bostancı dolmuş kuyruğunda

sen başta ben en sonda

öylece beklemişizdir...

sabah 7:30 vapuruna

sen koşa koşa yetişirken,

ben yürüdüğümünden kaçırmışım

aynı anda başka insanlara,

seni seviyorum demişizdir

mutlak güven duygusuyla,

başımızı başka omuzlara dayamışızdır

olamaz mı? Olabilir...

onca yıl sen burada

onca yıl ben burada

yollarımız hiç kesişmemiş

şu eylül akşamı dışında

Not: Dergimizi baskıya göndermeden önce bizi çok üzen bir vefat haberi aldık. Bursa Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu üyesi ve meslek örgütüne yıllarca emek vermiş meslektaşımız, arkadaşımız Ali Durmazoğlu'nu kaybettik. Ailesine, Bursa Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu'na ve dişhekimliği camiasına başsağlığı ve sabır dileklerimizi iletmek istiyoruz, mekânı cennet olsun.

BETATOM EMAR®

BAHÇELİEVLER

GÖRÜNTÜLEME VE TANI MERKEZİ

Uluslararası Standartlarda Geliştirilmiş
Teknolojik Cihazlarımızla ve
Seçkin Uzman Kadromuzla
Kaliteli Hizmeti Birlikte Sunuyoruz.

- MR Manyetik Rezonans
- Bilgisayarlı Tomografi
- Volumetrik Dental Tomografi
- Panoramik Röntgen
- Sefalometrik Röntgen
- Renkli Doppler
- Ultrasonografi
- Ekokardiyografi
- Mammografi
- Kemik Dansitometre
- EMG (Elektromiyografi)
- EEG (Elektroensefalografi)
- Laboratuvar



www.betatom.com.tr / e-mail: info@betatom.com.tr

Çalışlar Caddesi, No.: 40, İncirli - Bahçelievler / İST./ Tel.: (0212) 557 76 98 (Pbx)

“Ustalık döneminde” dişhekimliği hizmetleri!

Seçim döneminde Başbakan geçmiş iktidarlarını “çiraklık, kalfalık” dönemi, bu iktidarlarını da “ustalık” dönemi olarak tanımlayarak, halktan kendilerine oy vermelerini istemişti.

Hükümetin “ustalık öncesi uygulamaları” hakkında yorumda bulunmayacağım. Herkesin kendi düşüncesine göre bu konuda olumlu, olumsuz bir değerlendirmesi olduğunu düşünüyorum. Ancak dişhekimleri; Sağlık Bakanlığı’nın “çiraklık ve kalfalık” uygulamalarına bakarak “ustalık” döneminde neler yapacağını “Yaptıklarım yapacağlarım aynasıdır” diyerek değerlendirmekte haklıdır. Neden böyle düşündüğümü sizlere çok ayrıntılı bir şekilde yazmamın anlamı olmadığını düşünüyorum.

Serbest dişhekimliği yapan meslektaşlarımız arasında bir anket çalışması yapılırsa, sanırım meslektaşlarımızın %90’ı uygulanan dişhekimliği politikaları nedeniyle bugün ve gelecekle ilgili ciddi endişeleri olduğunu söyleyeceklerdir. Bu kaniya varmamdaki gözlemlerimi ve duyularımı sizlerle paylaşmak istiyorum:

Birincisi Sağlık Bakanlığı’nın ADSM’lere yaptığı dişhekimliği alımına başvuranların birçoğunun mesleklerinin 10. ve 15. yılında olması serbest çalışan dişhekimlerinin durumunu gösteriyor.

Başka bir veriyi de sarf malzemesi satan diş depolarının kendi durumlarıyla ilgili söyledikleri oluşturuyor. Diş depoları eskiden sarf malzemelerinin %70-80’ini serbest çalışan dişhekimlerine satarken şimdi tersine bir işleyiş oldu. Artık diş depoları sarf malzemelerinin %70-80’ini resmi sağlık kurumlarına satıyor.

Neredeyse 70 ilimizde resmi sağlık kurumlarında çalışan dişhekimisi sayısı serbest çalışan dişhekimisi sayısını geçmiş durumda.

Bu rakamlardan kalkarak devletin dişhekimliği hizmeti üretmesi doğru değil, dişhekimliği hizmetlerini serbest çalışan dişhekimlerinden alınmalı gibi sistemi piyasa anlayışına terk eden bir öneri sunmuyorum. Ancak kamunun serbest çalışan dişhekimlerinden ağız ve diş sağlığı hizmeti almayarak hizmetin kalitesini önemsemediğini; ayrıca “haksız rekabet” yarattığını düşünüyorum.

Hiç kimsenin, “Sağlık Bakanlığı dişhekimliği hizmetlerini serbest dişhekimlerinden almak istedi ama TDB istemedi; Danıştay da dava açtı” şeklinde, Bakanlığın özellikle dişhekimlerinden gelecek tepkiyi TDB’ye yöneltmek amacıyla çıkardığı gerçek dışı söylemlerine itibar etmemesi gerekir. Çünkü tıp hizmetlerinde bir çok kişi ve kurum alınan birçok karara karşı çıktı, yargıya taşıdı ama Sağlık Bakanlığı bu konuda o kadar kararlıydı ki, her seferinde uygulamak istediğini çeşitli yollarla tekrar tekrar gündeme getirdi, son olarak da KHK (Kanun Hükmünde Kararname) ile devlette çalış-

şan hekim ve dişhekimlerinin muayenehane açmasını engelledi.

Demem o ki, Sağlık Bakanlığı dişhekimliği hizmetlerini serbest dişhekimlerinden almak isteseydi genel tiptaki gibi önüne çıkan “her engelde” mutlaka bir yan yol bulur, yetkisini kullanır, kararını verir ve uygulardı.

2008 yılının Ekim ayında yapılan görüşmede Başbakan’ın olaya sıcak bakmasına rağmen ilgili Bakanlıkların ve de özellikle Sağlık Bakanlığı’nın bu konudaki olumsuz tavrı bugün serbest çalışan dişhekimlerinin mağduriyetinin temel nedenidir. Kamunun serbest dişhekimlerinden ağız ve diş sağlığı hizmeti almamasının tek müsebbibi karar veren ve uygulayan ilgili bakanlıklardır.

Şimdi “ustalık” döneminde ne olacak? Sağlık Bakanı aynı düşünceyle yola devam eder, tıp hizmetlerinde yaptığı gibi dişhekimliği muayenehanelerini sistem dışına bırakacak bir düzenleme yapar, bununla da yetinmez, muayenehanelerin fiziki olarak açılabilmesini engellemeye yönelik yeni bir mevzuat çıkarırsa; bizleri sermayenin elinde ucuz işgücüne dönüştürür.

Özellikle Çalışma Bakanımıza buradan bir çağrıda bulunuyorum. Bugün sağlık primini aldığınız TC vatandaşlarına verdiğiniz dişhekimliği hizmetlerinin tıbbi uygunluğunu bilimsel kriterlere göre araştırın. Hizmeti veren ve denetleyen Sağlık Bakanlığı’nın “hizmetin kalitesi –tıbbi uygunluğu” konusunda objektif olmadığını göreceksiniz.

Sağlık çalışanlarının verimliliklerini sadece işlem sayısı ile ölçen bir anlayıştan, “Daha çok girişimsel işlem yapın, ne olursa olsun hasta kapıdan geri dönmeyin” diyen zihniyetten ve bunun doğru olmadığını söyleyen dişhekimlerini tehdit eden bir anlayıştan kaliteli sağlık hizmeti çıkmaz.

Sizlere öneriyoruz ve talep ediyoruz. Serbest çalışan dişhekimleri de bu ülkenin değerleridir. Ulusal kaynaklardır. Dişhekimlerinin gelecekleriyle ilgili endişe taşımadan mesleklerinin icra etmelerinin önünü açın.

Bugün vergisini ve sağlık primini ödeyen vatandaş kamu hastanelerine mahkumdur. Koyduğunuz kurallar ve belirleyeceğimiz bedeller çerçevesinde (-ki bu konuda yetki sadece ve sadece sizlerindir, bizlerin meslek kuruluşu olarak ne yazık ki hiçbir yetkimiz yok) serbest çalışan dişhekimlerinden hizmet almasına olanak tanıyın. Bu çerçevede hasta ister kamudan ister serbest çalışan dişhekiminden ağız diş sağlığı hizmetini alsın.

Gerçek “haklı rekabet” ve gerçek “hekim seçme özgürlüğü” budur.

Haydi, “Usta” olduğunuzu gösterin.



Ayten Yıldırım
İstanbul
Dişhekimleri Odası
Genel Sekreteri

www.ido.org.tr

5-8 NİSAN 2012
11. İSTANBUL AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI CİHAZ
VE EKİPMANLARI FUARI

CNREXPO

İDEX
İSTANBUL



DISSİAD

1993 ANLAŞIMLI SAĞLIK VE HİZMETLERİ DERNEĞİ

CNR HOLDING

CNR Ekspo Fuarçılık A.Ş.

CNR EXPO Yeşilköy 34149 İstanbul-Türkiye Tel: 0(212) 465 74 74 Fax: 0(212) 465 74 76 - 77 www.cnrexpo.com
BU FUAR 5174 SAYILI KANUN GEREĞİNCE TÜRKİYE ODALAR VE BORSALAR BİRLİĞİ (TOBB) İZİNİ İLE DÜZENLENMEKTEDİR.

bunca zaman bana anlatmaya çalıştığını, kendimi bulduğumda anladım...

Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kapsamında düzenlediğimiz 2011-2012 eğitim dönemi programı hazırlıkları için web sitemizde yayınladığımız anketimizi 278 meslektaşımız yanıtladı. Ayrıca İlçe Temsilcileri Komisyonumuzun düzenlediği kahvaltılı bölge toplantılarında meslektaşlarımız eğitim programlarıyla ilgili görüş ve önerilerini iletiler. Tüm bu verilerin ışığında 2011-2012 Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Programı hazırlık çalışmalarını sürdüren Eğitim Komisyonu Başkanı ve İstanbul Dişhekimleri Odası Başkan Vekili Prof. Dr. Ender Kazazoğlu önümüzdeki dönemde Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Programıyla ilgili değişiklikleri açıkladı.

Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası ikinci yılında. Resmi Gazete'de 30 Ocak 2010 tarihinde yayınlanan 5947 sayılı kanunla Mesleki Mali Zorunluluk Sigortası yaptırılması zorunlu hale getirilmişti. Zorunlu sigortanın uygulama koşulları da Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ve Tarife ve Talimatında belirlenmişti. Söz konusu talimatta bazı değişiklikler yapılmış olup bu değişiklikler 19 Temmuz 2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak 30 Temmuz 2011 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe girdi. Yapılan değişiklikleri "Oda Haberleri" disiplin başlığında okuyabilirsiniz.

Ferdi Kaza ve Kaza Sonucu İş Göremezlik Sigortası yenilendi. Türk Dişhekimleri Birliği'nin organizasyonu, Ferdi Kaza ve Kaza Sonucu İş Göremezlik Sigortaları için, Dişhekimleri Odalarının genel eğilimi doğrultusunda 18.07.2011 tarihinden 18.07.2012 tarihine kadar geçerli olmak üzere Axa Sigorta Şirketi'yle sözleşme yapıldı. Ayrıca, mesleğini aktif olarak icra etmeyen Oda üyesi meslektaşlarımız da istediği takdirde ferdi kaza sigortası kapsamına alınabilecekler. Bu konuya yer ayırarak kazasız, belsiz, sağlıklı ve güzel günler dileyerek farkındalık yaratmak istedik.

Son zamanlarda çok tartışılan "Dişhekimlerinin birden fazla yerde çalışması" konusunu Hukuk Danışmanımız Av. Behlül Ablak ile konuştuk. Av. Behlül Ablak son günlerde yapılan yasal düzenlemeler, verilen yargı kararlarını, son olarak da 26 Ağustos 2011 günlü Resmi Gazete'de yayımlanan 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ışığında, bir dişhekiminin birden fazla yerde çalışmasının mümkün olup olmadığını ve 650 sayılı Kanun

Hükmünde Kararname ile yapılan değişiklikleri değerlendirdi.

İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Kuron Köprü Protezi Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sabire Değer, "Her şey bir fotoğraf makinesi almakla başladı" diyerek fotoğrafla ilgili serüvenini anlatıyor. "Bugün Antakya'daki Affan Mahallesi aklıma geldiği zaman mutluluk hissediyorum. Oradaki din, ırk, millet farklılıklarına rağmen samimi dostluğu, kardeşliği, komşuluğu her türlü olanaksızlıklara rağmen görmek, hissetmek, görüntülemek ruhumu besleyecek bir hobisi olması gerektiğine inanıyorum" diyen Meslektaşımız Sabire Değer "Meslektaşlarımızdan" disiplin başlığında...

"Dişhekimisi hastasının şoka girmesi halinde ne yapması gerektiğini hem vicdanen hem de hukukten bilmek ve hatta yardımcısını bu konuda yetiştirmek zorundadır." SoruYORUM sayfalarında İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Allerjisi ve Akciğer Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nermin Güler ile dişhekimliğinde lokal anestezi ilaçlara karşı oluşan allerjik reaksiyonları ve acil müdahale yöntemlerini konuştuk. Sevgili Hocamıza zaman ayırıp bizleri aydınlattığı için teşekkür ediyoruz.

Bilimsel bölümümüze Doç. Dr. Gülcan Coşkun Akar "Diş Protez Laboratuvarlarında Çalışanların Karşılaştıkları Mesleki Riskleri" anlattı. Prof. Dr. Taner Yücel, Dr. Hande Şar Sancaklı ve Dr. Uğur Erdemir, "Porselen Laminat Veneer Restorasyonları ile Estetik Rehabilitasyonun Sağlanması" adlı olgu sunumunu, Prof. Dr. Ömer Kutay ile Dişhekimisi Semra Can, "İmplantlarda Vida Gevşemesi" adlı makalelerini bizlerle paylaştı. Hocalarımıza çok teşekkür ederiz.

Sanat Gündemi'nde zaman zaman kullandığı kaba ama samimi diliyle Türk şiirinde farklı bir tarz yaratan, 12 Ağustos 1999 gecesi kaybettiğimiz ve çok sevdiği günebakan çiçekleriyle uçurlanarak Datça'da gömülen "Bunca zaman bana anlatmaya çalıştığını, kendimi bulduğumda anladım." diye başlayan dizelerin dünyaca ünlü şairi Can Yücel'i sevgiyle anıyoruz...

20-27 Kasım 2011 Herkes ajandasına notunu al-sın.

Sevgi ve Saygılarımızla...



Güler Gültekin
İstanbul
Dişhekimleri Odası
Yönetim Kurulu
Üyesi

www.ido.org.tr



2011-2012 “Sürekli Dişhekimliği Eğitimi” dönemine başlarken



Prof. Dr. Ender Kazazoğlu
İstanbul Dişhekimleri Odası
Başkanvekili
Eğitim Komisyonu Sorumlusu
ekazazoglu@hotmail.com

Değerli Meslektaşlarım,

Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kapsamında 2011-2012 yılı eğitim programını hazırlarken Oda'mızın web sitesinde eğitim konularıyla ilgili bir anket düzenledik. Anketimize 278 meslektaşımız katkı sunup, hangi kursların hangi bölgelerde verilmesini istediklerini, ayrıca bu konulardaki görüşlerini yazılı olarak bildirdiler. Anketimize katılan değerli meslektaşlarıma çok teşekkür ediyorum.

Anket öncesinde de İlçe Temsilcileri Komisyonu tarafından düzenlenen kahvaltılı bölge toplantılarında meslektaşlarımızın görüşlerine başvurmuş-tuk. Ayrıca çeşitli toplantılarda birçok meslektaşımızın görüşlerini ve önerilerini değerlendirdik. Tüm bu çalışmalarımızın verilerini birleştirdik ve 2011-2012 Dönemi Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Programımızı oluşturduk.

2011-2012 Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Döneminde en çok istenenler

- İmplantoloji:** 205
- Protetik Diş Tedavisi:** 150
- Endodonti:** 141
- Ağız,Diş-Çene Cerrahisi:** 133
- Periodontoloji:** 100
- Ağız,Diş-Çene Radyolojisi:** 91
- Diş Hastalıkları ve Tedavisi:** 75
- Ortodonti:** 63
- Pedodonti:** 58

Bölgelere göre kurs ve seminer isteği dağılımı

- Kadıköy, Ataşehir:** 95
- Şişli, Beşiktaş, Kağıthane, Sarıyer, Beyoğlu:** 74
- Bakırköy, Bahçelievler, Güngören, Zeytinburnu:** 50
- Büyükçekmece, Küçükçekmece, Silivri, Çatalca, Avcılar, Başakşehir, Esenyurt, Beylikdüzü:** 39
- Pendik, Kartal, Maltepe, Tuzla:** 36
- GOP, Bayrampaşa, Fatih, Eyüp, Eminönü, Arnavutköy:** 28
- Ümraniye, Çekmeköy, Sancaktepe, Üsküdar, Beykoz, Şile:** 22
- Yalova:** 7

İstanbul'u üç bölgeye ayırdık

Sonuçlara göre; İstanbul'u Kadıköy, Şişli ve Bakırköy olmak üzere üç bölgeye ayırdık. Bu ilçelerde Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kapsamında yoğun olarak konferanslar düzenleyeceğiz. Ancak Pendik ve Avcılar gibi ilçelerimizi de unutmadığımızı belirtmeliyim.

Bugüne kadar toplantı günleri konusunda bir dağınıklık yaşıyorduk. Önümüzdeki dönem buna son vererek yeni bir gelenek başlatıyoruz. Yeni dönemde herkes bilmeli ki, Pazartesi ve Perşembe akşamları olmak üzere ayda en az sekiz akşam bilimsel toplantı düzenleyeceğiz. Yine her ayın birinci ve üçüncü haftası, Perşembe günleri sabah saat 10:00 ile 13:00 arasında firmalar tarafından desteklenen uygulamalı kurslarımız yapılacak. Programımızı iki hafta içinde açıklayıp, Ekim ayı itibarıyla başlayacağız.

Üyelerimize ücretsiz eğitim

Bu dönem Yönetim Kurulumuzun almış olduğu bir karar daha açıklamak istiyorum: Bilimsel toplantılarımıza İstanbul Dişhekimleri Odası üyeleri ücretsiz katılabilirler. Üye olmayan meslektaşlarımız ise 50 TL ücret karşılığında katılabilecekler.

Otellerde düzenlediğimiz toplantılarda “çay-kahve” adı altında otellerin aldıkları ücretler ciddi rakamlara ulaşmış durumda. Yönetim Kurulu olarak toplantılara gelen meslektaşlarımızın çay ve kahve içmeye değil bilimsel konuşmaları dinlemeye geldiğine inandığımız için toplantı yerlerini ücretsiz kullanabileceğimiz, belediye veya üniversite salonları gibi yerlerde yapmayı planlıyoruz.

Önümüzdeki dönemde de, tüm üyelerimizin bilimsel programa geçen dönemlerde olduğu gibi gereken ilgiyi göstereceğine inanmaktayım. Meslektaşlarımıza sevgi ve saygılarımla.

Bilimsel toplantılarda buluşmak dileğiyle...



Bruksizm



İstanbul Dişhekimleri Odası 28 Temmuz 2011 tarihinde, "Bruksizm" konulu bir konferans düzenledi. Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nde gerçekleştirilen konferansın konuşmacısı Yeditepe

Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Koray Oral'dı. Konferansa 80 meslektaşımız katıldı.

İMOK'dan Taksim İlk Yardım Hastanesi'nde taşeronlara karşı direnişe destek



Gaziosmanpaşa'da muayenehane ruhsat alımı ve izin harcı konusunda kolaylık

İstanbul Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu üyesi Harun Koca 29 Temmuz 2011 tarihinde Gaziosmanpaşa Belediye Başkanı Dr. Erhan Erol'u ziyaret etti. Muayenehanelerin belediyelerden ruhsat alması, işyeri açma ruhsatı ve izin harcı ödenmesi konusunda yaşanan sıkıntılar ve çözüm önerilerinin konuşulduğu ziyarette Harun Koca, Gaziosmanpaşa ilçesinde muayenehane açan meslektaşlarımızın harç ödemelerinde kredi kartıyla faizsiz taksit yapılmasını talep etti. Belediyelerin muayenehanelerin ruhsatlandırılması ve izin harcı almasına yönelik hiçbir talebinin olmadığını vurgulayan Dr. Erhan Erol da dişhekimleriyle belediyeleri karşı karşıya getiren yönetmelikten şikâyet etti. Harç ödemelerinde meslektaşlarımıza kolaylık sağlayacaklarını söyledi.



Oda'mızın da içinde yer aldığı İstanbul Meslek Odaları Koordinasyonu (İMOK), 20 Temmuz 2011 tarihinde Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi'nde düşük ücret, güvencesiz çalışma, sosyal hak gasplarından sonra dayatılan, "hiçbir hak istemeyeceğine dair taahhütname"yi imzalamadığı için işten atılan taşeron sağlık işçisi Güllü Hanoğlu'nu, direnişinin sekizinci gününde ziyaret etti.

Sekiz yıldır aynı kurumda çalışan tıbbi sekreter Güllü Hanoğlu'nun ziyaretine Oda'mız adına Genel Sekreter Ayten Yıldırım ile Yönetim Kurulu üyesi Harun Koca, Türk Tabipler Birliği (TTB) Merkez Konsey Yöneticisi Dr. Hüseyin Demirdizen ve Dr. Osman Öztürk, TMMOB İKK adına Tores Dinçöz, CHP İl Yöneticileri, sendikalar ve kitle örgütleri temsilcileri katıldı.

Meslek Örgütleri, sendikalar ve kitle örgütü kuruluşları temsilcilerinden oluşan kalabalık, Taksim tramvay durağında buluşarak Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne yürüdü. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kalabalığa hitaben bir konuşma yapan Devrimci Sağlık İş Başkanı Arzu

Çerkezoğlu, yıllardır hastanelerde taşeron şirketler aracılığıyla çalıştırılan tıbbi sekreter, hastabakıcı, temizlik personeli, hemşire, laboratuvar teknisyeni, kısacası tüm sağlık emekçilerinin sağlık hizmetinin bir parçası olduğunu söyledi. Bunun yasal olarak da böyle olduğunu belirten Çerkezoğlu, "İnsan ihaleyle çalıştırılmaz, sağlıkta taşeron olmaz" dedi. Arzu Çerkezoğlu'nun konuşmasından sonra direnişi ziyaret eden Dr. Hüseyin Demirdizen ve SES Şişli Şube Sekreteri Aziz Çelik de birer konuşma yaptı.

Mücadele kazandı

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "hiçbir hak istemeyeceğine" ilişkin taahhütnameyi imzalamadığı için işten çıkarılan Güllü Hanoğlu, direnişinin 34. gününde işine geri döndü. Konuyla ilgili meslek örgütleri ve sendikalar ile hastane çalışanlarının geniş katılımıyla bir basın açıklaması gerçekleştirildi. Yapılan açıklamada Güllü Hanoğlu, kazandığı için mutlu olduğunu ifade ederek 34 gün boyunca yanında olan tüm kurumlara ve hastane çalışanlarına teşekkür etti.

Dişhekimlerinin Her Türlü İletişim Ortamında Yayın Yapmalarına İlişkin Kılavuz



Türk Dişhekimleri Birliği 13-14 Temmuz 2011 tarihli toplantısında, TDB Etik Kurul tarafından hazırlanan **“Dişhekimlerinin Her Türlü İletişim Ortamında Yayın Yapmalarına İlişkin Kılavuz”** adlı düzenleme kabul edildi. “Dişhekimlerinin Elektronik Ortamlarda Yapacakları Yayınlarla Uymaları Gereken Etik Kurallar” isimli düzenleme ise yürürlükten kaldırıldı.

TDB 13. Olağan Genel Kurulu’nda dişhekimlerinin elektronik ortamda yaptıkları yayınları düzenlemek amacıyla hazırlanan dişhekimliğinde web sitesi etik kurallarının, günümüzde web sitelerinin sayılarının gittikçe artması sonucunda kontrol edilemez hale

gelmesi nedeniyle TDB Merkez Yönetim Kurulu tarafından yeniden gözden geçirilmesi istenmişti. Türk Dişhekimleri Birliği Etik Kurulu tarafından bahse konu kurallar yerine, **“Dişhekimlerinin Her Türlü İletişim Ortamında Yayın Yapmalarına İlişkin Kılavuz”** ismiyle yeni bir düzenleme hazırlandı. Bu düzenleme TDB 18. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Meslek Sorunları Sempozyumu kapsamında yapılan Başkanlar Toplantısı gündeminde yer alarak görüşülmüştü. **“Dişhekimlerinin Her Türlü İletişim Ortamında Yayın Yapmalarına İlişkin Kılavuz”**a www.ido.org.tr adresindeki web sitemizden ulaşabilirsiniz.

TDB Tabela Standartlarında değişiklik yapıldı

Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu 13-14 Temmuz 2011 tarihli toplantısında Türk Dişhekimleri Birliği Tabela Standartlarının bazı maddelerinde değişiklik yaptı. Tabela Standartlarında yapılan yeni düzenlemeyle logonun tabelalara eklenmesi uygun bulundu. Buna göre, logo en fazla 40 cm x 40 cm ebatlarında kullanılabilir.

Söz konusu logo Türk Dişhekimleri Birliği tarafından yaptırılarak Odalara gönderilecek, meslektaşlarımız da Oda’mızdan temin edebileceklerdir. **Muayenehaneler, Poliklinik ve Merkezler için Tabela Standartları**’yla ilgili bilgiye www.ido.org.tr adresindeki web sitemizden ulaşabilirsiniz.

Yeşil kartlıların diş tedavi kapsamı genişletildi



Türk Dişhekimleri Birliği’nin girişimleri sonucunda, Yeşil Kart sahiplerinin diş tedavilerinin kapsamı genişletildi. Yeşil kart sahibi vatandaşların diş tedavilerine ilişkin, dişlerin ağızda tutulmasını hedefleyen, son derece kısıtlı, uzun vadede kamuoyuna maliyeti yüksek, yalnız çekim ve protez tedavilerini içeren 22.12.2004 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmeliğin kapsamı, Türk Dişhekimleri Birliği’nin itirazı üzerine genişletildi. 13 Ekim 2010 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan Yönetmelik Değişikliği ile yeşil kart sahiplerine sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapsamı genişletilerek dolgu ve kanal tedavisi gibi koruyucu işlemler de geri ödeme kapsamına alındı. Bu gelişmelerin ardından 1 Temmuz 2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Yönetmelik Değişikliği ile Yeşil Kart sahibi bulunan vatandaşların diş tedavileri Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nde geçen tüm tedavileri kapsayacak şekilde yeniden düzenlendi.

Danıştay: Sağlık hizmetleri engellenemez

Danıştay 10. Dairesi, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 25.05.2007 ve 29.09.2008 tarihlerinde Mükerrer Resmi Gazetelerde yayınlanan tebliğlerin bazı maddelerinin iptaline karar verdi.

Türk Dişhekimleri Birliği’nin söz konusu tebliğlerin aleyhine açtığı dava sonucunda Danıştay, devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları fertlerin sevk koşulu için öngörülen 30, 45, 90 günlük sürelerin, sağlık hizmetlerinin ertelenemeyeceği gerekçesiyle tebliğde geçen hükümlerinin iptaline karar verdi. Kararda ayrıca serbest dişhekimlerine sevk edilen hastalara ait SGK ödemelerinin TDB Asgari Muayene ve Tedavi Ücret Tarifesi’ne göre yapılması gerektiği belirtildi.

Sevk halinde TDB Asgari Ücret tarifesi uygulanır

Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında bulunanlar, devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları fertler, kamu kurum ve kuruluşlarında Sağlık Uygulama Tebliği’nde belirlenen dolguda 30, protezde 90, diğer tedavilerde 45 günlük süreler aşıldığında özel sağlık kuruluşlarına ve serbest dişhekimlerine sevk ediliyorlardı. Bu durumda, kendilerine fatura edilen ücretleri TDB Asgari Ücret Tarifesi üzerinden



ödemekteydiler. SGK ise bu hastalara özeldir yaptıkları diş tedavileri için TDB asgari ücret tarifesi göre çok düşük fiyatlandırılmış Sağlık Uygulama Tebliği’nde belirlenen fiyatlar üzerinden ödeme yapıyordu. Özel sağlık kuruluşlarından hizmet almak zorunda kalan hastalar ayrıca cepten ilave ücret ödüyorlardı.

İkinci yılda değişiklik



Resmi Gazete'de 30 Ocak 2010 tarihinde yayımlanan 5947 sayılı kanunla, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık birimlerinde çalışan tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için mesleki uygulamaları sırasında yaptıkları hatalardan dolayı kişilere verebilecekleri zararları tazmin için açılacak davalara karşı "Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası" yaptırılması zorunlu hale getirilmiştir. Zorunlu sigortanın uygulama koşulları da Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ile Tarife ve Talimatında belirlenmiştir. Söz konusu talimatta bazı değişiklikler yapılmış olup, yapılan bu değişiklikler 19 Temmuz 2011 tarihli Resmi Gazete yayımlanarak 30 Temmuz 2011 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe konmuştur.

Azami ve toplam tazminat miktarları ve indirim oranı;

Her bir olay için azami teminat tutarı 300 bin TL'den 400 bin TL'ye çıkarılmış, daha önce olay

sayısına göre toplam teminat tutarında bir üst sınır yokken 1.800.000. TL'lik üst sınır getirilmiştir. Bu prim indirimi ilk tekrar yılı için %10, ikinci tekrar yılı için %15, üçüncü tekrar yılı için % 20 olarak belirlenmiştir. Alınabilecek maksimum indirim %20 olarak sınırlandırılmıştır.

İhbarın gerçekleştiği, ancak tazminatın ödenmediği durumlar;

İhbarın gerçekleştiği, ancak tazminatın ödenmediği durumlarda herhangi bir indirim veya zam uygulanmaz. Kusurlu bulunup tazminat ödemesi dahi, yani hatalı tedavi iddiası ile ihbarda bulunan hekimler de indirimden yararlanamayacaktır.

Tazminat taleplerine karşılık teminat süresi;

Sigortalıya bir yıllık sözleşme süresi içinde veya sözleşme döneminden önceki 10 yıllık dönemde yapılan tıbbi uygulamalarla ilgili tazminat taleplerine karşı teminat sağlanmıştır. Diğer bir deyişle, sözleşme tarihinden önce bir yıl olan teminat süresi "on yıl"a çıkarılmıştır. Ancak on yıllık sürenin

başlangıcı 30 Temmuz 2009 olarak belirlenmiştir. Bu yıl için bu süre geriye doğru iki yıl olup on yıllık süre gerçekte 2019 yılında yürürlüğe girebilecektir.

Sigortaya ara verilmesi halinde;

Mesleki faaliyet sürdürülmesine rağmen sigortaya bir aydan "fazla" ara verilmesi halinde ara verilen dönemde yapılan tıbbi uygulamalar sonradan sigorta yapılırsa bile teminat dışında kalmaktadır. (Bir aya kadar aralar geriye dönük teminatın içinde kalmaktadır.) Bu nedenle, sigortaya ara vermeden devam ettirmeye çalışmalıdır.

Hekimlik mesleğinin bırakılması halinde;

Hekimlik mesleğinin bırakılması halinde geriye dönük 10 yıllık teminata ek olarak son sigorta sözleşmesi dönemindeki mesleki faaliyetinden kaynaklanan tazminat talepleri sözleşmeyi takip eden iki yıl süresince teminat altına alınmıştır. Daha önceki düzenlemede sözleşmenin bitiş tarihinden sonraki iki yıllık süreden mesleğin bi-



rakılması koşuluna bakılmaksızın bütün hekimler yararlanabiliyordu.

Rizikonun gerçekleşmesi halinde;

Daha önce dava açılması ya da mahkeme tarafından hekimin kusurlu olduğuna dair bir karar verilmiş olması halinde riziko gerçekleşmiş sayılıyor ve hekimin sigortacıya bu durumu beş gün içinde bildirim yükümlülüğü doğuyordu. Yapılan değişiklikte hekim kendisine tazminat talebinde bulunulduğunu öğrendiği anda riziko gerçekleşmiş sayılıyor. Bu andan itibaren de hekimin ihbar yükümlülüğü başlatılmıştır.

Risk grupları tablosunda yapılan değişiklikler;

"Pedodonti" uzmanlık dalının adı "Çocuk Dişhekimliği" olarak değiştirilmiş, 2. Risk Grubunda yer almak üzere "Restoratif Diş Tedavisi", "Ağız Diş ve Çene Radyolojisi", uzmanlık dalı eklenmiştir. Dişhekimleri 2. Grupta, ağız, diş ve çene cerrahisi, ortodonti, endodonti ve protez ise 3. Grupta yer almaktadır.

Prim Tutarları (4. Basamak) – NET PRİMLER

Risk Grubu	Prim Miktarı (TL)
I. Grup	150
II. Grup	300
III. Grup	500
IV. Grup	750

Yenileme primi hesaplanırken;

Müşteri, geçen dönemi hasarsız geçirmişse %10 "Hasarsızlık İndirimi",

1 adet ödenmiş hasar dosyası varsa %15 Sürprim, 2 adet ödenmiş hasar dosyası varsa %30 Sürprim, 3 adet ve daha fazla ödenmiş hasar dosyası varsa %50 Sürprim uygulanacaktır.

Doktor Bilgi Bankası

Son günlerde çeşitli İlçe Toplum Sağlığı Merkezlerinden (Eski adı ile İlçe Sağlık Müdürlüğü) meslektaşlarımıza, "Ulusal Doktor Veri Tabanı/Doktor Bilgi Bankasında" kayıtlarının olmadığı ve kayıt yaptırmaları gerektiği yönünde uyarılar yapıldığı bilgisi Oda'mıza ulaşmıştır. Bunun üzerine İl Sağlık Müdürlüğü ile yapılan görüşmelerde, bugüne kadar dişhekimleri için zorunlu tutulmasa da bundan sonraki süreçte tüm dişhekimlerinin Doktor Bilgi Bankasına kayıt yaptırmalarını zorunlu kıldıklarını belirtmişlerdir. Meslektaşlarımızın sorun yaşamamaları açısından, aşağıda belirtilen kayıt yöntemiyle sisteme giriş yapmaları gerekmektedir.

Doktor Bilgi Bankasına Kayıt İçin İzlenecek Yol:

1- <http://sbu.saglik.gov.tr/drbbank/> adresli linkte TC kimlik numaranızı girdiğinizde kaydınız bulunmadığına dair bir ibare çıkıyorsa; TC kimlik numaranız bulunan nüfus cüzdanınızın önlü-arkalı fotokopisini ve diplomanızın/uzmanlık belgenizin önlü-arkalı fotokopisini 0312 585 16 35 no'lu faksna göndererek kaydınızın yapılmasını sağlayabilirsiniz.

2- <http://sbu.saglik.gov.tr/drbbank/> adresli linkte TC kimlik numaranızı girdiğinizde size ilişkin bilgilere ulaşıyorsanız ancak bu bilgilerde hata varsa hata olan bilgiye ilişkin belgenizi yine aynı faksna göndererek düzeltme yapılmasını sağlayabilirsiniz.

Ayrıca,

Dişhekimliği Tescili İle İlgili Problemler ve Personel Genel Müdürlüğü Tescil Şubesi için:

0312 585 17 74 - 0312 585 17 75 no'lu telefonları,

Uzmanlık Tescili İle İlgili Problemler ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü için:

0312 458 36 28 - 0312 458 36 24 no'lu telefonları arayabilirsiniz.

Bir hatırlatma

25 Şubat 2011 Tarih ve 27857 (Mükerrer) Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki 6111 Sayılı Kanun'a ilişkin, Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu 21 Nisan 2011 tarihli toplantısında bunun uygulanmasına karar vermişti.

31 Aralık 2010 tarihine kadar ödenmesi gerektiği halde ödenmemiş olan üye aidatlarının 1 Ekim 2011 tarihine kadar ilgili Oda'ya ödenmesi halinde herhangi bir faiz ya da gecikme zammı uygulanmayacaktır.

Kanunun 11/a maddesine göre, kapsamdaki borç asıllarının tamamının bu Kanunun yayımlandığı tarihi izleyen aydan başlamak üzere altı ay içinde ödenmesi gerektiğinden, bunun dışındaki taksitlendirme talepleri kabul edilmeyecektir.

2011 Yılı Oda üyelik aidatlarını 31 Mart 2011 tarihinden sonra ödeyen dişhekimlerine, aidat borçları için Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkındaki Kanun'un öngördüğü gecikme faizi uygulanacaktır.

Aidatlarınızı veya birikmiş aidat borçlarınızı Garanti Bankası, Yapı Kredi Bankası, Türkiye İş Bankası ve Finansbank kredi kartları ile tek çekim ya da taksitle ödeyebilirsiniz.

Aidat borçlarınızı, www.ido.org.tr adresindeki web sitemizden Sanal POS Uygulaması yöntemiyle veya aşağıdaki Oda'mız hesap numarasına yatırmak suretiyle ödeyebilirsiniz.

Mail Order Formu ile yapılan geçmiş yıla ait aidat ödemelerini Garanti Bankası, Yapı Kredi Bankası, Türkiye İş Bankası ile Finansbank kredi kartlarında üç taksit yaptırabilirsiniz. Geçmiş yıla ait aidat ödemelerinde taksitlendirme yapıldığı takdirde komisyon ücreti ilave edilir. Peşin ödemelerde ise komisyon ücreti alınmayacaktır.

Banka Havalesiyle Yapılacak Ödemelerde:
Garanti Bankası Cihangir Şubesi **Şube Kodu:**
575 **Hesap No:** 6299545 **İBAN NO:** TR81 0006
2000 5750 0006 2995 45

(Garanti Bankası şubelerinden havale yaptırdığınız takdirde havale ücreti alınmayacaktır.)

TEKNODENT®

AMAÇ



RÖNTGENCİLİK DEĞİL DENTAL RADYOLOJİ HİZMETİ VERMEK

www.teknodent.com

Teknodent: Bağdat / Göztepe Tel: 0216 360 73 30 - 360 53 01
Çapa Tel: 0212 621 01 28 Kadıköy Tel: 0216 330 89 43
rontgen@teknodent.com / newtom@teknodent.com

MESLEKTAŞLARIMIZIN DİKKATİNE!

Ferdi Kaza ve Kaza Sonucu İş Göremezlik Sigortası yenilendi



Dişhekimi Füsün Şeker
fusunseker@ttmail.com

İstanbul Dişhekimleri Odası'na meslektaşlarımızın ödedikleri üye aidatlarından ayrılan paylaştıkları Ferdi Kaza ve Kaza Sonucu İş Göremezlik Sigortaları yenilendi. Türk Dişhekimleri Birliği'nin organizasyonu ile, Ferdi Kaza ve Kaza Sonucu İş Göremezlik Sigortaları için, Dişhekimleri Odalarının genel eğilimi doğrultusunda 18.07.2011 tarihinden 18.07.2012 tarihine kadar geçerli olmak üzere Axa Sigorta Şirketi'yle sözleşme yapıldı. Ayrıca, mesleğini aktif olarak icra etmeyen Oda üyesi meslektaşlarımız da istediği takdirde ferdi kaza sigortası kapsamına alınabilecekler. Meslektaşlarımızın kazaya maruz kalmaları halinde iş göremezlik sigorta teminatından yararlanabilmeleri için yapılması gerekenleri içeren pratik bilgileri Axa Sigorta yetkilileriyle konuştuk.

İş göremezlik tazminatı nedir? Hangi koşullarda alınıyor?

İş göremezlik tazminatı, örneğin İstanbul Dişhekimleri Odası'nın üyesi olan dişhekiminin düşme ya da trafik kazasında oluşan tazminatı için verilen istirahat raporu süresince kendisine tazminat ödemesi yapılmasıdır. Sigorta teminatını trafik kazası ya da herhangi bir şekilde düşme sonucu kazaları kapsamaktadır.

İş göremezlik teminatı kişi başı maksimum ne kadardır?

İş göremezlik teminatı günlük 75 TL olup, pazar günleri ve resmi tatiller düşülmektedir. İş göremezlik teminatı bir yıl içinde 60 güne sınırlıdır.

Kaza sonucu tedavi masraflarıyla ilgili tazminat olması halinde tazminat değerlendirilmesi için kazanın oluş şekline dair belge nereden alınacak? Bunun bir süresi var mı?

Kazanın oluş şekli sigortalı tarafından yazılacak bir beyandır. Trafik kazası olmuşsa ayrıca trafik kazası tespit tutanağı gerekmektedir. Olay tarihinden itibaren bir hafta içinde başvuru yapılması zorunluluğu bulunmaktadır.

Sigortalılık döneminde ortaya çıkan tazminat konusu, poliçe sona erdiğinde hasar ihbarı süresi yedi gündür demisiniz. Bu konuda açıklama yapabilir misiniz?

Mevcut sigortalılık döneminde ortaya çıkan tazminat için poliçe bitiminden sonra yedi gün içe-

Ferdi kaza sigortası yüreğime su serpti

Kaza geliyor demedi, korkulu rüyam gerçek oldu. Yaya yolunda yürürken düşüp kolumu kırmayı becerdim. Sert düştüm, canım çok yandı. İlk andaki ağrıyı panik bastırdı, birden ağrıyı unuttum, kırıldığını anlamadım önce. Aradan geçen dakikalar ağrıyı dindirmeyince bir sorun olduğuna ikna oldum. Hastaneye gittim, röntgen hayal kırıklığımı teyit etti. Ne çalışabilir ne de gitar çalabilirdim, mutsuzluktan ölüyordum.

İnsanoğlu her şeye alışıyor, artık tek elle ayakkabı bağcıkları bağlamak konusunda ustalaştım. Böylesi günlerde etrafta dost yüzler görmek de gerçekten sahip olduğlarımızı hatırlatıyor. O günlerde Meslek Oda'mızın yaptırdığı ferdi kaza sigortası da yüreğime su serpti. 45 gün raporluydum, 1000 küsur lira da hastane masrafı vardı. Sigortanın çalışmadığımız her güne 75 TL ödediğini öğrenince çok rahatladım. Ayrıca 1500 TL'ye kadar da hastane masrafı katkısı yapıyorlar. Bizleri sigortalayan Meslek Oda'mıza ve sigorta servisi çalışanlarına buradan sevgilerimi ve teşekkürlerimi iletmeyi borç biliyorum.

Kazasız, sağlıklı günler diliyorum.

Dişhekimi Erkan Onurlu



Teminatlar:

Kaza Sonucu Ölüm	15.000 TL
Kaza Sonucu Sürekli Sakatlık	15.000 TL
Tedavi Masrafları	1.500 TL
Kaza Sonucu İş Göremezlik (Günlük kişi başı 60 güne sınırlı)	75 TL

Başvuru için:

Marsh Sigorta ve Reasürans Brokerliği A.Ş.
Tuba Yüksel, Tazminat Sorumlusu
e-mail: tuba.yuksel@marsh.com
Adres: Maya Akar Center, Büyükdere Caddesi No: 100,102
K:4 34394 /Esentepe
Tel: 0 212 355 43 68
Fax: 0 212 355 43 30

risinde başvuru yapılabilir. Örneğin poliçenin süresinin bittiği gün kaza sonucu kolunu kıran bir dişhekimi poliçenin süresi bitse dahi yedi gün içinde evraklarını hazırlayıp sigortaya başvurduğu takdirde iş göremezlik tazminatını alır.

Tazminata neden olan olayın adli bir vaka olması durumunda ne olacak?

Adli vaka olması durumunda adli rapor formu, olayın oluş şeklini belirten sigortalı beyanı, istirahat raporu gerekmektedir.

Tazminata konu olayın sigorta şirketine olay tarihinden itibaren ne kadar sürece

bildirilme zorunluluğu var? Sigorta ne kadar sürede hasar ödemesini yapıyor?

Bir hafta içinde başvuru yapılması zorunluluğu bulunmaktadır. Evrakların tamamlanmasından sonra maksimum beş gün içinde hasar ödemesi yapılmaktadır (mevcut poliçede kazanılmış haklardır).

Kamuda çalışan Oda üyesi dişhekimleri için bir farklılık var mı?

Hayır, kamu-özel ayrımı yapılmadan, kamuda çalışan Oda üyesi dişhekimleri de aynı koşullarda değerlendirilip aynı tazminatı alabiliyorlar.

Kendi aracıyla kaza yapan ve iş göremezlik sigortası teminatından yararlanmak isteyen bir meslektaşımızın başvuru dilekçe örneği:

Axa Sigorta Genel Müdürlüğü'ne
14.06.2011 tarihinde Adapazan'ndan Karaman istikametine hareketim esnasında kendi aracım ile direksiyon hâkimiyetimi yitirmek suretiyle kaza yaptım. Kaza sonrası iş göremezlik durumumla ilgili raporları ekte belirttim.
Gereğinin yapılmasını arz ederim.
Dişhekimi
.....
İletişim Bilgileri:

Dişhekimlerinin birden fazla yerde çalışması

İstanbul Dişhekimleri Odası Hukuk Danışmanı Av. Behlül Ablak, son günlerde yapılan yasal düzenlemeler ve verilen yargı kararları ışığında, bir dişhekiminin birden fazla yerde çalışmasının mümkün olup olmadığını değerlendirdi.



Dişhekimisi
Sevil Tuğlu Arslan
stuglu.arslan@gmail.com

Dişhekimlerinin birden fazla muayenehane açmalarını engelleyen yasa maddeleri nelerdir?

Hekimlik ve dişhekimliği mesleğini düzenleyen en eski(kabul tarihi 1928) yasa olan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 12.maddesi Tabiplerin, 43. Maddesi ise Dişhekimlerinin birden fazla yerde muayenehane açarak çalışmalarını engelliyordu. Birden fazla yerde muayenehane açmayı engelleyen yasağın daha sonra çıkartılan düzenlemelerle kapsamı genişletildi ve sadece iki ayrı yerde muayenehane açmak değil, iki ayrı kuruluştaki çalışmak da yasaklandı.

Yasak nasıl genişletildi?

Bu yasak, Dişhekimleri Odaları Disiplin Yönetmeliği ve 3224 sayılı Dişhekimleri Birliği Kanunuyla birden fazla yerde çalışmayı da kapsayacak şekilde genişletilmiş ve buna aykırı davranışlar meslekten menekadar varan disiplin işlemlerine esas olarak kabul edilmiştir.



Torba Yasa'yla yapılan düzenlemeler nelerdir? Yasa neyi amaçlamıştı?

"Torba Yasa" olarak anılan Kanununun 1219 sayılı yasanın 12. maddesi değiştirilerek "Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, ikinci fıkranın her bir bendi kapsamında olmak kaydıyla birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilirler" şeklinde yeniden düzenlenmiştir.

12.maddenin yeni şekline göre, "Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar aşağıdaki bentlerden yalnızca birindeki("yalnızca birindeki" ibaresi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir)sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra edebilirler:

- a)** Kamu kurum ve kuruluşları.
- b)** Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri,

c) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrası."

Tabipler ve diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar yukarıda sayılan her bir bent kapsamında olmak koşuluyla birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilirler, hükmüyle birden fazla yerde çalışmanın yolu açılmış oldu.

Bu düzenlemeye göre; kamuda çalışanlar kamuya ait başka sağlık kuruluşlarında, sözleşmeli sağlık kuruluşunda çalışanlar başka sözleşmeli kuruluşlarda ve sözleşmesiz kuruluşlarda çalışanlar ve muayenehane sahipleri de kendi kategorilerindeki başka sağlık kuruluşlarında çalışabileceklerdir.

Ayrıca, Danıştay 5. Dairesi'nin vermiş olduğu 2010/4406 E,2011/1696K sayılı kararna göre, kamuda çalışan tabip ve diş tabibi ayrıca muayenehane de açabilecektir (Son çıkan KHK ile bu da engellenmiş oldu).

Açıklamalarınıza göre birden fazla yerde çalışma konusunda, kendi kategorisinde olmak şartıyla bir sınırlama söz konusu değil. Ancak, iki ayrı yerde geçici çalışmaya sınırlama getirildi; bu konudaki düşünceniz nedir?

Özel Hastaneler Yönetmeliğinde 07.04.2011 tarihinde yapılan değişiklikle yasada böyle bir sınırlama olmadığı halde bir tıp merkezi veya bir özel hastanede kadrolu tabiplerin ve diş tabiplerinin kendi kategorisinde kalmak üzere en fazla iki ayrı yerde geçici olarak çalışabileceğine dair düzenleme yapıldı.

Danıştay 10. Dairesi bu düzenlemenin yürütmesini durdurdu. Gerekçesi neydi?

Danıştay 10.Dairesi, Türk Tabipler Birliği'nin başvurusu üzerine 2011/7101 sayılı dosya üzerinden verdiği kararla 1219 sayılı yasanın 12. maddesinde tarif edilen kategoriler içinde kalmak kaydıyla geçici olarak birden fazla yerde çalışmanın bir tıp merkezi veya bir özel hastanede kadrolu çalışma koşuluna ve sayısal sınırlamaya tabi tutulamayacağına karar vermiştir.

İlgili yönetmelikte 07.04.2011 günü yapılan değişiklikle bir tabibin veya bir dişhekiminin birden fazla yerde çalışabilmesi için öncelikle bir tıp merkezi veya bir özel hastanede kadrolu olması gerekmektedir. Bu durumda olanlar da kendi kategorisinde

en fazla iki ayrı sağlık kuruluşunda geçici olarak çalışabiliyordu. Yürütmeyi durdurma kararıyla bu sınırlamalar kalkmış oldu.

"Bu sınırlamalar kalkmış oldu" derken 650 Sayılı KHK gündeme oturdu, ne getirdi kararname?

Evet, "Danıştay 10. Dairesi'nin bu kararıyla kamu üniversitelerinin tıp fakültelerinde görev yapan öğretim üyelerinin de mesai saatleri dışında hiçbir koşul ve sınırlamaya tabi olmadan mesleklerini icra edebilmelerinin yolu açılmış oldu" diye düşünürken, 26 Ağustos 2011 günlü Resmi Gazete'de yayınlanan



*İstanbul Dişhekimleri Odası
Hukuk Danışmanı
Av. Behlül Ablak
behlul.ablak@mynet.com*

650 sayılı KHK ile üniversite öğretim üyelerinin üniversitede, sadece üniversitede yalnızca eğitim ve araştırma faaliyetinde bulunmak ve döner sermayeden ek gelir getiren alanlarda çalışmamak kaydıyla mesai saatleri dışında serbest meslek icrasına imkân tanındı. Ayrıca bu KHK ile devlet memurları kanununda da değişiklik yapılarak devlet memurlarının kamu dışında serbest meslek icrası yasaklandı. Bu durumda kamuda çalışan dişhekimleri mesai saatleri dışında da olsa muayenehane açarak çalışamayacaklardır.

650 Sayılı KHK ile yapılan değişiklikler nelerdir?

650 Sayılı KHK ile getirilen değişiklikler şöyle:

MADDE 38 – 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 28. maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiş ve ikinci fıkrası aşağı-

ğdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Memurlar, meslekî faaliyette veya serbest meslek icrasında bulunmak üzere ofis, büro, muayenehane ve benzeri yerler açamaz; gerçek kişilere, özel hukuk tüzel kişilerine veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ait herhangi bir işyerinde veya vakıf üniversitelerinde çalışamaz.”

“Memurların üyesi oldukları yapı, kalkınma ve tüketim kooperatifleri, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve kanunla kurulmuş yardım sandıklarının yönetim, denetim ve disiplin kurulları üyelikleri görevleri, özel kanunlarda belirtilen görevler ile kurumundan izin alınmak kaydıyla yapılan insanî ve sosyal amaçlı gönüllü çalışmalar bu yasaklamadan dışındadır.”

MADDE 40 – 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun;

a) 36. maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir:

“Yükseköğretim kurumlarının kadrolarında bulunan öğretim elemanları, kanunlarda belirtilen hâller dışında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 28. maddesi hükmüne tâbidir. Ancak öğretim üyeleri, yükseköğretim kurumlarında yalnızca eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmak ve döner sermaye faaliyetleri kapsamında gelir elde edilen hizmetlerde çalışmamak kaydıyla mesai saatleri dışında yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde meslekî faaliyette bulunabilir ve meslek veya sanatlarını serbest olarak icra edebilir. Yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde çalışan öğretim üyelerine 58. madde ile 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3. maddesi uyarınca ek ödeme yapılmaz; bunlar rektör, dekan, enstitü, yükseköğretim ve konservatuar müdürü, bölüm başkanı, anabilim ve bilim dalı başkanı, başhekim ve bunların yardımcısı olamaz.”

Dişhekimleri açısından bakarsak ne değişti?

Dişhekimleri açısından, 3224 sayılı yasa hükmü gereğince, birden fazla yerde görev yapabilmek için Oda Yönetim Kurulu'nun izni gerekmektedir.

1219 Sayılı Yasanın 43. maddesi aynen korunduğundan birden fazla yerde çalışma olgusu dişhekimini muayenehanelerini kapsamamaktadır. Yani muayenehane sahibi bir dişhekimini ikinci bir muayenehane açamayacaktır(Madde 43 – Bir diş tabibi veya dişçinin müteaddit yerlerde muayenehane açarak icrayı sanat etmesi memnudur)

1219 sayılı yasa ve Özel hastaneler Yönetmeliğinde yapılan değişikliğe rağmen bir dişhekimin fiilen birden fazla yerde çalışması mümkün müdür?

3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanu'nun 42. maddesi değiştirilmediğinden bu maddeye göre bir dişhekimini ancak Oda Yönetim Kurulu'nun izniyle birden fazla yerde çalışabilir. Bu madde de aynen şöyledir:

Madde 42 – Özel kurum ve işyerinde görevli dişhekimlerinin bu görevlerini başka bir yerde de yapmaları, kayıtlı buldukları Oda Yönetim Kurulu'na kabul edilmedikçe her ne suretle olursa olsun, diğer bir kurum veya işyerinin dişhekimliği görevini alamazlar.

Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için durum nasıl?

Kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadi teşebbüslerine ait kadrolarda çalışan dişhekimlerine, kurumlarınca verilecek ikinci görevler bu hükmün dışındadır.

Oda Yönetim Kurulları, ikinci görev konusunda başvuruları iş hacmi, ikinci görevlerin dişhekimleri arasında adil şekilde dağıtılması, hizmetin iyi yapılması ve benzeri hususları da göz önünde bulundurarak inceler ve gerekçeli olarak karara bağlar.

Başka çelişkili maddeler var mı?

Evet var; Türk Dişhekimleri Birliği ve Odalarının Disiplin Yönetmeliğinin 9/a maddesi halen yürürlükte olduğundan,yukarıda zikredilen ve Oda Yönetim Kurulu'nun iznine bağlanan istisnai durumlar dışında iki ayrı yerde muayenehane açarak veya birden fazla sağlık kuruluşunda çalışmak eylemi meslekten geçici men cezasıyla cezalandırılması gereken disiplin suçu sayılmaktadır.

Bu çelişkili durumu gidermenin yolu nedir?

Konu bir bütün olarak ele alınmalı ve yukarıda açıkladığım gibi yasa ve yönetmelikler arasındaki çelişkiler ve farklılıklar giderilerek uygulamada istikrar ve adalet sağlanmalıdır. Herhangi bir kanunda değişiklik yapıldığı zaman bu kanunun uygulamasını düzenleyen yönetmeliklerde de değişiklik yapılması gerekir ki, uygulamada güncel olmayan yönetmeliği uygulamak zorunda kalınmasın. ■

Ağız kuruluğuna etkin çözüm!



biotène® ağız kuruluğunu rahatlatmak için özel olarak formüle edilmiştir.



Ağız Çalkalama Suyu

OralBalance Tükürük Destekleme Jeli

biotène®'in LP3 enzim sistemi;

- Tükürüğün doğal savunmasını destekler
- Ağız kuruluğuna karşı oral ortamı korur



Prof. Dr. Sabire Değer
İstanbul Üniversitesi Diş
Hekimliği Fakültesi Dekan
Yardımcısı
Kuron Köprü Protezi
Bilim Dalı Öğretim Üyesi
sabdeger@yahoo.com

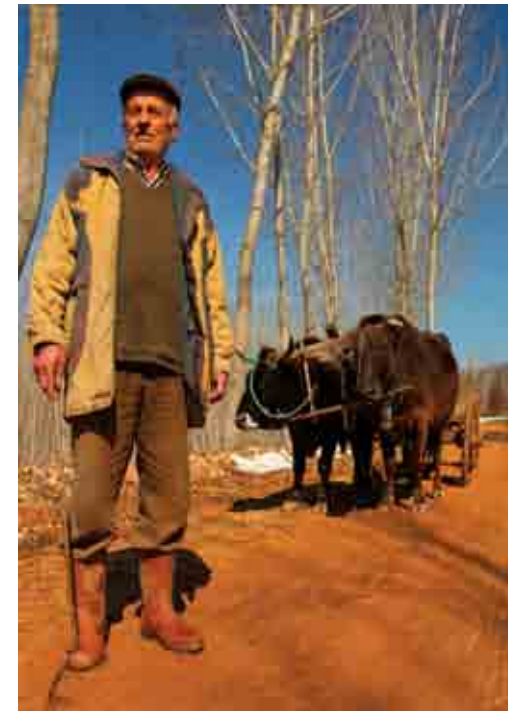
Her şey bir fotoğraf makinesi almakla başladı

İlk DSLR (Digital Single Lens Reflex) makinemi 1994 yılında almıştım. Akademik çalışmalarında gerek vaka sunumlarında, gerek seminer/sunumlar, gerekse araştırmalarda ağız içi görüntüler çok önemliydi. Kabul edilebilir görüntüler ise sadece DSLR makineler ya da Yaschica'nın ağız içi çekimler için ürettiği makinelerle çekilebiliyordu. Bu makineler o tarihlerde oldukça pahalıydı. O zaman makinemi para biriktirdikçe üç parça halinde tamamlayabilmişim. Fotoğraf makinem en değerli mücevherimdi. Önceleri makinemi sadece hasta ağızından görüntü alacağım zamanlarda çantasından çıkartıyordum ve ayarlarını sabit tutuyordum: Diyafram açıklığı 22, diyafram açma kapama hızı 100. Bozulacak kaygısıyla, ayarlarıyla bile hiç oynamıyor, karıştırmıyordum. Normalde illa ki makinemin her yerini karıştırır, denirdim. Bu, son üç seneye kadar böyle sürüp gitti. Günlük yaşamımda ise gezilerde kompakt makineyle sürekli fotoğraf çekiyordum. Fakat "fotoğraf teknikleri, doğru kompozisyon" konusunda hiçbir bilgiye sahip değildim.

Fotoğrafla yakın temas

İki yıl önce öğrencilerim geldiler, fakültede Fotoğraf Kulübü kurmak istediklerini, ancak danışman bulamadıklarını söylediler ve kulübün danışmanı olmamı istediler. Fotoğrafı, fotoğraf makinesi-

ni bilmiyorum ama fotoğraf kulübüne danışman olacaktım... Hiç olacak gibi değildi. Danışman bulunamayınca, "Öğrencilerimin hevesleri kırılmasın, nasıl olsa sonra fotoğrafı bilen bir öğretim üyesi bulunur" düşüncesiyle Fotoğraf Kulübü'nü kurduk. Baktım, öğrenciler hevesli ama fotoğrafı bilmiyorlar; hemen harekete geçtim. Fotoğrafla ilgili kitaplardan, internetten araştırma yapmaya başladım. Fotoğraf makinesini, fotoğrafı tanımaya başladım. Makinemi güncelleyerek öğrendiklerimi uygulamaya başladım. Zehiri almıştım bir kere, öğrendikçe öğrenmek istiyordum. Öteyandan öğrencilerimin fotoğrafçılıkla ilgili eğitim alması gerekiyordu ancak, öğretme konusunda kendime güvenmiyordum. Öğrencilerim İFSAK'a giderek fotoğrafçılık eğitimiyle ilgili bilgi aldılar. Büyük bir rastlantı sonucu, İÜ Mühendislik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tuncer Yalçınıyuva ile tanıştılar. Prof. Dr. Yalçınıyuva aynı zamanda fotoğrafta kendini kanıtlamış bir İFSAK eğitmeniydi. Bizlere en ufak çıkarı olmadan, Avcılar Kampüsü'nden mesai sonrası çıkıp fakültemize gelerek "Temel Fotoğrafçılık Kursu" verdi. Konuyla ilgili pratik uygulamalar yaptırdı. Büyük özverisi için kendisine minnettarız. Geçen yıl bu kursların ikincisi yapıldı ve duyurabildiğimiz kadar duyur-



Trakya Bölgesi'nde orijinal kağrı arabası

duk. Ücretsiz düzenlediğimiz kurslara fakülte dışından ve mezunlarımızdan da katılanlar oldu. Bu yıl bu kursları tekrar düzenleyeceğiz. İsteyen tüm meslektaşlarımız kurslarımızdan faydalanabilir.

Her çekim ayrı bir heyecan, ayrı bir tecrübe

Kulüpte fotoğraf sitesinde üyelik sistemi oluşturduk. Amacımız, görgümüzü arttırmak, doğru fotoğrafları takip etmek, eleştirilerden yararlanarak kendimizi ilerletmekti. Bu anlamda çok şanslıydık. Özellikle fotoğrafçı Hakan Kalyoncu'nun kritiklerinden çok şey öğrendik. Hakan Kalyoncu Öğrenci Kulüpleri Festival'i'nde düzenlediğimiz interaktif eğitimde de bizlere katkıda bulundu. Fotoğrafa gerçekten gönül vermiş Doğan Alpay'ın tecrübelerinden yararlandım. Büyük ustalar İbrahim Zaman ve Sabit Kalfagil ile Timurtaş Onan sunumlarıyla bizleri beslediler. Fotoğraf peşinde nasıl koşulur, nerelere gidilir öğrendim. Bilenlerle birlikte fotoğrafın keyfini tattım. O gün bugündür fotoğraf peşinde koşuyorum. Her çekim ayrı bir heyecan, ayrı bir tecrübe. Öğrenmenin, gelişmenin sonu yok, her seferinde biraz daha geliyorum ve öğreniyorum.

Güzel bir fotoğraf için bir cep telefonu yeter

Bugün, yanlış olduğunu gördüğüm bir noktayı özellikle belirtmek isterim: Genellikle, lensli makinelerle fotoğraf çekmenin çok zor, çok karmaşık olduğu, ya da güzel fotoğraflar çekebilmek için son derece teknolojik, çantalar dolusu ekipmanların gerektiği konusundaki görüşlere kesinlikle katılmıyorum. Fotoğrafımızı daha görsel hale getirecek temel ve basit bilgilerle, bir cep telefonu bile güzel fotoğraflar çekebiliriz. Dolayısıyla, "Fotoğraf çekmeyi seviyorum ama bir dolu ekipmanla uğraşmak istemiyorum" diyenlere, "Eğer fotoğraf çekmeyi seviyorsanız temel bilgilerle size çok daha keyif verecek görüntüler elde edebilirsiniz" diyorum.

Fotoğraf, çektiğin daha çok içine çekiyor.

Fotoğrafın ifade gücü çok yüksek. Tek bir fotoğraf, tek başına sözlerle ifade edilemeyecek, say-



Antakya/Affan Mahallesi'ndeki çocuklar. Aslında okullar tatil olunca Urfa'dan Affan Mahallesi'ne çalışmak için iki kuzen gelmişler. Omuzlarında aslı olanlar bildiğimiz mukava kutular. İçlerinde altılı paketler halinde cam tabak ve bardak vardı. Fiyatları ise tabaklar 3,5 TL, bardaklar 1,5 TL idi..



Odun kömürü yapımından bir kesit.



Kapadokya Meslek Yüksekokulu'nun kapısı



'Sen kimsin' diye soran bir yüz.



Kars/Çıldır Gölü üzerinde atlı kızak..



Pan Tekniğine ait ilk uygulamalarından.



Almanya'da bir diş teknisyeninin çalışma manzarası.



İÜ. Balta Limanı Tesisi'nden çektiğim iki görüntüyü üst üste getirerek hazırladığım bir fotoğraf.



Kars/Çıldır Gölü'nde kışın balıkçılığa ait bir kesit

falarca yazı yazmayı gerektirecek bir konuyu ya da olayı tek bir kareyle anlatma gücüne sahiptir. Eğer bir sanat olayını ya da bir yaşamı görüntülemek istiyorsam o sanatı önce tanımak istiyorum. Yerel yaşamı görüntüleyeceksem tanımak için orada en az bir gün zaman geçirmek ihtiyacı hissediyorum. Bu, kendimi yaşamın içinde hissetmemi, neleri vurgulamam gerektiğini, hangi görüntülerin o sanatı veya yerel yaşamı ifade edeceğini daha iyi belirlememi sağlıyor. Vizörden, her şeyi unutup sadece ifade etmek istediğim görüntüleri büyük bir keyifle belirliyorum. Her çe-



Oğlumun silueti Akdeniz sahilinde... İki fotoğraf üst üste getirilerek hazırlandı.

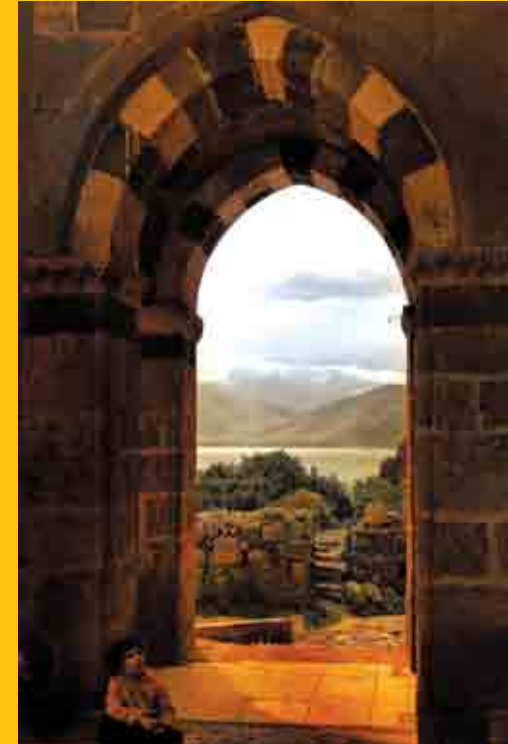


Kars/Çıldır Gölü üzerindeki atlı kızağa ait bir kesit

kim benim için ayrı bir tecrübe, ayrı bir kültür, ayrı bir heyecan, ayrı bir paylaşım... Fotoğraf, çektiğçe daha çok içine çekiyor.

Ruhumu fotoğrafla besliyorum

Fotoğraf çekmeye başladığımdan beri genel kültürüm, farkındalığım da arttı. Bir odun kömürünün ne büyük emeklerle ortaya çıktığını, madencilerin yaşamlarını hiç bilmezdim. Bugün raflarda odun kömürü paketlerini ve üzerlerindeki rakamları görünce içimde bir sızı hissediyorum. Antep yöresinde mağaralarda iplik üretildiğini, Çıldır gölünün



Van/Ahtamara Kilisesi'nden bir kesit

üzerinde kışın kızaklı atlı arabaların çalıştığını, balıkçılığı bilmezdim. Bugün Antakya'daki Affan Mahallesi aklıma geldiği zaman mutluluk hissediyorum. Oradaki, din, ırk, millet farklılıklarına rağmen samimi dostluğu, kardeşliği, komşuluğu her türlü olanaksızlıklara rağmen görmek, hissetmek, görüntülemek ruhumu besledi.

Her dişhekiminin bir hobisi olmalı

Fotoğraf çekmek, bir psikologun ya da ilaçların sağlayamayacağı ruh dinginliğini, mutluluğunu veriyor. Benim için, fotoğraf çekmek, bir başkası

için resim yapmak, bir diğeri için yelkenli kullanmak olabilir. Özellikle biz dişhekimlerinin ruhumuzu besleyecek mutlaka bir hobisinin olması gerektiğine inanıyorum.

Işığın peşinden koşuyorum

Fotoğraf çekmek sadece görüntülemekten ibaret değil. Fotoğraf o kadar geniş sınırlara sahip ki, pek çok kültürü, gezmeyi, görmeyi, yaratıcılığı, estetiği, düşünceyi, iletişimi, paylaşımı, empatiyi, gelişimi içeren, son derece dinamik ve engin bir deniz. Değişmeyen tek şey ve tüm bunları sağlarsa ışık. Işığın peşinde koşuyorum.



Akdeniz Kıyıları'ndan bir kesit

Aramıza Hoş Geldiniz

İstanbul Dişhekimleri Odası'na Temmuz-Ağustos aylarında üye olan meslektaşlarımıza "Aramıza hoş geldiniz" diyoruz.

Dişhekimî Ömer Alp

Dişhekimî Gözde Atalı

Dişhekimî Gökhan Atasoy

Dişhekimî Sarpırat Aydın

Dişhekimî Hasan Serhat Aydilek

Dişhekimî Emrah Aydoğdu

Dişhekimî Sadı Bilgüvar

Dr. Dişhekimî Gül Burcu Büyükbayram

Dişhekimî Yeliz Çakmakçioğlu

Dişhekimî Anıl Çetin

Dişhekimî Özge Dinç

Dişhekimî Gökçe Dönmez

Dişhekimî Caner Duvacı

Dişhekimî Ersungül Er

Dişhekimî Memduh Erkul

Dişhekimî Halil Sedat Erkut

Dişhekimî Kadir Mustafa Evcıman

Dr. Dişhekimî Betül Göfteci

Dr. Dişhekimî Neşe Gönül

Dişhekimî Müge Güler

Prof. Dr. Bahar Gürsoy

Dişhekimî Hüsamettin İçer

Dişhekimî Sibel Kayaaltı

Dişhekimî Nurhan Kıyıcıoğlu

Dr. Dişhekimî Nazlı Menemencioğlu

Dişhekimî Meliha Arzu Onar

Dişhekimî Ahmet Örgen

Dişhekimî Merve Sarı

Dişhekimî Hasan Onur Sorkun

Dişhekimî Sema Sönmez

Dişhekimî Emine Şahin

Dişhekimî Sünger Şahin

Dişhekimî Emine Taş

Dişhekimî Melis Ece Üstel

Dr. Dişhekimî Sinem Yeşil Işık

Dişhekimî Zeynep Yılmaz

Dişhekimliğinde allerjik reaksiyonlar ve anafilaksi*



Prof. Dr. Nermin Güler

İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Alerjisi
ve Akciğer Bilim Dalı Başkanı
nerminguler@yahoo.com

Anafilaksi, erken tip aşırı duyarlılık reaksiyonunun en ağır klinik formu ve en önemli tıbbi acillerinden birisidir. Önceden tahmin edilemeyen, ani başlangıçlı, hızlı seyirli ve bazen ölümle sonuçlanabilen bir tablodur. Anafilaksi tüm sistemleri etkiler. Havayolu obstrüksiyonu ve vasküler kollaşla dakikalar içinde ölümle sonuçlanabilir. Çoğu hastalıkta hekimlerin düşünme, araştırma ve sonra karar verme gibi bir şansı varken, anafilakside hiçbir hekimin böyle bir şansı yoktur. Hızlı ve doğru müdahale hayat kurtarıcı olduğu gibi, gecikilmiş, hatalı ve eksik müdahaleler hastanın hayatını kaybetmesine neden olabilir. Dişhekimleri enjeksiyon yapılan her tedavi ortamında anafilaksi tedavisi ya-

şılabilecek gerekli ilaç ve malzemeleri bulundurmamak zorundadır. Aynı zamanda müdahaleyi yapacak bilgi ve becerilerini de güncellemeleri gerekmektedir. Tedavide kullanılan lokal anestezi ilaçlarına bağlı yaşanabilecek anafilaktik şok çok nadir olsa da böyle bir tablo meydana geldiğinde dişhekimî zamanında müdahale etmezse, şok tablosunu takiben hastanın hayatını tehdit eden bir durum ortaya çıkar. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Alerjisi ve Akciğer Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nermin Güler ile dişhekimliğinde lokal anestezi ilaçlara karşı oluşan allerjik reaksiyonları ve acil müdahale yöntemlerini konuştuk. Sayın Hocamıza bize zaman ayırıp aydınlattığı için teşekkür ederiz.

*Bu söyleşide sorulan sorular e-dishekimi.com adlı web sitesine üye dişhekimlerinin katkılarıyla hazırlanmıştır. Katkı sunan meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.



Yayına Hazırlayanlar:

Güler Gütekin
gulerdent@hotmail.comDişhekimi Önder Çalışkan
ondercaliskan@hotmail.comDişhekimi Özlem Batır Havza
ozlatur@msn.com

Dişhekimi hastasının şoka girmesi halinde ne yapması gerektiğini hem vicdanen hem de hukuken bilmek, hatta yardımcısını da bu konuda yetiştirmek zorundadır. Dişhekimi bir anafilaksi durumunda kullanacağı tüm ilaçları bulundurmalı, bunları zaman zaman kontrol etmelidir. Bir anafilaksi durumunda kullanacağı ilaçların neler olduğunu bilmelidir.

Dişhekimliği tedavilerinde lokal anestezi ilaçlara karşı oluşan alerjik reaksiyonlar ne kadar sıklıkla yaşanıyor?

Dişhekimliğinde kullanılan lokal anestezi ilaçlara karşı olan reaksiyonların çoğu gerçek alerjiler değildir. Gerçek alerjilere son derece nadir rastlanır ama olmaz diye bir şey yok. Her an, bir hastada alerjik reaksiyon başımıza gelebilir. Bu tip reaksiyonlar sık görülmediği için dişhekimleri ve sınırlı uyuşturma uygulayan sünnetçiler, diğer lokal müdahalelerde bulunan hekimlerle, yardımcı sağlık personeli sahte bir güven içerisinde huzurla çalışırlar. Bu tür alerjiler çok nadir oluyor ama bir sefer oluveriyor. Onun için lokal anestezi uygularken dikkatli olmak, kime ne yapacağımızı bilmek ve her hastada başımıza bir şey geleceği gibi de hazırlıklı olmak zorundayız.

Ne tür reaksiyonlar görülebilir? Bunlar alerji belirtisi midir?

Lokal anesteziklerde değişik reaksiyonlar görülüyor. Fenalaşma, bayılma kötüleşme gibi. Hastalarda görülen pek çok reaksiyonun çoğu gerçek alerji değildir. Hastaların çoğunda meydana gelen korkudan kaynaklı reaksiyonlar, bayılmalar, bazı baş dönmeleri, baş ağrıları hatta bazı tuhaf hisler ilacın kendi doğal etkileri de olabilir. Ve çoğunlukla gördüğümüz bu tip reaksiyonlar gerçek bir alerji olmadığı için de şanslıyız. Çünkü gerçek alerji, "anafilaksi" dediğimiz bu tür şok, çok önceden tüm önlemlerin alınmasına ve tüm ekibin deneyimine rağmen, kurtarılması güç, maalesef öldürücü olabilen, ağır, ciddi bir reaksiyondur.

Peki, biz gerçek anafilaktik şokun kimde,

nasıl ortaya çıkacağını önceden bilip önlemimizi alabilir miyiz?

Esas problem de bu: Öyle ki, bazı insanlarda ipucu verebilir. Daha önce lokal anestezi sırasında alerjik reaksiyon yaşayan kişiler en büyük riski taşımaktadır. Ayrıca, başka ilaçlara alerjisi olan hastalar (örneğin daha önce antibiyotik kullanımına bağlı bir döküntü olmuş, bir bayılma yaşamış, daha önce ameliyat olmuş, anestezi dokunmuş) en riskli gurubu oluştururlar. Böyle bir ipucu varsa, yani bir insan hayatında herhangi bir ilaca bir kez dahi alerjik bir reaksiyon yaşadığıysa o insana herhangi bir dişhekimliği müdahalesinden önce test yapmak usuldendir. Bu test sadece riskli hastalara yapılır. Bu test herkese yapılmak zorunda değildir.

Neden herkese yapılmak zorunda değildir?

Çünkü güvenilir olmayan bir test olduğu için negatif de çıksa, herhangi bir reaksiyon dişhekimi arkadaşımızın başını belaya sokabilir. Ancak riskli kişilerde, test pozitif çıkarsa bu durumda hastayı başka seçeneklere yönlendiriyoruz. Ayrıca, negatif çıksa bile hastada gene de anafilaktik reaksiyon meydana gelebilir. Testi "siyah veya beyaz" olarak yorumlamamak gerekir, yorumu yapan kişi de uzman olmalıdır. Test negatif çıksa dahi hasta riskliyse provokasyon dozlarımız var. Hastaya provokasyon dozumuzu veriyor ve onu alerji uzmanı-



nın eşliğinde daha güvenilir bir şekilde dişhekimine teslim ediyoruz.

Peki, herkese yapsak ne olur?

Herkese yapsak da reaksiyonların bir kısmı antikorlara bağlı değildir. Dolayısıyla, yaptığımız deri testi negatif çıkabilir. Hastaya yaptığımız test negatif çıksa bile, eğer hastanın lokal anesteziyle veya başka ilaçlarla ilgili alerji öyküsü varsa diyorum ki, bu nedenle bu test güvenilir değildir. Yani testi yüzde yüz risk gösterici bir araç olarak kabul etmemek gerekir. Çünkü "anafilaksi" terimini antikorla bağlı ağır bir şok olarak tanımlıyoruz. Bir de anafilaksiye benzeyen anafilaktoid reaksiyonlar vardır. Anafilaktoid reaksiyonlar antikorsuz, doğrudan doğruya hücrelerin içindeki şoka sürükleyici maddelerin kana salgılanmaları sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Onu maalesef deri testleriyle önceden tespit etmemiz mümkün değildir.

Alerji deri testlerini kimler yapar, dişhekimleri alerji deri testi yapabilir mi?

Alerji testlerinin her hangi bir yerde, her hangi bir kişi, bir dişhekimi tarafından da yapılması doğru değil. Çünkü alerjide miktar mühim değildir. Test yaparken verdiğiniz mikro dozlarda hasta, gerçek antikora bağlı alerjisi veya anafilaksiye eğilimi varsa aniden şoka girebilir. Onun için bu testlerin tam teşekküllü bir hastanede, deneyimli bir ekip tarafından yapılması ve de yorumlanması gerekir. Burada da büyük eksikliklerimiz var. Dişhekimi arkadaşlarımız hastanın koluna hemen yapılarak uygulanan testte nadir de olsa dokuya yapılmış kadar ağır reaksiyonlarla karşılaşabilirler.

Peki, kimlere test yapılmalı?

Belirli kişilere test yapmak şarttır. Çünkü onlarda antikora bağlı reaksiyon olabilir. Daha önceki bir müdahale sırasında şüpheli de olsa bir reaksiyon veya fenalaşma yaşamış kişilere ayrıntılı testler yapmak şarttır. Ayrıca, başka ilaçlara reaksiyon vermiş sabıkalı bir grup vardır ki, bu gruba da mutlaka test yapılmalıdır. Fakat bir grup hasta vardır ki, daha önce bu ilacı almamış veya defalarca almış,



hiçbir şey olmamış. Bu tür hiç alerji hikâyesi olmayan hastalara test yapmaya gerek yoktur. Eğer hasta daha önce çok ciddi lokal anestezi problemi yaşadıysa bir gece yatırarak test yapıyoruz. Bir gece ilacı cilde dokundurmakla başlıyor ve devam ediyoruz. Bununla birlikte penisilin, ağrı kesici gibi ilaçlarla alerjisi gelişmiş, ancak hayatında lokal anesteziyle hiç problemi olmamış olana da test yapıyoruz. Onlara daha rutin bir test yapıyoruz.

Çocuklarda yumurta ve çilek alerjisi var örneğin; bu durumlarda size yönlendirmiyoruz değil mi?

Hayır, çünkü bu durum gıda alerjisine girer. Gıda alerjisi olanın illa ilaç alerjisi olacak diye bir şey yok.

Bir hasta on defa dişhekiminde anestezi yaptırdı, hiçbir şey olmadı. On birincide olabilir mi?

Evet, olabilir. Böyle penisilin ve türevleriyle ilgili çok deneyimimiz var. Çok şükür dişhekimliğinde böyle vakalarımız çok nadir, yok gibi bir şey. Bir iki tane var. Örneğin: Hasta on gün penisilin iğnesi oluyor, on birinci gün aniden şoka giriyor. Bir gün önce değil test yapmak iğnenin kendisini yaptığınızda hastaya hiçbir şey olmayabilir. Bu bizi bir fikre götürüyor: Her dişhekimini, her hastası için sanki şoka girecekmiş gibi, her türlü duruma hazır olmalıdır.

“On sefer verdiniz on birincide oldu” diye Penisilin örneğini verdiniz. Konunun netleşmesi için soruyoruz; aynı durum lokal anestezilerde de geçerli midir?

Bütün IgE'ye, antikora bağlı olan alerjilerde, ilaçla tekrar tekrar karşılaşmalar sonucunda antikörlerin kamçılanması nedeniyle reaksiyon meydana gel-



mesi mümkündür. Hiçbir ilaç, hiçbir zaman hele de parenteral yoldan alerji yönünden tam güvenilir değildir. Hastada o zamana kadar reaksiyon olmamış olması hiçbir şey ifade etmez. Sık sık tekrarlayan uygulamalar antikör sentezine eğilimi olan ve atopik bünyesi olan hastalarda reaksiyona neden olabilir. Hasta 50 kere geliyor, yapıyor ama bir seferinde artık böyle bir olay yaşanabilir.

Dişhekimini neleri bilmeli ve hangi önlemleri almalıdır?

Dişhekimini hastasının şoka girmesi halinde ne yapması gerektiğini hem vicdanen hem de hukuken bilmek, hatta yardımcısını da bu konuda yetiştirmek zorundadır. Dişhekimini bir anafaksi durumunda kullanacağı tüm ilaçları buldurmalı, bunları zaman zaman kontrol etmelidir. Bir anafaksi durumunda kullanacağı ilaçların neler olduğunu bilmelidir. Örneğin: Adrenalinin dozunu bilmelidir, hastanın yaşına göre dozu nedir? Hastanın durumuna göre nasıl uygulanır? Tüm bunları bilmelidir. Dişhekimini arkadaşlarımıza bir çekmece yapmasını tavsiye ediyorum. O çekmecede adrenalin, değişik boyda enjektörler, damar yolu açmak için değişik boylarda anjiyo katlar, damardan vermek üzere fizyolojik bir sıvı serum buldursunlar. Aslında solunum yetersizliği durumunda hastayı entübe etme becerisini her hekimin öğrenmesi gerekir. Bir entübasyon seti buldurulması bazen hayat kurtarıcı olabilir.

Dünyada Laringeal hava yolu maskları anafaksi tedavisinde önerilmektedir. Küçük bir kanül şeklinde, doğrudan larenksin içine girip hastanın dilini yakalyorsunuz, çekiyorsunuz ve ters çevrilmiş

bir kaşık gibi onu içeriye larenksin üstüne kadar, gidebildiği yere kadar sürüklüyorsunuz. Çok basit bir beceri, bu beceriyi herkes elde edebilir. Daha sonra Laringeal Maskı takıp oradan oksijen veriyorsunuz.

Merak ediyorum bugün kaç dişhekiminin muayenehanesinde oksijen tüpü, adrenalin var? Kaç dişhekiminde intravenöz sıvı takacak beceri ve o anda kendisine soğukkanlılıkla yardımcı olabilecek eğitilmiş yardımcı personeli var? Bunlar çok önemli, ayrıca yasal olarak da zorunlu. Diyelim ki bir hastaya bir şey oldu, ki bu da bir kaddedir. Aslında hasta tedaviyi kabul etmekle her türlü yan etkiyi de kabul etmiş oluyor. Görünmeyen bir sözleşmedir bu ama bize hem kanunen hem de ahlaken düşen görevler var. Bize düşen görevlerden bir tanesi hastayı çok iyi sorgulamaktır. Sorgulamada hiçbir risk tespit edilmeyen hastalara müdahalemizi yapabiliriz. Dişhekimini her gelen hastaya test yapacak diye bir kural yoktur. Dünyada da böyle bir uygulama yok zaten.

Hastada hiçbir risk yoksa anesteziyi yapıyoruz. Diyelim ki, öngörülemeyen bir reaksiyon oldu. Defalarca aldığı halde oldu veya daha önce hiç almamıştı ve antikora bağlı olmadan gelişti, dişhekimini arkadaşımız yasal olarak müdahale etmek zorundadır. Dişhekimini arkadaşımızın atması gereken ilk adım ve kendisini adli tıpta aklayacak olan şey hastaya derhal oksijen vermek ve adrenalin yapmaktır. Bundan sonraki adım daha ileri tıbbi destek arama gayreti olmalı, daha büyük ve yoğun bakımı olan bir merkeze sevk etmeye hızla gayret edilmelidir.

Adrenalinin dozunu nasıl hesaplayıp nasıl kullanacağız?

Adrenalin kilo başına hesap ediliyor. Binde birlik adrenalin preparatından kullanıyoruz. Maksimum 0,3 mililitre kullanıyoruz. Bu aynı zamanda 0,3 miligramdır. Küçük çocuklar için kilo başına hesap etmek lazım. Ayrıca piyasadaki Adrenalin prepa-

ratları tek tip değil. Hepsinde binde birlik değil. Binde birliğin 1/2'liği, 1/4'lüğü var.

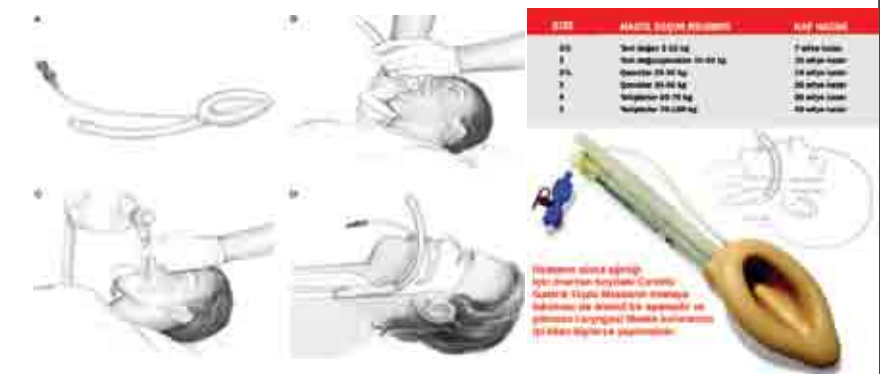
Adrenalin kullanımını röportajla öğrenilecek bir uygulama değil. Dişhekimini bu konuda eğitim almalı, kaç kiloda ne kadar doz yapması, hangi enjektöre çekmesi gerektiğini öğrenmelidir. Adrenalin kullanmadan önce emek verip antrenman yapmalı, deneyim kazanmalıdır.

Dişhekimini önceden kendisine bir hareket planı yapmalıdır. Olay anında, o telaşla Adrenalin uygulayabilme imkânı yok. Ancak ilk aşamada eğitimini tamamlayana ve özgüvenini kazanana kadar hastaya enjekte etmeye hazır vaziyette Adrenalin preparatlarını yurtdışından getirebilir. Bunların kullanım ömürleri 1 yıldır. Her yıl 1 tane getirebilir.

Hazır preparatlar nelerdir? Nasıl kullanılır?

Epipen ve Twinject var. Hazır preparatlar Amerika'da Epipen adıyla, Almanya'da Fastject adıyla, Fransa'da ise Anapen adıyla satılıyor. Hepsinin birbirinin muadilidir. Reçeteyle satılıyorlar. Amerika'da Türk hekimlerin yazdığı reçete geçerli değil, Avrupa'da ise geçerlidir.

Epipen'in kullanımı diyabetiklerin kullandığı gibi iki türüdür. 0,15 mg'lık Epipen junioru 30 kilo-



nun altındaki hastalar için kullanıyoruz. 30 kilonun üzerindeki hastalar için normal Epipen kullanıyoruz. Bunların kullanımı hekime kolaylık sağlar. Epipen'in 0,3 miligramlık olanı vardır, büyükler için maksimum dozdur.

Kullanımı çok basittir. Anafaksi durumunda hastaya yatırılarak ayaklarını biraz havaya kaldırıp

T. C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatrik Allerji ve Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı	ANAFLAKSİ ACİL EYLEM PLANI
---	-----------------------------------

Adı Soyadı : _____ Yaş : _____

Alerjisi Olduğu Durum: _____

Astım Var (ciddi reaksiyon için yüksek risk) Yok

Anaflaksi dışında diğer sağlık problemleri: _____

Kullanmakta olduğu ilaçlar: _____

ANAFLAKSİ BELİRTİLERİ ŞUNLARDIR :

AĞIZ	kaşıntı, dudakların ve/veya dilin şişmesi
BOĞAZ*	kaşıntı, sıkışma/kapanma, ses kısıklığı
DERİ	kaşıntı, kızarıklık, şişme, kurdeşen
BARSAK	kusma, ishal, kramp tarzı ağrı
AKCİĞER*	nefes darlığı, öksürük, hışıltı
KALP*	nabızda zayıflama, baş dönmesi, kendinden geçme

Sadece birkaç belirti olabilir. Belirtilerin şiddeti hızla değişebilir.
*Bazı belirtiler hayatı tehdit edici olabilir! HIZLI HAREKET EDİN!

NELER YAPILMALI:

1. UYLUĞA EPİNEFRİN YAPIN (birini seçiniz): EpiPen Jr (0.15 mg) Twinject 0.15 mg
 EpiPen (0.3 mg) Twinject 0.3 mg

Diğer ilaçlar/dozları/veriliş yolu: _____

ÖNEMLİ: ASTIM SPREYLERİ VE ANTİHİSTAMİNİKLER ANAFLAKSİDE KULLANILMAMALI!

2. 112'Yİ ARAYIN (YAKINLARI ARAMADAN ÖNCE)

3. ACİL DURUMDA ARANACAK YAKINI 1: ev: _____ iş: _____ gsm: _____
ACİL DURUMDA ARANACAK YAKINI 2: ev: _____ iş: _____ gsm: _____
ACİL DURUMDA ARANACAK YAKINI 3: ev: _____ iş: _____ gsm: _____

EPİNEFRİN VERMEK İÇİN TEREDDÜT ETMEYİN!

YORUMLAR: _____

Doktor imzası/tarih

Anne ya da babanın imzası (18 yaşından küçükler için)/tarih

J Allergy Immunol 1998;102:173-176 ve J Allergy Immunol 2006;117:367-377'den adapte edilmiştir.

hemen oksijen verilmelidir. Her muayenehanede mutlaka oksijen tüpü olması gerekir. İkinci adımda EpiPen'i eline alıp kapağını açtıktan sonra bacağın uyluk yan yüzeyinden bastırarak tık sesini duyacak, bir injeksiyon süresi kadar bekledikten sonra aleti geri çektiğinde iğnenin çıkıp çıkmadığını kontrol edecektir. İnjesiyon kas içine olmalıdır.

Bir de Twinject var. EpiPen'in muadilidir. Twinject'te çift doz vardır. Vuruyorsunuz, baktınız hasta kötüye gidiyor. Nakil sırasında bir tane daha vurmanız lazım. Tek doz yeterli olmayabilir. İki doz da yeterli olmayabilir. Ölümlerin çok büyük kısmı ilk 20 dakikada gerçekleşir. O nedenle hekimin fazla hareket etme, fazla düşünme şansı olmaz. Dişhekimi önceden bu deneyimi kazanmadıysa ve kendisine bir hareket planı yapmadıysa gerçek bir anaflakside hastanın kurtarılması çok zordur. Hastaya sadece adrenalin vermek yeterli değildir. Hastanın kurtulması için oksijen vererek adrenalin yapmak, hastayı uygun pozisyonda tutmak, bu arada daha ileri sağlık desteği beklemek ve bu arada deneyimli bir yardımcıyla birlikte damar yolunu takmaya çalışmak dişhekimine adli anlamda da avantaj sağlar.

Adrenalin maksimum kaç doz yapabiliriz?

Beş-on dakika arayla, hasta kötüye gidiyorsa yapabilirsiniz. Bu arada daha ileri bir destek aramak için azami gayret gösterilmelidir. Hastaya damardan adrenalin vermek çok tehlikelidir. Eğer hastayı

EPİPEN REÇETESİ

15-30 kg arası çocuklara yazılacak reçete:

Rp
EpiPen junior 0,15 mg (adrenalin autoinjector) (for emergency use only)

Yetişkinlere yazılacak reçete:

Rp
EpiPen 0,3 mg. (adrenalin autoinjector) (for emergency use only)



intramüskülerle kurtarıyorsanız intravenöz adrenalin çok risklidir. Ciddi bir monitörizasyon ve iyi bir kardiyolog olmaksızın yapıldığında miyokarda ağır ritim bozuklukları yaparak hastayı öldürebilir.

Orta düzeyde gelişen alerji tablosunda bunu kullanmak risk olur mu?

Hayır, kullanılabilir. Bunu aileler, tıp mensubu olmayanlar bile kullanabilir. Ancak şöyle bir risk olabilir: adrenalin ciddi bir ilaçtır. Çocuklarda yan etkileri daha azdır. Ancak koroner arter hastalığı olan kalp hastalarında gereksiz yere vurulmama-ıdır. Hastanın hayatını kurtaracaksa elbette yapılmalıdır. Ancak Adrenalin koroner arter hastalığı ve hipertansiyonu olan hastalarda ağır reaksiyonlar yapabilir. Bu uygulamalarda çocuklarda pek yan etki görmüyoruz. Çünkü çocukların kalpleri körpe, sağlam ve tansiyonları pek yok. Çocuk yaş grubunda şanslıyız ama erişkinlerde risk fazladır. Düşünün ki, hasta obez bir kalp hastası ve hipertansiyonu var. Adrenalin hastanın hayatını kurtaracaksa risk göze alınabilir.

Gerçek öldürücü anaflaksi reaksiyonunun belli bir yüzdesi var mı?

Gerçek anaflaksi çok çok nadirdir. Temasla (Alerjik Kontakt Dermatit*) olan kızartı ve kabartılar daha sık yaşanmaktadır. Yani onun değdiği yerde dil, dudak, çene boyun şişliği gibi lokal reaksiyonlar meydana gelir. Lokal anestezide hafif ürtiker reaksiyonlar daha sıktır, bunlar öldürücü değildir. Bu tip vakaları gördüğümüzde Adrenalin kullanmaya gerek yoktur



Hangi belirtiler anafleksinin ilk semptomları olabilir?

Hastada fenalaşma hissi, bulantı, kusma, çarpıntı ve deride ateş basması ya da ürtiker tarzında döküntülerin çıkması ilk uyarıcı bulgular olabilir. Bunu takiben ortaya çıkabilen çok değişik bulgular tüm organlara ve sistemlere ait olabilir. Hastanın solunumu zorlaşıyorsa, dili büyüyorsa, dudakları kaşınıyorsa, tansiyonu düşüyorsa, çarpıntı hissediyorsa o zaman riskli bir durumla karşı karşıyayız demektir.

Adrenalinin inhalasyon yoluyla alınacağı durumlar var mı?

Türkiye'de adrenalinin inhalasyon yoluyla verilmesi için ruhsat yoktur. Ancak çok acil durumda adrenalinin kas içine vurduktan sonra hasta ölüme gidiyorsa inhalasyon yoluyla verilebilir. Hastaya adrenalin yaptık, buna rağmen hasta nefes almıyor, 112 acil daha gelmemiş, oksijen vermeye çalışıyorsunuz. Bu durumda artık hayat kurtarıcı olarak verilebilir. Özellikle bronş spazmı gelişen ve nefes almada güçlüğü olan hastalara kullanmak üzere adrenaline benzer etkileri olan salbutamol bulundurulmalıdır. Bu preparat inhalasyon yoluyla her zaman verilebilir. Bazen de damar yolunu bulamayınca ya da damardan vermenin riskleri göz önüne alınarak hastanın durumu çok kötüye git-tiyse dilaltına da adrenalin boşaltılabilir. Oradan da kısmen dolaşıma gider.

Alerji tablosuyla karşılaştığımızda klasik bilgilerimizin yanında daha güncel yaklaşımlar var mıdır? Yoksa klasik bildiğimiz Adrenalin +Kortizon+Antihistaminik üçlüsü müdür?

Maalesef kortizon ve antihistaminikler geç etki eder. Kortizonun ilk etkileri altı-yedi saat sonra başlar. Kısmen fark edilmesi 12 saati bulur. Halbuki ölümcül reaksiyon çok hızlı olur. Daha önce ölümlerin 20 dakika içinde gerçekleştiğini söylemiştim. Bizim bu durumda kortizon vermemiz sadece daha sonra hafif bir atak olup, biraz yoluna girip ikinci bir zirve yapacaksa 12-24 saat sonrasında faydalı olur. Kortizon burada yanlış bir güven duygusu veriyor. Antihistaminik de etkisi biraz daha geçtir ve hayat kurtarıcı etkisi yoktur. Ama daha sonraki saatler için veriyoruz tabii ki...

Jetocain mi, ultracain mi daha güvenlidir?

Hiç fark etmez. Herhangi birinde herhangi bir şey olabilir. Bir de çok yapılan yanlışlık var. Adrenalinli preparatlarla alerji deri testi yapıyor. Adrenalin kombinasyonu var ya biraz vazokonstriksiyon yapsın diye. Onunla siz testi yaptığınız zaman zaten adrenalin tedavi edici, yani pozitif reaksiyon zaten çıkmaz. Anestezik maddelerde, içinde adrenalin olduğundan deri testinde ne kadar etki edeceğini bilemeyiz.

Astımlı hastalarda risk daha mı fazla?

İlaç alerjileri maalesef astımlı kişilerde daha fazla öldürücüdür. Eğer hastanın hem ilaç alerjisi hem astımı varsa anafilaktik reaksiyon sırasında daha şiddetli bronş kasılması olacaktır. Yani astımlılarda ilaç alerjisi anamnezi yoksa teste gerek yok. Ancak ilaç alerjisi anamnezi olmasa da her kişide olduğu gibi önlemleri almak, astım hastalarında biraz daha dikkatli olmak gerekir. Bir de bazı astımlılar stresten de reaksiyon gösterir. Bir dişhekimini muayenehanesinde mobilizasyon için mesela salbutamol (ventolin)** olması da doğru olur.



Sulbutamol (ventolin) inhaler kullanan hasta

Kişilerin fiziksel özellikleri bizim için uyarıcı olabilir mi?

Yok, ilaç alerjisi önemli. Yalnız yasal olarak iğne vurmadan önce çok iyi bir ilaç alerjisi anamnezi almakla yükümlüyüz. Diyelim ki herhangi bir alerjisi, inek sütüne alerjisi var. Bunun anafeksi için daha yüksek bir ihtimal olduğunu göstermez. İlaç alerjisi ayrı bir şeydir. Herhangi bir kişide anafilaktik reaksiyon olabilir.

Meslektaşlarımız ilk kez tedavisi yapılan çocuk hastalarını rutin olarak alerji testine göndermeye başladılar. Buna genellikle gerek olmuyor dediniz; diyelim ki hastayı yönlendirmemiz gerekiyor nereye yönlendirmeliyiz?

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi var.

Anadolu'daki meslektaşlarımız ne yapacak?

Alerji uzmanına ulaşacaklar. Ulaşamadıkları zaman da anamnezde ilaç alerjisi öyküsü olanlara dokunmayacaklar. Anamnezde ilaç alerjisi öyküsü yoksa hastasının tedavisini yapacak, bir şey olursa da müdahalesini yapacaklar.

Alerji uzmanı olarak dişhekimlerinden beklentileriniz var mı?

Evet, var; bir ara öyle bir durum oldu ki, kliniğimizdeki iki elamanı sabahtan akşama kadar dişhekimliğine hazırlıkla geçirdik, başka iş yapamaz olduk. Her gelen isteğe olumlu cevap verdikçe tüm laboratuvarlarımız kilitlendi. Bütün koridorlarımız dişhekimliği hastalarıyla doldu. Tüm İstanbul'dan hastalar yığıldı. Baktık, artık çalışacak durumda

değiliz. Bu kuralları daha fazla gündeme getirdik. Şimdi artık dişhekimleri tarafından gönderilen hastaları önce biz sorguluyoruz, "ilaç alerjisi riski var mı?" diye bir teste tabi tutuyoruz. Hayatında hiçbir ilaç alerjisi riski olmamış ise, o zaman hastayı bilinçlendiriyoruz. Dişhekiminden neler beklemesi gerektiğini, bu testin kendisi için gereksiz olduğunu, ancak çok nadir olan bu tip reaksiyonların karşımıza her zaman çıkabileceğini, test negatif sonuçlansa dahi değişik reaksiyonların çıkabileceğini öğretiyoruz.

Ölümcül tablo çıkan reaksiyonun minimum veya maksimum süresi ne kadardır?

Saniyeler içinde çıkabileceği gibi, saatler sonra da çıkabilir. Genellikle ilk 12 saat içinde reaksiyon oluşur. Genellikle reaksiyon geç oluştuğunda, müdahaleye zaman tanır, çok ölümcül olmaz. Kesin bir şey söylenemez ama ilk saniyelerde güçlü reaksiyon veriyorsa, bir taraftan müdahaleyi yaparken bir taraftan da derhal güvenilir bir sağlık kuruluşuna nakletmeye çalışılmalıdır. Hukuksal açıdan da her dişhekiminin alerji çantası veya anafilaksi çekmecesi bulunmalıdır. Ve çekmecedeki ilaçların gününün geçip geçmediği devamlı olarak dişhekimisi tarafından denetlenmelidir. Anafilaksiye bağlı bir vaka yaşandığında tek sorumlu dişhekimidir, yardımcısının hiçbir cezai sorumluluğu yoktur.

Gerçekten ilaç alerjisi olan ve müdahalede bulunulması gereken hasta bizim için acil hastadır. Hemen yatırıyoruz. Bununla birlikte, penisilin alerjisi gelişmiş, ağır kesici alerjisi gelişmiş, hayatında lokal anesteziyle hiç problemi olmamış olana da test yapıyoruz. Onlara daha rutin bir test yapıyoruz. Ama lokal anesteziyle bir vukuati olanı yatırarak, yataklı şartlarda hizmet veriyoruz.



Editörün Notu:***Alerjik Kontakt Dermatit**

Bu durum, deriyle temas eden çeşitli maddelerin sebep olduğu bir hastalıktır. Alerjik kontakt dermatite neden olan maddelere alerjen denilir. Eğer bir kişi bu alerjene karşı duyarlıysa, bu alerjenle temas kaşıntı ve küçük su dolu kabarcıklara neden olur. Bu tablo ise "alerjik kontakt dermatit" olarak adlandırılır.

Asitler, alkali, çözücü, kuvvetli sabun ve deterjanlar genelde alerjik kontakt dermatite neden olamaz. Bu kuvvetli kimyasallar herkesin derisinde reaksiyon oluşturur. Bu maddelere iritan denilir. Bazı kimyasal maddeler hem alerjen, hem de iritan yapıda olabilir.

Dermatitin görüntüsü nasıldır?

Genellikle deri kırmızı, ödemlidir ve su dolu kabarcıklar vardır. Bu kabarcıklar patlayarak pullanır ve kabuklanır. Daha sonra deri rengi koyulaşır ve deri kabalaşır. Alerjik kontakt dermatiti diğer döküntülerden ayırmak zordur.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI A.D. ALLERJİ B.D.	
Hastanın Adı - Soyadı:	Tahtı:
DENTAL SCREENING SERIES	
	SONUÇ
1. Methyl methacrylate	
2. Triethylglycidyl dimethacrylate	
3. Isobutene dimethacrylate	
4. Ethylene glycol dimethacrylate	
5. BIS-GMA	
6. MMA-dimethyl-4-toluene	
7. 2-Hydroxy-4-methoxy benzophenone	
8. 1,4-Butanediol dimethacrylate	
9. BIS-Ac	
10. Potassium dichromate*	
11. Mercury	
12. Cobalt chloride*	
13. 2-Hydroxyethyl methacrylate	
14. Gallyiodoantihistamine	
15. Nickel sulfate*	
16. Eugenol	
17. Cobaltium*	
18. N-Ethyl-4-toluene sulfonamide	
19. Formakaryde*	
20. 4-Toluene sulfonamide	
21. Copper sulfate	
22. Methylhydroquinone	
23. Palladium chloride	
24. Aluminium chloride hexahydrate	
25. Camphorquinone	
26. H ₂ N - Dimethylaminoethyl methacrylate	
27. 1,6-Hexanediol diacrylate	
28. 2,2'-Hydroxy-5-methylphenyl benzoinate	
29. Tetrahydrofurfuryl methacrylate	
30. Tin	

****Ventolin Salbutamol İnhaler****Etken Madde(ler):**

Salbutamol 100 mcg/doz

Piyasa Şekilleri:

200 doz'luk aerosol ambalajlarda.

Kullanım Şekli:

Günlük kullanım dozu 1-2 inhalasyondur (maksimum 8 inhalasyon).

Endikasyonları:

Salbutamol selektif bir Beta2 adrenerjik reseptör agonistidir. Etkisi çabuk başladığından, özellikle hafif astım tedavi ve profilaksisi ve orta şiddetli astım alevlenmelerinin tedavisi için uygundur. Astım, kronik bronşit ve amfizemden ötürü oluşan reversibl havayolu tıkanmasında çabuk başlayan etkisiyle (etki 5 dakika içinde başlar) kısa süreli (4 saat) bronkodilatasyon sağlar. Salbutamol, semptomlar oluştuğunda rahatlamak için hasta tarafından bilinen, astım krizinin ortaya çıkmasına neden olabilecek koşullarda (örn. egzersiz, kaçınılması mümkün olmayan alerjene maruz kalınması durumunda) semptomları önleyici olarak kullanılır. Özellikle hafif, orta ve şiddetli astımda hemen rahatlatıcı ilaç olarak kullanılır. Ancak, salbutamole güvenilerek düzenli kortikosteroid tedavisine başlanması ve tedaviye devam edilmesi geciktirilmemelidir.

ÖRNEK
ALLERJİ TESTİ İSTEK FORMU

Hastanın Adı - Soyadı : _____

Yaş : _____

Cinsiyeti : _____

Alerji testi yapılmaz istenen ilaçlar

Ultracaine DS Fort
Citaneft Octapressin
Mepivacaine

Hastamızın yukarıda işaretlenen lokal anesteziik solüsyonlarına karşı alerjisinin olup olmadığının belirlenmesi ve sonucunun yazılı olarak bildirilmesi rica olunur.

Sayıplanmıştır.

Hekimin Adı - Soyadı : _____



Çocuğunuzun iyi eğitim almasını istersiniz. Biz de...

Gelecek ne getirir bilemezsiniz. Anadolu Hayat Emeklilik Eğitim Sigortası çocukların eğitimini güvence altına alıyor. Velinin hayatını kaybetmesi halinde, çocuğun eğitimi için başlangıçta belirlenen tutarı 20 yıla kadar düzenli olarak ödüyor.

Anadolu Hayat Emeklilik Eğitim Sigortası:
Çocuklarımızın eğitimleri yolda kalmayın.

Sizin yaşıınız	Çocuğunuza her yıl ödenecek 5.000 \$'lık eğitim teminatı için aylık primler			
	1 YIL	3 YIL	5 YIL	10 YIL
30	1,2 \$	1,4 \$	1,6 \$	1,7 \$
35	1,4 \$	1,6 \$	1,8 \$	1,9 \$
40	1,6 \$	1,8 \$	2,0 \$	2,1 \$
45	1,8 \$	2,0 \$	2,2 \$	2,3 \$

Soru gelecekse
Cevap:

ANADOLU HAYAT
EMEKLİLİK

444 55 00
NİLE HATTI

Türkiye İş Bankası Kuruluşuğundur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI



Dr. Hande Şar Sancaklı*
handsar@hotmail.com



Dr. Uğur Erdemir*
uerdemir@superonline.com



Prof. Dr. Taner Yücel*
t_yucel@superonline.com

*İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği
Fakültesi, Diş Hastalıkları ve
Tedavisi Anabilim Dalı

Porselen Laminat Veneer Restorasyonlar ile Estetik Rehabilitasyonun Sağlanması: Klinik Bir Olgu Sunumu

Yeni tekniklerin geliştirilmesi sonucu ortaya çıkan porselen laminat veneer restorasyonlar, renklenmiş, kırılmış, malforme veya malpozisyonlu dişlerin tedavisinde, ön grup dişlerin labial yüzeylerine uygulanabilen en konservatif ve sonuçları ideale en yakın estetik uygulama yöntemlerinden birisidir.

38 yaşındaki bayan hasta üst ön grup dişlerindeki eski kompozit restorasyonların renk değişiminden kurtulmak, daha estetik ve daha uzun süre renk değişimden kullanabileceği restorasyonlara sahip olmak için İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi A.D.'na başvurdu. Hastaya yapılabilecek tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin avantaj ve dezavantajları anlatılarak bilgilendirildikten sonra hastanın ön altı grup dişinin IPS Empress 2 (Ivoclar-Vivadent, Schaan, Liechtenstein) porselen laminat veneerlerle restorasyonuna karar verildi. Hazırlanan laminat veneer restorasyonların prepare edilmiş dişlere adapte olup olmadığı, komşu dişlerle veya diğer laminatlarla ilişkisi, konturları, kontakları ve renginin uygun olup olmadığı kontrol edildikten sonra dual-cure bir resin yapıştırma simanı (Variolink II; Ivoclar-Vivadent) ile dişlere simante edildi.

Sonuç olarak; Porselen laminat veneerlerle üst ön altı dişi restore edilen hasta ve de hekim için tatmin edici bir estetik ve fonksiyon sağlanmıştır.

GİRİŞ

Günümüzde, gelişen teknolojiler ve adeziv sistemlerdeki yenilikler, yükselen hayat standardıyla hastaların estetik beklenti anlayışının değişmesi, daha az madde kaybıyla daha sağlıklı restorasyonların yapılabilmesine imkan sağlamıştır. Yeni tekniklerin geliştirilmesi sonucu ortaya çıkan porselen laminat veneer restorasyonlar, renklenmiş, kırılmış, malforme veya malpozisyonlu dişlerin tedavisinde, ön grup dişlerin labial yüzeylerine uygulanabilen en konservatif ve sonuçları ideale en yakın estetik uygulama yöntemlerinden birisidir (1-4). Porselen laminat veneerler ilk olarak 1938 yılında Dr. Charles Pincus tarafından protez adezivleri kullanılarak uygulanmıştır. Ancak, o dönemde adeziv sistemlerdeki yetersizlikler nedeniyle uygulanan porselen laminat veneerlerin diş dokularından ayrılması kolay olmuştur (5). Porselen laminat veneer restorasyonlar, diş dokusunda az miktarda preparasyon gerektirmeleri, renklerinin stabil kalması, kompozit

restorasyonlara kıyasla abrazyona karşı dirençlerinin yüksek olması, asitle pürüzlendirildiklerinde mineye bağlantılarının oldukça güçlü olması, mükemmel estetik sağlamaları ve sıvı absorpsiyonuna karşı dirençli olmaları gibi avantajlara sahiptirler (2, 5, 6).

Bu vaka sunumunda porselen laminat veneerler kullanılarak üst çene ön altı keser dışında renklenmiş, geniş kompozit restorasyonları bulunan bir hastanın restorasyon aşamaları ve estetik rehabilitasyonu rapor edilmiştir.

OLGU SUNUMU

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde hemşire olarak görev yapan 38 yaşındaki bayan hasta üst ön grup dişlerindeki eski kompozit restorasyonların renk değişiminden kurtulmak, daha estetik ve daha uzun süre renk değiştirmeden kullanabileceği restorasyonlara sahip olmak için İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi A.D.'na başvurdu. Hastaya yapılabilecek tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin avantaj ve dezavantajları anlatılarak bilgilendirildikten sonra hasta, minimal invaziv ve estetik tedavi seçeneğini tercih etti. Bunun üzerine üstçene ön altı grup dişin porselen laminat veneerlerle restorasyonuna karar verildi.

Hastanın üst ön altı keser dişinin tedavi öncesi görüntüsü ve var olan eski kompozit restorasyonlar Resim 1'de gösterilmektedir. Hastanın santral dişlerindeki ve sol üst kanin dişindeki renklenmiş kompozit restorasyonlarla oklüzyon durumu ve hastanın alışkanlıkları değerlendirildikten sonra IPS Empress 2 (Ivoclar-Vivadent, Schaan, Liechtenstein) porselen laminate veneer restorasyon yapılmasına karar verildi. Eski kompozit restorasyonların altında sekonder çürükler olup olmadığına tespiti amacıyla periapikal radyografiler alınarak kontrol edildi. Preparasyon aşamasına geçilmeden önce hastanın diş rengi gün ışığında IPS Empress renk skalasından yararlanılarak seçildi ve vinilpolisiloksan (VPS) esaslı durum tespit ölçü materyali (Statusblue; DMG, Hamburg, Germany) kullanılarak bir ölçü alındı ve etüt modeli oluşturularak model üzerinde gerekli ön tespitler yapıldı (Resim 2). Elde edilen model üzerinde mock-up tekniğiyle dişlerin üzerine kompozit materyali yerleştirilerek ve bitmesi beklenen form verilerek, hem hastanın geçici veneerlerinin oluşturulması hem de hastaya tedavi sonrasında kazanacağı yeni diş profili hakkında bilgi vermek üzere taslak restorasyonlar tamamlandı. Aynı model kullanılarak geçici kuronların yapımında kullanılmak üzere silikon plak basıldı (Resim 3). Silikon plak, geçici restorasyonların hazırlanmasında ve kesimlerde kaldırılacak olan diş dokularında rehberlik yapmak üzere tekrar kullanıldı.

Hastamızda 0.3 mm ve 0.5 mm çapında elmas rond frezler kullanılarak gingival kenarlarla marjinal sınırlar oluşturuldu. Bu aşamada fazla madde kaybına neden olmamak için vestibül yüzeyde 0.5 mm çapında elmas rond frez kullanılarak özel oluklar oluşturuldu. Daha sonra ucu yuvarlatılmış ince bir elmas fissür frez yardımıyla servikal 1/3'de 0.3 mm'lik facial bir kesim ve insizal 2/3'de 0.5 mm'lik bir preparasyon yapılarak marjinal preparasyon diyeti sınırında sonlandırıldı. Daha sonra gingival marjin interproksimal bölgeye

doğru uzatıldı ve interproksimal bölgeden insizal kenara doğru mesial ve distal marjinler oluşturacak ve kontakt alanının 2/3'nü içine alacak şekilde preparasyon sınırları genişletildi. Preparasyonlar palatinal basamaklı (~1 mm) insizal kenar kesimi yapılarak tamamlandı (Resim 4). Preparasyonların tamamlanmasını takiben (Resim 5) oklüzyon kontrol edildikten



Resim 1.
Tedavi öncesi hastanın ağız içi görünümü



Resim 2.
Etüt modelin elde edilmesi



Resim 3.
Geçici restorasyonlar elde etmek ve kesimlerde kaldırılacak olan diş dokularında rehberlik yapmak üzere silikon plağın elde edilmesi



Resim 4.
Palatinal basamaklı (~1 mm) insizal kenar kesimi yapılarak tamamlanan restorasyonların görüntüsü



Resim 5.
Preparasyonları tamamlanan dişlerin görüntüsü



Resim 6



Resim 7



Resim 8

Resim 6.

Akışkan bir kompozit materyali kullanılarak geçicilerin hazırlanması

Resim 7.

Silikon plak içerisine yerleştirilen akışkan kompozit materyali ile geçici restorasyonların elde edilmesi

Resim 8.

Laboratuvar ortamında hazırlanan porselen laminat veneerlerin görüntüsü

sonra hastadan VPS esaslı ölçü maddesi (Honigum-Heavy, Silagum-Light; DMG) ile ölçü alınarak kayıtlar alçı modele aktarıldı ve ölçü, porselen laminat veneer restorasyonların yapılması için teknisyene gönderildi. Bu aşamada hastamıza laminat veneerlerin teknisyenden tekrar gelinceye kadar geçecek sürede kullanılabileceği geçici restorasyonlar akışkan bir kompozit (Tetric EvoFlow; Ivoclar-Vivadent, Schaan, Liechtenstein) kullanılarak (Resim 6) preparasyon öncesi aldığımız ölçüden elde edilen silikon plak içerisinde hazırlandı (Resim 7).

Bazı araştırmacılar (7, 8) porselen veneer yapımından önce özellikle kontak yüzeylerden kompozit restorasyonların kaldırılmasını önermektedirler. Fakat Resim 5'de görüldüğü gibi, hastadaki eski kompozit restorasyonların altında herhangi bir sekonder çürük tespit edilmemesi ve sadece renk değişiminin gözlenmesi nedeniyle dişten gereksiz madde kaybına neden olarak dişlerin direncini daha fazla düşürmemek amacıyla böyle bir uygulama yapılmamıştır.

Daha sonra hazırlanan IPS Empress 2 (Ivoclar-Vivadent) laminat veneer restorasyonlar (Resim 8) suda çözünebilen gliserinli bir pat yardımıyla (Variolink II Try-In; Ivoclar-Vivadent) prova edildi. Prepare edilmiş dişlere adapte olup olmadığı, komşu dişlerle veya diğer laminatlarla ilişkisi, konturları, kontakları, renginin uygun olup olmadığı ve kullanılacak yapıştırıcı simanın renginin uygunluğu kontrol edilerek restorasyonların bitim aşamasına geçildi.

Son kontrolleri bu şekilde yapılan porselen laminat veneer restorasyonların yapıştırılmasında, yaygın olarak kullanılan restorasyonların ikişerli yapıştırılma yöntemi tercih edildi. Provaları yapılan porselen laminat veneer restorasyonların iç yüzeyleriyle diş yüzeylerine asit uygulandı (Resim 9). Bu amaç için diş yüzeylerine 30 saniye süreyle %37'lik ortofosforik asit, porselen laminatların iç yüzüne ise 1 dakika süreyle %4.9'luk hidroflorik asit (IPS ceramic etching gel; Ivoclar-Vivadent) uygulandı, yıkandı ve kurutuldu. Bu esnada asit uygulanan hem diş hem de porselen laminat veneer restorasyonların iç yüzeyine adezyonu engelleyecek herhangi bir temasın olmamasına dikkat edildi. Asit

uygulanmış diş yüzeylerine total-etch dentin adeziv sistem olan Excite (Ivoclar-Vivadent) üretici firma direktifleri doğrultusunda uygulanarak 10 saniye ışıkla polimerize edildi. Asit uygulanmış porselen laminatların iç yüzeyine ise, hem ışıkla hem de kimyasal yolla sertleşebilen (dual-cure) reçine simanı (Variolink II; Ivoclar-Vivadent) ile optimal bağlanmayı sağlamak üzere silan (Monobond-S; Ivoclar-Vivadent) uygulaması yapıldı, 60 saniye süreyle kuruması beklendikten sonra adeziv (Excite) uygulanarak 10 saniye ışıkla polimerize edildi. Yapıştırmaya hazır olan yüzeyler için dual-cure siman (Variolink II) üretici firma direktifleri doğrultusunda hazırlanarak porselen laminat veneerlerin iç yüzeyine uygulandı ve diş yüzeyine dikkatlice yerleştirildi, yapıştırıcı siman artıkları dikkatlice uzaklaştırıldıktan sonra her diş için önce vestibül daha sonra da palatinal yüzeylerden 40 saniye halojen ışık (VIP, Bisco, Schaumburg, IL, USA) ile polimerize edildi.

Porselen laminat veneerlerin yapıştırma işlemleri tamamlandıktan sonra, taşan yapıştırıcı siman artıkları bitim frezleri, diskler ve ara yüz zımparaları kullanılarak kaldırıldı (Resim 10).

Bitim işlemleri tamamlanmış porselen laminat restorasyonların ağız içi görüntüsü Resim 11 ve 12'de gösterilmektedir.

TARTIŞMA

Laminat veneer restorasyonların yapımında kompozit materyaller de kullanılıyor olmasına rağmen, günümüzde yüzey yapısı, hazırlanması sırasında istenilen renk, şeffaflık ve biçimin kolaylıkla verilebilmesi, ağız sıvılarından etkilenmeyerek yüksek renk stabilitesi göstermeleri ve biyouyumluluk gibi avantajları nedeniyle porselen restorasyonlar dişhekimliğinde yaygın olarak kullanılmaktadır (3, 5, 8-10).

Adeziv dişhekimliğinde yaşanan gelişmelere paralel olarak, bu tür restorasyonların da gelişim ve uygulamasında önemli ilerlemeler yaşanmaktadır. Adeziv sistemlerin günden güne gelişimiyle, restorasyonun diş dokusuna, seramik primerler (silan) ile rezin siman-porselen arasında gelişen bağlanma dirençleri,



Resim 9



Resim 10



Resim 11, 12

bu tekniği başarıya taşıyan önemli faktörlerdir. Porselen laminat veneerler oldukça kırılabilir bir yapıya sahip olmalarına rağmen, uygulandığı dokuya iyi bir adezyon sağlandığı anda çekme ve makaslama kuvvetlerine karşı oldukça dirençli hale gelirler. Aristidis ve arkadaşlarının (10) yapmış oldukları çalışmada, porselen laminat veneerlerin 5 yıllık başarıları %98.4 olarak bildirilmiştir. Aynı şekilde Aykor ve Özel (9) yapmış oldukları çalışmalarında total-etch ve self-etch adeziv sistemler kullanarak simante ettikleri 300 porselen laminat veneer restorasyonun 5 yıllık klinik tabiki sonucunda oldukça başarılı bir klinik performans gözlediklerini bildirmişlerdir. Fradeanni ve arkadaşlarının (11) yaptığı klinik çalışmada ise porselen laminat veneer restorasyonlar renk uyumu, porselen yüzeyi, marjinal renklenme ve marjinal bütünlük bakımından değerlendirilmiş ve 12 senelik sonuçlara göre %94.4 başarı oranı kaydedilmiştir.

Porselen laminat veneer restorasyonların bahsedilen olumlu özelliklerinin yanında, laboratuvar işlemlerinin uzun sürmesi ve pahalı olması, geçici restorasyon materyali ve bunun yapıştırılmasının adezyon üzerine olumsuz etkileri (12), diş dokularının yeterli miktar-



Resim 12

da kaldırılmaması sonucu altta kalan renkli diş dokusunun özellikle dişeti bölgesinde maskelenememesi (13), herhangi bir nedenle kırık oluştuğunda tamirinin uzun sürmesi veya tamir işleminin zor olması, yapıştırma işlemleri sırasında basit ihmallerin restorasyonun düşmesine neden olması (14) gibi sorunlar halen önemini korumaktadır.

Tüm değerlendirmeler göz önüne alındığında, porse-

len laminat veneerler, doğru ve dikkatli endikasyon konulması durumunda özellikle anterior dişlerin restorasyonunda, estetik ve klinik olarak başarılı, daimi tedavi seçenekleridir ve bu konuda yapılan pek çok çalışma, tekniğin başarısını göstermektedir (3, 6-11). Vaka raporumuzda da renklenmiş ve geniş yapılmış kompozit restorasyonları bulunan hastanın üst anterior dişleri porselen laminat veneerlerle restore edilecek hem hasta hem de hekim için tatmin edici bir estetik ve fonksiyon sağlanmıştır. ■

KAYNAKLAR

1. Dumfahrt H. Porcelain laminate veneers. A retrospective evaluation after 1 to 10 years of service: Part I--Clinical procedure. Int J Prosthodont. 1999; 12:505-513.
2. Brunton PA, Wilson NHF. Preparations for porcelain laminate veneers in general practice. Br Dent J. 1998; 184: 553-556.
3. Chen JH, Shi CX, Wang M, Zhao SJ, Wang H. Clinical evaluation of 546 tetracycline-stained teeth treated with porcelain laminate veneers. J Dent. 2005;33:3-8.
4. Walls AWG, Steele JG, Wassell RW. Crowns and other extra-coronal restorations: Porcelain Laminate veneers. Br Dent J. 2002; 193: 73-82.
5. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vanherle G. Porcelain veneers: a review of the literature. J Dent. 2000; 28: 163-177.
6. Karlsson S, Landal I, Stegersj O, Milleding P. A clinical evaluation of ceramic laminate veneers. Int J Prosthodont. 1992; 5: 447-451.
7. Barcelero Mde O, De Miranda MS, Dias KR, Sekito T Jr. Shear bond strength of porcelain laminate veneer bonded with flowable composite. Oper Dent. 2003; 28: 423-428.
8. Gürel G. The science and art of porcelain laminate veneers. Baden-Baden Germany, Quint Pub Co. 2003;231-324.
9. Aykor A, Özel E. Five-year clinical evaluation of 300 teeth restored with porcelain laminate veneers using total-etch and a modified self-etch adhesive system. Oper Dent. 2009; 34: 516-523.
10. Aristidis GA, Dimitra B. Five-year clinical performance of porcelain laminate veneers. Quintessence Int. 2002; 33: 185-189.
11. Fradeanni M, Redemagni M, Corrado M. Porcelain laminate veneers. 6- to 12-year clinical evaluation- A retrospective study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2005; 25: 9-17.
12. Aykent F, Üşümez A, Öztürk AN, Yücel MT. Effect of provisional restorations on the final bond strengths of porcelain laminate veneers. J Oral Rehabil. 2005; 32: 46-50.
13. Okamura M, Chen KK, Kakigawa H, Kozono Y. Application of alumina coping to porcelain laminate veneered crown: part I masking ability for discolored teeth. Dent Mater J. 2004; 23: 180-183.
14. Stappert CF, Ozden U, Gerds T, Strub JR. Longevity and failure load of ceramic veneers with different preparation designs after exposure to masticatory simulation. J Prosthet Dent. 2005; 94: 132-139.

Resim 9.

Diş yüzeylerine %37'lik ortofosforik asit uygulaması

Resim 10.

Bitim işlemleri tamamlanmış restorasyonların görüntüsü

Resim 11, 12.

Tamamlanan restorasyonların ağız içi görüntüsü



Benzersiz Colgate Total®
Triklosan-Kopolimer Formülü ile
12 saat antibakteriyel koruma sağlar ⁽¹⁾



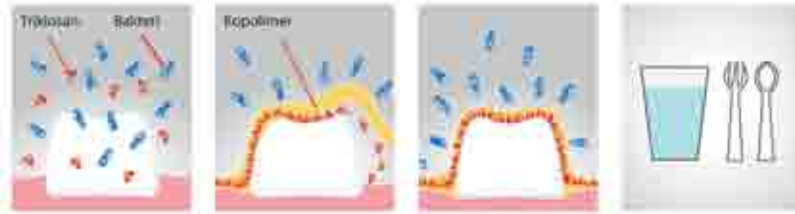
Colgate Total® 1450 ppm florür içerir ⁽²⁾

* Çürüklere karşı koruma ve remineralizasyon için sodyum florür ile formüle edilmiştir. ⁽²⁾

Kapsamlı Klinik Çalışma

* 15.000'den fazla hasta üzerinde yapılan 60'tan fazla klinik çalışmayla kanıtlanmış geniş etkinlik alanı. ⁽³⁾

Triklosan bakterileri yok eder. ⁽¹⁾ Kopolimer, Triklosan ile beraber diş ve dişetini mantolayarak yeni bakteri tutunmasını engellemeye yardımcı olur. ^{(1),(6)}



Triklosan ve Kopolimer 12 saat koruma kalkanı işlevi görür ⁽¹⁾

Yeme ve içmeden sonra bile ⁽⁷⁾

Sadece Colgate Total®'de bulunan Triklosan-Kopolimer formülü 12 saat boyunca anti-bakteriyel koruma sağlar ⁽¹⁾

* **Triklosan:** Yüksek etkili geniş spektrumlu antibakteriyel, dişeti iltihaplarına sebep olan plakları azaltır ⁽⁸⁾

* **Kopolimer:** Klinik olarak kanıtlanmış 12 saat bakteri plağı koruması için Triklosan'ın diş ve dişeti yüzeyine ulaşmasını ve tutunmasını sağlamaya yardımcı olur ⁽⁶⁾

(1) Akerman C, et al. Med Oral Dent. 2004;24(1):111-113.
(2) Zhang W, et al. J Clin Dent. 2003;14(1):28.
(3) Data on file. P&G/Colgate-Palmolive Company.
(4) Paragakis PS, et al. J Clin Dent. 2000;16(suppl):51-52.
(5) Garcia-Godoy F, et al. Am J Dent. 1990;3(suppl):51-52.
(6) Nishi K, et al. Am J Dent. 1989;2(special issue):197-200.

Colgate® Duraphat®
Vernik
Çürüksüz Hayat



1 yaşından 99 yaşına kadar
Güvenilir,
Hızlı ve Kolay

Flor vernik, özellikle okul öncesi çocuklarda flor jellere göre daha yüksek hasta uyumu sağlar ve uygulaması çok daha az zaman alır. ⁽¹⁾

Özellikler

Faydalar

%5 Sodyum Florür İçerir
(22,600 ppm)

En riskli bölgelerde bile çürüklere karşı koruma
Tek uygulamada minedeki florür oranını %77 artırır ⁽²⁾

Tükürükle temasında anında kurur

Düşük yutulma riski
Zaman kazandırır

Hızlı uygulama

30 saniye - 2 dakika uygulama süresi

Ön hazırlık gerektirmez

Yüksek hasta uyumu

Beğenilen aroma

Hasta uyumuna yardımcı olur

Klinik çalışma desteği

Kanıtlanmış güvenlik ve etkinlik

Tek bir nokta veya tüm dişlere uygulama

Klinik uygulamalarda çok geniş kullanım alanı

Bal renk

Uygulama sırasında daha iyi görsel kontrol



Uygulama esnasında bal rengi bir iz bırakır.



Bu renk uygulama sonrası şeffaflaşır.

(1) American Dental Association Council on Scientific Affairs. Professionally applied topical fluoride: evidence-based clinical recommendations. J Am Dent Assoc. 2006;137(11):1111-1118.
(2) Sobottka W, Ogawa F, Balle G. Fluoride uptake by enamel treated with in vivo Duraphat application. J Dent Assoc S Afr. 1982;35:15-18.

İmplantlarda vida gevşemesi



Dental implantların restorasyonundan sonra karşılaşılan en yaygın problemlerden biri vida gevşemesi ve kırılmasıdır. Rutin klinik prosedürlerde implant vidalarının yuvalara maksimum yüzey temasıyla oturmasını sağlamak için başlangıç tork uygulanmasının ardından vidalar 10 dakika sonra yeniden sıkılmalıdır. İmplant parçalarının yeterince sıkıştırıldığından emin olmak için el aletleri yerine mekanik tork gauge'leri implant firmasının önerdiği değerde tork uygulayarak kullanılmalıdır.



Prof. Dr. Ömer Kutay
İstanbul Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi AD
kutayomer@yahoo.com



Dişhekimi Semra Can
İstanbul Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi AD
dt.semra@hotmail.com

İmplant destekli protezler dişhekimliğinde eksik dişlerin yerine konmasını sağlayan en doğal ve en iyi prognoza sahip restorasyon şeklidir (39). Branemark osseointegrasyon konseptini tanımladıktan sonra dental implantlar başlangıçta tam dişsiz hastalar için uygulanabilir bir tedavi seçeneği olmuş, daha sonra da süregelen gelişmelerle bölümlü dişsiz hastalarda da uygulanması giderek artmaya başlamıştır (22, 24, 39).

Dental implantların başarısı temel olarak osseointegrasyona bağlı olmasına rağmen implantlarla ilgili kayıpların çoğu osseointegrasyon sonrası, restorasyonların yüklenmesiyle veya peri-implantisitise bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında implant

destekli protezlerin başarısızlığı ve kaybı mekanik ve teknik problemlerden kaynaklanmaktadır. Bu problemler,

- İmplant parçalarıyla ilgili olanlar
- Protezle ilgili olanlar

olarak iki gruba ayrılabilir (6, 7, 25, 27).

İmplant komponentleriyle ilgili olan problemler arasında abutman vidasının gevşemesi ve kırılması başta gelen sorunlardır (25). Bu komplikasyonlar implant üretici firma sayısının giderek artması nedeniyle daha da önemli hale gelmektedir (35). Vida kırıklarını oluşturan en temel nedenler

- Bruksizm

- Oklüzal yönden uyumsuz üstyapı varlığı
- Aşırı yük uygulanmasına neden olan biyomekanik faktörler (örn: kantilever) sonucu ortaya çıkan vida gevşemesidir (4, 28).

Vida gevşemesi klinik pratikte genelde yetersiz biyomekanik dizaynın ve oklüzal aşırı yük uygulanmasının erken belirtisidir. Vida gevşemesi problemi çözmek için, klinisyen öncelikle vida bağlantısı içeren mekanizmayı anlamalıdır (5, 39).

İmplantlarda vida mekaniği

McGlumphy (39) bir abutman ve implantın birarada tutulmasını vida bağlantısıyla birbirine sıkılaştırılmış iki parça şeklinde tanımlar. Vida tork uygulanarak sıkılaştırılır. Uygulanan tork vida içinde bir kuvvet oluşturur ki buna da ön yükleme denir. Ön yüklemenin miktarı retansiyon oluşturan protetik vida parçalarına uygulanan torkta (19), vida yuvasına konulan yağlayıcının tipine ve varlığına, temas eden materyallerin fiziksel özelliklerine ve başlangıç torkundan sonra vidanın oturmasına bağlıdır. Yüzeyin düzensizliği sürtünmenin artmasına ve ön yüklemenin azalmasına yol açmaktadır. Vidanın çıkarılıp tekrar takılması ve tersine tork uygulanması yüzey düzensizliğini azaltırken, yağlayıcı kullanılması da sürtünmeyi azaltır; böylece elde edilen her iki sonuç ön yükleme miktarını arttırmış olur (17, 38).

Ön yükleme, sürtünme ve materyalin dayanıklılığı vida bağlantısında ve stabilitesinde önemli bir rol oynamaktadır. Biyomekanik açıdan bakıldığında vida bağlantısı implant sisteminin en önemli faktörü olarak kabul edilir. Vida bağlantısı implantla abutman arasında yer alır ve vida tarafından uygulanan bağlayıcı kuvvetle bu parçalar birarada tutulur. Bağlantının stabilitesini devam ettirmesi için vida tarafından uygulanan bağlayıcı kuvvetin olması gereklidir. Bağlantı oluştuğunda ise stabilite kaybı olmadan veya kuron yerinden oynamadan oklüzal kuvvetler abutmandan implanta transfer edilir (40).

Bağlantının stabilitesi öncelikle ön yüklemeyle bağlıdır. Haack (29) ön yüklemeyi, vidanın bağlantısını sürdürülebilmesi için implant sistemi üzerinde gerilme kuvveti uygulayarak oluşturduğu bağlanma kuvveti olarak tanımlanmaktadır.

İmplantlar üzerine gelen bükme kuvvetleri ön yükleme kuvvetinin azalmasına neden olabilmektedir. Vidanın sıkılmasıyla oluşan ön yükleme kuvveti, al-

tın vidalar kullanıldığında, yüksek elastiklik modülü nedeniyle, titanyum vidalardan daha fazla tutuculuk elde edilmesini sağlar (40).

İmplant abutmanlarının vidalanması sırasında üreticilerin önerdikleri tork değerlerinin ve tork uygulama protokolünün vida dizaynına bağlı olarak değişkenlik kazandığı fikri ortaya çıkmıştır (40).

Vidayla yuvası arasındaki bağlantının bölünmesi çiğneme sırasında ortaya çıkan bükme ve makaslama kuvvetlerine bağlı olarak meydana gelebilir. Junker ve Wallace (40) tarafından tanımlanan titreşim kuvvetleri de vidanın esnemesine neden olur ve böylece ön yüklemenin azalarak vida bağlantısının ayrılmasına yol açar. Bunun yanında, mühendislik literatüründe tork ve ön yükleme arasında doğrusal bir ilişki olmadığından, ancak üçüncü bir faktör olan ve vidanın yivleriyle vida yuvası arasında oluşan sürtünmenin etkisinden bahsedilir.

Sürtünme ikinci biyomekanik parametredir. Özellikle, vida yivleriyle implant arasında oluşan sürtünme sıkıştırma sırasında ön yüklemeyi oluşturmak için ne kadar tork uygulanması gerektiğine karar verilmesini sağlar. Uygulanan torkun çoğu sürtünme nedeniyle kaybedilir (yaklaşık olarak %90) ve ön yükleme katkıda bulunmaz. Sürtünme, abutman-implant arayüzünün ve vida başı altında yer alan vida yivlerinin yüzey pürüzlülüğünün bir fonksiyonudur. Yüzey pürüzlülüğünü azaltmak sıkıştırma esnasında oluşan sürtünmenin üstesinden gelir ve ön yüklemeyi artırır. Vida sıkıştırıldığında gerilir ve bağlanma kuvvetini, diğer bir deyimle ön yüklemeyi oluşturur. Sürtünme, vida gevşemesinin



önlenmesi ve bağlanma kuvvetinin kaybını önlemek için gereklidir. Bu nedenle, bağlanma kuvveti, abutman vidası ve implant yuvası arasında bağlantıyı ayıran kuvvetleri önlemek için oluşan statik sürtünme kuvvetlerinin ve gerilmiş olan vidanın birlikte meydana getirdiği bir değerdir (40).

İmplant biyomekaniğinde önemli olan üçüncü faktör de materyalin özelliğidir. Vida bağlantısının bükülmesini önlemek için, vida yeteri kadar dayanıklı olmalıdır. Vidanın dayanıklılığı materyalin ve dizaynın bir fonksiyonudur. Jorneus (40) implant destekli tek restorasyonlarda oluşan bükme kuvvetinin vidanın eğilme dayanıklılığından daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Vidanın materyal özellikleri, eğilme dayanıklılığı, elastiklik modülü, kantilever uzunluğu ve yorulma potansiyeli bağlantı stabilitesinde çok önemlidir. Bağlanma kuvvetini devam ettirmek için vidanın yapıldığı materyal yüksek elastiklik oranına ve eğilme dayanıklılığına sahip olmalıdır. Plastik deformasyon oluşana kadar vidayı sıkmak vidanın deformasyonuna, gevşemesine veya kırılmasına yol açabileceği gibi,



bağlanma kuvvetinin ve abutman-implant arasında oluşan ön yüklemenin kaybolmasına da neden olabilir.

Peşpeşe sıkıştırılan farklı vidalar, abutman tipine ve giriş torkuna bakmaksızın tekrar eden sıkıştırma sonucunda bir miktar ön yüklemeyi direncini kaybederler. Abutman türüne bağlı olmaksızın, altın kaplı vidalarla daha yüksek ön yüklemeye değerleri elde edilir (8).

Üç Vida ve İki Abutmanla Gerçekleştirilen Ön Yükleme (8)							
Ön Yükleme (N)							
		Titanyum Vida		Altın Vida		Altın Kaplı Vida	
		Prefabrike Abutman	UCLA Abutman	Prefabrike Abutman	UCLA Abutman	Prefabrike Abutman	UCLA Abutman
1. sıkıştırma	10 Ncm	34.5	61.8	36.2	53.6	84.7	69.5
	20 Ncm	72.1	130.2	76.2	110.2	187.1	156.2
	35 Ncm	142.5	233.0	134.0	194.0	386.0	353.0
2. sıkıştırma	10 Ncm	33.0	61.4	30.0	41.5	68.1	73.8
	20 Ncm	72.4	133.9	69.8	89.8	154.5	181.9
	35 Ncm	140.1	242.9	124.4	173.4	295.0	357.3
3. sıkıştırma	10 Ncm	31.9	61.6	29.6	39.6	55.4	65.9
	20 Ncm	70.3	131.3	67.2	89.3	131.7	161.6
	35 Ncm	142.0	242.0	124.5	163.3	266.6	332.4

Vida sıkıştırılırken uzar ve gerilme oluşturur. Vidanın elastik genişmesi iki parçayı birbirine çeker ve bir bağlanma kuvveti oluşturur. Vidada ön yüklemeyi yaparken oluşan uzama ve elastik genişme vidanın sağladığı bağlanma kuvveti miktarına eşittir. Bu arada vida bağlantısını ayırmaya çalışan ve bağlanma kuvvetine karşı bir kuvvet daha oluşur. Bu kuvvete de bağlantıyı ayıran kuvvet denir. Vida gevşemesi, bağlantıyı ayıran kuvvetin vida bağlantısı üzerinde parçaları birarada tutan bağlanma kuvvetinden daha büyük olması sonucu ortaya çıkar. Aşırı yükler vidayla implant parçaları arasında ve vida yivlerinde gevşemeye neden olarak ön yüklemenin azalmasına yol açar (23). Bağlantıyı ayıran kuvvetleri ortadan kaldırmak mümkün değildir; bunlar sadece minimuma indirilebilir. Bu nedenle, vida gevşemesinin önlenmesi için ayırıcı kuvvetleri azaltmak ve bağlayıcı kuvvetleri arttırmaya çalışmak önem taşımaktadır (26, 39).

Vida gevşemesi ve kırılması implant destekli protezlerde karşılaşılan en önemli problemlerdir ve implant vidası sıkıştırıldıktan sonra 3 ila 12 ay sonra genellikle yeniden tork uygulanması gerekmektedir (18). Gunne (38) 3 yıllık takip sonucunda oklüzal materyal kırılmasıyla birlikte altın protetik vidaların gevşemesinin çok nadir oluşan bir mekanik komplikasyon olduğunu bildirmiştir. Problem genellikle fonksiyondaki ilk yıl süresince ve iki implantla desteklenen protezlerde daha sık ortaya çıkmaktadır. En az 5 yıl implant destekli protez kullanan hastalarda altın yuvalı protetik vidaların %40'ında gevşeme görülebilmektedir. Genelde klinik olarak implant üstü yapısının uyumsuzluğuyla vida gevşemesi arasında bağlantı olduğu belirtilmektedir.

Abutman vidalarında sağlam bir ön yüklemeye oluşturulması uygulanan torkla orantılıdır. Tork değeri klinisyen tarafından kontrol edilebilir ve protezden proteze çoğaltılabilir. Tork yetersiz uygulandığında bağlantı azalabilir ve sonuç olarak vidada yorgunluk meydana gelir, gevşer ve kayıp oluşur. Çok fazla tork uygulandığında da vidanın yivleri yerinden çıkabilir. Uygulanan tork miktarı, vidanın kırılmaması için, son dayanma gücünden az olmalıdır (21). McGlumphy'e (39) göre, ön yüklemeye için gerekli olan optimal tork değeri vidanın kaybına neden olan tork değerinin %75'i kadar olmalıdır. Tork değeri hakkındaki başka bir değişken de klinisyen tarafından torkun manuel veya mekanik bir aletle uygulanmasıdır.

Abutman vidalarının elle sıkıştırılmasında uygulanan tork değeri 10N iken rachet kullanılmasıyla 35N tork değeri uygulanabilir. Çok sayıda implant sisteminde

vida sıkıştırılırken özellikle internal bağlantılı sistemlerde ortalama 20N uygulanması önerilmektedir (8).

Dental implant şirketleri implant vidalarına istenen uygun torku uygulamak için rachet denilen tork aletlerini üretmişlerdir. Ancak yine de implant vidasıyla vida yuvası arasında oluşan sürtünme nedeniyle implant vidalarına istenen tork verilmeyebilir (6, 9). Dental implant vidalarına uygulanan torkta tutarsızlık olması, ön yüklemeyi, vida gevşemesine ve kaybına neden olacak şekilde azaltabilir (29, 32).

Dental implant vidalarına uygulanan torkun miktarı klinisyenin tecrübesine de bağlıdır. Tecrübesi olmayan klinisyenler vidaları az torkla sıkarken tecrübeli olanlar yüksek tork kullanabilirler. Ayrıca, tecrübeli olanlar vidaya değişik miktarlarda tork verebilirler. Yüksek tork verilmesi ve aralıklı olarak ilave tork uygulanması ön yüklemeye ve abutman vidalarının retansiyonu için önerilmektedir. Ancak, bu öneri ya implantın yerleştirilmesi ya da fonksiyonel yüklenmesi sırasında vida kırığına da neden olabilir (32).

Jaarda (39) altın vidalarla desteklenen protezlerde uyguladıkları tork değerlerini tekrar ölçtüklerinde tork değerlerinin azaldığını bildirmişlerdir.

Buradan da, vidaya uygulanan torkun hepsinin ön yüklemeyi oluşturmadığı, bir miktar enerji kaybı oluştuğu ortaya çıkmaktadır. Uygulanan torkun yaklaşık olarak %40'ı vidayla, oturduğu yüzey arasında oluşan sürtünmeye harcanırken %10'u da gerilmeyi oluşturur. Sonuç olarak, etkili bir ön yüklemeye uygulanan torktan genellikle küçüktür (12, 31).

İmplant destekli protezlerde abutman vida gevşemesi protezlerin ortalama %6'sında görülmektedir (6256 vidadan 365'i gevşemiştir). En sık rastlanan vida gevşemesi ise tek implant kuronlarda yaklaşık olarak %45 oranında görülmektedir. Güncel çalışmalarından elde edilen verilerde yeni vida dizaynlarıyla vida gevşemesi önemli ölçüde azaltılarak ortalama %8'e düşürülmüştür. İmplant overdenture'ları için bu oran %3'tür. İmplant parsiyel protezlerinde ise %4 olduğu kaydedilmiştir (13, 20).

Genellikle, tedavi tamamlandıktan sonra azalmış retansiyonu tekrar elde etmek için abutman vidasını basitçe sıkırtmak veya yenilemek gerekebilir. Bunlar hem hasta hem de klinisyen için sıkıntı verici durumlardır. Çoğunlukla bu aşamada kapsamlı bir tamirin yapılması da söz konusu olabilir. Özellikle abutman vidaları yeniden retansiyonu sağlayacak şekilde düzeltilmiyorsa implantın veya protezin üzerinde modifikasyon yapılması gerekebilir (36, 39, 40).

İmplantlarda bağlantıyı ayıran kuvvetler

Klinik olarak implant protezi içindeki vida ünitesi sürekli bir şekilde external bağlantıyı ayırıcı kuvvetlere maruz kalır. İntraoral ayırıcı kuvvetler şunlardır:

- Eksen dışı oklüzal kuvvetler
- Lateral erken temaslar
- Doğal dişler ve implant restorasyonları arasındaki interproksimal kontaklar
- Protrusiv kontaklar
- Parafonksiyonel kuvvetler
- İmplantlara bağlanan ve pasif olmayan dökümlerin oluşturduğu kuvvetler

External kuvvetler vidada ön yükleme değerini geçtiğinde, bağlantı, stabilitesini kaybeder. Vida gevşemesine neden olan mikro hareketler ve vibrasyon sonucunda external yükleme hızlı bir şekilde ön yüklemeyi ortadan kaldırır. Gevşeme oluştuğunda vida etkisi kaybolur ve fonksiyonu ortadan kalkar (9, 39).

İkinci premolarlara kadar tam dişli hastalarda oklüzal çiğneme kuvvetlerinin ortalama 450N ile 550N olduğu bildirilmiştir. Oklüzal kuvvetler implant destekli hareketli ve sabit protezlerde 200-300N değerine düşmektedir. Lateral kuvvetler vida yuvası derinliği en az 2.1 mm olan abutmanlarda 370N'dan ve yine vida yuvası derinliği 5.5 mm olan abutmanlarda 530N'dan fazla olduğunda implant abutmanlarında kayıp oluşturmaktadır. İmplant abutmanlarının veya abutman vidalarının kırılması vida gevşemesinin bir sonucu olarak düşünülebilir ve fonksiyonel yükleme altında abutmanların mikro hareketleri fark edilmeyebilir. Rutin kontrollerde, hastaların %25'inde gevşemiş vidalar bulunmuştur (2, 28).

İmplantların modele, doğru transferinden sonra tam uyumlu bir üstyapının implantlar üzerine uygulanmasıyla ön yükleme stresi minimize indirilebilir. Üstyapı ve abutmanlar dikkatlice uyumlandırıldığında üstyapıda, implant komponentlerinde ve implant kemik bağlantısında ortaya çıkan stresler azaltılabilir (3, 30).

İmplant vidalarının yuvaları içine gömülmesi (oturma etkisi)

İmplant destekli restorasyonlarda vida gevşemesiyle sonuçlanan önemli bir mekanizma da oturma etkisidir. Oturma etkisi (gömülme), bütün vida yiv yüzeylerinin belirli derecede pürüzlü olması sonucu vida stabilitesinde önemli bir rol oynar. İmplant yüzeyi her ne kadar dikkatlice makinalarda yapılmış olsa da

mikroskop altında incelendiğinde yüzeyinin biraz da olsa pürüzlü olduğu görülmektedir. Bu mikro pürüzlülükten dolayı yüzeyler arasında tam olarak temas meydana gelmez. Vidanın oturma denilen daha iyi yerleşme hali (settling) pürüzlü alanlar yük uygulanarak düzleştiğinde oluşur, çünkü ilk sıkıştırma torku uygulandığında sadece yüzeyler temasa geçer. Vida aralığı external yüklere maruz kaldığında, yüzeyler arasında mikro hareketler oluşur. Temas alanlarının aşınması iki yüzeyi birbirine yakınlaştırır. Sonuç olarak, oturma derecesi yüzeyin pürüzlülüğüne, sertliğine, yüklenen kuvvetlerin büyüklüğüne bağlıdır. Pürüzlü yüzeyler ve büyük external yükler oturmaya arttırır. Toplam oturma etkisi vidanın elastik uzamasından büyükse vida görevini sürdüremez, çünkü sürtünme kuvvetleri vidayı yuvasının içinde tutamayacaktır (15, 33, 36). Vida yivlerinin sürtünmesi ilk sıkıştırma ve gevşetmede yüksektir, ancak sonraki sıkıştırma ve gevşetmelerde bu azalmaktadır. Vidanın oturma etkisi nedeniyle sıkıştırma sonrasındaki ilk birkaç saniye veya dakika içinde ön yüklemeye %2-10 değerinde azalma olduğu Sakaguchi ve Borgersten tarafından gösterilmiştir. Siamos, in vitro bir çalışma sonucunda, ilk tork uygulamasından 10 dakika sonra abutman vidasının yeniden sıkılmasının rutin olarak tekrarlanmasını önermiştir. Abutman vidaları için 30 Ncm üzerinde tork değerleri uygulandığında vida gevşemesinin azaltılabileceği belirtilmektedir. Oturma etkisini azaltmak için implant vidaları ilk tork uygulamasından 10 dakika sonra tekrar sıkılmalıdır. Bu teknik rutin klinik prosedürde önerilmektedir (8, 10, 39).

Vida bağlantısında eğilme olduğunda Jorneus eğer bükme kuvvetleri tek restorasyon üzerindeyse ve vidanın eğilme gücünden daha büyükse vidada deformasyon ve yivlerde ayrılmalar oluşur. Sonucunda da vidadaki ön yükleme kaybedilir ve toplam oturma etkisi vidanın elastik uzamasından daha büyük olur. Abutman ile implant arasındaki kontak kaybedilir, vidaya gelen oklüzal kuvvetler vidanın gevşemesine, deforme olmasına ve kırılmasına neden olur. Bu nedenle, vida gevşemesini azaltmak için, implant-abutman kompleksinin arasında oluşan hareketlerin biyomekanik parametrelerinin araştırılması gerekir. Bu faktörler

- Sıkıştırma torku
- Fonksiyonel yükleme
- Ön yükleme veya bağlanma kuvveti
- Yivlerin gömülmesi
- Uyumsuzluk

Vidanın sıklığını korumak için, ön yükleme kuvvetinin miktarı oklüzal yüklerden büyük olmalıdır; aksi takdirde kuvvet vidanın bükülme gücünden fazla olacaktır ve deformasyona neden olacaktır. Deformasyon, ön yüklemenin azalması ve vidanın gevşemesiyle sonuçlanacak, ayrıca vidada yorgunluk ortaya çıkacaktır. İmplant sistemindeki gerçek bağlanma

- Vida yivleriyle vida yuvası arasındaki aralığın kapanmasına
- Vida dizaynına
- Materyalle komponentler arasındaki sürtünmeye bağlıdır (1, 12).

Literatür İncelemesi

İmplant destekli protezlerde abutman vida gevşemesi protezlerin ortalama %6'sında görülmektedir (6256 vidadan 365'i gevşemiştir). En sık rastlanan vida gevşemesi ise tek implant kuronlarda yaklaşık

sını basitçe sıkıştırmak veya yenilemek gerekebilir. Bunlar hem hasta hem de klinisyen için sıkıntı verici durumlardır. Çoğunlukla bu aşamada kapsamlı bir tamirin yapılması da söz konusu olabilir. Özellikle abutman vidaları yeniden retansiyonu sağlayacak şekilde düzeltilemiyorsa implantın veya protezin üzerinde modifikasyon yapılması gerekebilir (36, 37, 39, 40).

Ön yüklemenin oluşturulmasında tersine tork uygulanması (antirotasyonel interlock apareylerinin kullanılması) büyük bir etki oluşturmaktadır. Interlock apareylerinin kullanılması ön yükleme değerini korur ve sürtünme direncinin ortadan kalkmasını sağlar. Interlock apareylerinin kullanılması sırasında vidanın bükülme direnci artar (yüksek oranda fleksibilite sağlar) ve abutmanla implant arasındaki bağlantı artırılmış olur. Günümüzde klinisyenlerin kullanımına sunulmuş çeşitli interlock sistemleri mevcuttur (1, 34).

Mekanik İmplant Komplikasyonları (13)

	Uygulanan/Etkilenen Sayısı	Ortalama Yüzdesi
Overdenture'in retansiyonunu/uyumunu kaybetmesi	376/113 protez	%30
Estetik kuron kırığı (resin)	663/144 protez	%22
Overdenture'in astarlanması	595/114 protez	%19
Overdenture'in klipsinin / ataşmanının kırılması	468/80 protez	%17
Estetik kuron kırığı (porselen)	258/36 protez	%14
Overdenture kırığı	570/69 protez	%12
Karşıt protez kırığı	168/20 protez	%12
Akrilik kaide kırığı	649/47 protez	%7
Protez vida gevşemesi	4501/312 vida	%7
Abutman vida gevşemesi	6256/365 vida	%6
Protez vida kırığı	7094/282 vida	%4
Metal iskelet kırığı	2358/70 vida	%3
Abutman vida kırığı	13.160/244 vida	%2
İmplant kırığı	12.157/142 vida	%1

olarak %45 oranında görülmektedir. Güncel çalışmalardan elde edilen verilerde yeni vida dizaynları ile vida gevşemesi önemli ölçüde azaltılarak ortalama %8'e düşürülmüştür. İmplant overdenture'ları için bu oran %3'tür. İmplant parsiyel protezlerinde ise %4 olduğu kaydedilmiştir (13, 20).

Genellikle, tedavi tamamlandıktan sonra azalmış retansiyonu tekrar elde etmek için abutman vida-

Sonuç

Rutin klinik prosedürde oturma etkisini azaltmak için implant vidaları ilk tork uygulanmasından 10 dakika sonra tekrar sıkılmalıdır. İmplant komponentlerinin tam olarak sıkıştırıldığından emin olmak için el aletleri yerine üretici firmanın önerdiği tork değerinde mekanik tork aletleriyle sıkıştırma tercih edilmelidir. ■



Diş protez laboratuvarında çalışan kişilerin karşılaştığı mesleki riskler



Doç. Dr. Gülcan Coşkun Akar
Ege Üniversitesi Diş Protez
Teknolojileri Bölümü
Koordinatörü
gulcan1976@yahoo.com

Bir işletmenin gerçekleştirdiği işlemlerden etkilenen tüm bireylerin (çalışanların, geçici işçilerin, alt yüklenici çalışanlarının, ziyaretçilerin, müşterilerin ve işyerindeki herhangi bir kişinin) sağlığına ve güvenliğine etki eden faktörler ve koşulların bütünü mesleki risk olarak tanımlanmaktadır. Dünyada ve ülkemizde tüm meslek dallarında çeşitli riskler yaşanmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları işyerlerinde işyeri koşulları ve dikkatsizlik, tedbirsizlik, kurallara uymama, kullanılan araç gerecin kullanımına ilişkin bilgisizlik ve kullanılan araç gerecin bakımsız ve elverişsiz oluşu nedeniyle oluşmaktadır. İşyerlerinde meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda can kayıpları ve maddi kayıplar meydana gelmektedir.

Bölüm 2. Laboratuvarında Oluşabilecek İş Kazaları ve Korunma için Alınması Gerekli Önlemler

İşletmelerde çalışan kişilerin sağlıklarının korunması ve mesleki risklerin en aza indirilmesi yasal, etik ve finansal nedenler açısından önemlidir. Ülkemizde de işverenlerin iş sağlığı ve iş güvenliği açısından yükümlülükleri 4857 sayılı iş yasasının maddelerinde (Madde 77-89) belirtilmektedir (1). İşyerlerinde meydana gelebilecek iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemede önemli olan iş güvenliği önlemleri, çalışanların ve işletmenin verimliliğini ve kazancını da artırır.

İş kazası, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından "Planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durum" olarak (2), ülkemizde ise 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasasının 11 /A maddesine göre iş kazası "a-Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, b-İşveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla, c-Sigortalının işveren tarafından görevle başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, d-Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, e-Sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında meydana gelen, hemen veya sonradan bedence ve ruhça anzaya uğratan olaydır" şeklinde tanımlanmaktadır (3, 4). Acil servise veya sağlık ocağına başvuran olgulardan 'iş kazaları'nın adli olgu olarak değerlendirilmesi öngörülmektedir (5).

Diş protez laboratuvarlarında yaşanan iş kazalarına ilişkin verilere rastlanamamakla birlikte, Porter ve ark. çalışmalarında 1980-1988 yılları arasında hastanede kaydedilen 300 yaralanmadan %50'sinin kesici-delici alet yaralanması, %40'ünün çarpma, düşmeye bağlı yaralanma, %10'unun sıcak suya bağlı yanık ve %10'unun göz yaralanması olduğunu belirtmektedirler (6).

Bu bölümde, Grafik 1'de özetlenen diş protez laboratuvarlarında oluşabilecek iş kazaları kısaca ele alınarak, kişisel korunma yöntemleri (Grafik 2) ve alınması gerekli önlemler anlatılmaktadır.

Kesici-Delici Alet Yaralanmaları: Laboratuvar işlemlerinde kullanılan el aletleri, aygıtlar ve parçaları, ortodontik apace ve protez elemanları, basit kesicilerden organ kopmalarına varan yaralanmalara yol açmaktadır. Sayılan gereçlerin kirli ve paslı olması durumunun şiddetini ve tetanoz riskini arttırmaktadır.

Kontrollü ve dikkatli çalışma, hizmet süresi dolan ve uygunsuz malzemelerin kullanılmaması ve kişisel korunma yöntemlerine dikkat edilmesi riski azaltacaktır.

Düşme, Çarpma-Çarpışmaya Bağlı Yaralanmalar: Özellikle yoğun ve hızlı çalışma ortamına ve yapılan şekalara bağlı olarak oluşmaktadır. Düşme sırasında düşülen yükseklik, düşülen zemin özellikleri, düşme sırasında batan cisimler ve vücudun yere ilk çarpan kısmı olayın etkisini arttıran faktörlerdir. Çarpışma sırasında kişilerin ellerinde bulunan cisimler (kesici-delici özellikteki el aletleri, sıcak su vb.) de durumu riskli hale getirmektedir. Bu tip olaylar yumuşak doku ezilmelerinden baş-boyun travmalarına kadar, kapalı veya açık yaralanmalara neden olmaktadır.

Kontrollü ve dikkatli çalışma, yere dökülen, saçılan veya tehlike oluşturabilecek maddelerin ortadan kaldırılması riski azaltacaktır.

Yanıklar: Laboratuvarında kullanılan malzeme ve aygıtlar, fiziksel (ısı yanıkları, elektrik yanıkları, ışın yanıkları, sürtünme yanıkları) ve kimyasal (kimyasal maddelerin oluşturduğu gazlar ve buharların solunum sisteminde oluşturduğu) yanıklara neden olmaktadır.

Kontrollü ve dikkatli çalışma, hizmet süresi dolan ve uygunsuz malzemelerin kullanılmaması ve kişisel korunma yöntemlerine dikkat edilmesi riski azaltacaktır.

Elektrik Çarpmasına Bağlı Yaralanmalar: Laboratuvar ortamında kullanılan çok sayıda aygıt elektrikle çalışmakta (alternatif akım), ek olarak ortamda suyun bulunması elektrikle ilişkin riskleri arttırmaktadır. Elektrik çarpmasının oluşturacağı etkinin şekli ve şiddeti, maruz kalınan gerilim büyüklüğüne (voltaj), akıma karşı vücudun direncine (rezistans), akımın türüne (doğru veya alternatif), elektrik kaynağıyla temas süresine ve akımın organizmada izlediği yola bağlıdır. Elektrik çarpması kas krampından, solunum ve kalbin durmasına kadar farklı sorunlar oluşturabilmektedir.

Elektrikle çalışan aygıtların kontrollerinin düzenli yapılması, tesisatın kontrol edilmesi, eskiyen, yıpranan kısımların değiştirilmesi ve çalışan kişilerin bilinçlendirilmesi riski azaltacaktır.

Görme Sistemi Yaralanmaları: Bu grup altında, görme sisteminde oluşabilecek yaralanmalar (zedelenme, yabancı cisim bulunması veya batması, kesik, sıyrık ve yırtılmalar) ve yanıklar (kimyasal, termal, ışın) yer almaktadır.

Kontrollü ve dikkatli çalışma ve kişisel korunma yöntemlerine dikkat edilmesi riski azaltacaktır.

Patlamaya Bağlı Yaralanmalar ve Zehirlenmeler: Laboratuvarlarda ısı kaynağı olarak kullanılan likit petrol gazı (LPG) ve doğal gaz uygun koşullarda kullanılmadığında ve etkin güvenlik önlemleri alınmadığında patlama, yanma ve zehirlenmelere neden olabilmektedir.

LPG tüplerinin, çevrelerindeki kolay tutuşabilecek cisimlerden uzak ve dik yerleştirilmesi, yedek tüplerin açık havada veya ateş yakılmayan serin yerlerde tutulması, hortumun aygıtla en yakın mesafeden kelepçeyle bağlanması, zorunlu olmadıkça bağlantı uzunluğunun 125 cm'yi geçmemesi ve hortumların sık sık kontrol edilmesi gerekmektedir.



Grafik 1. Diş protez laboratuvarında oluşabilecek yaralanmalar ve yaralanma oluşturabilecek durumlar

SOLUNUM YOLU KORUYUCULARI

- Partikülleri statik elektriklenme metodu ile tutulabilir.
- Nefes alma direnci en azda tutulabilir.
- Maskenin yüze tam oturabilmesi ve sızdırmazlık için burun üzerinde esnek ve bükülebilir burun mandalı bulunmalıdır.
- Polipropilen elyafların yüksek basınçta sıkıştırılması tekniği ile üretilmiş maskelerin kullanılması uygundur.

YÜZ KORUYUCULARI

- Kimyasal ve metal sıçramaları ile kılımlara karşı yüzü ve gözleri korur.
- Baş bantlı, solunum yolu koruyucularına eklenen veya göğüs destekli modelleri kullanılabilir.
- Solunum yolu koruyucuları ve gözlük ile birlikte kullanılabilir.
- Yapılacak işi iyi görmeyi sağlamak için optik olarak nötr olmalıdır.
- Buğulanma yapmamalıdır.
- Yüzü darbelere karşı korumak için dayanıklı malzemeden imal edilmiş olmalıdır.
- Hafif olmalıdır.

GÖRME SİSTEMİ KORUYUCULARI

- Kınmaya karşı dirençli, sert plastik (polikarbonat) ve bütün lenslere sahip olmalıdır.
- Lensler çerçeve ile çok iyi bir biçimde sarımalıdır.
- Damlacıklardan, sert parçacıklardan ve püskürten sıvıdan koruyabilmesi için kenarları yüze tam olarak oturmalıdır.
- Optik olarak nötr olmalıdır.

İŞİTME SİSTEMİ KORUYUCULARI

- KULAK TİKAÇLARI**
 - Kulak tikaçları hijyenik olması için süngerden veya silikon kauçuktan yapılmış olmalıdır.
 - Gürültüyü en az 15 dB azaltabilir.
- KULAKLIK LAR**
 - Kulak kepçesini hava sızdırmayacak şekilde içine alacak fincanlar olmalıdır.
 - Fincan çevrelerinde polister sünger dolgu malzemesi bulunmalıdır.
 - Gürültüyü en az 30 dB azaltabilir.
 - Normal konuşma frekansındaki sesleri kulağa geçirmelidir.
 - Baş üstünden / enseden / çene altından geçen ayarlanabilir esnek bir bant olmalıdır.

BEDEN KORUYUCULARI

- İçeriden dışarıya tek yönlü olarak havayı geçirerek teneffüs yapabilen, anti statik özellikte olmalıdır.
- Yanmaz özellikte olmalıdır.
- Bacakları da koruyacak uzunlukta olmalıdır.
- Kolun ele yakın bölgesi mümkünse bütçülü olmalıdır.
- Yaka kısmı ayarlanabilir olmalıdır.

EL KORUYUCULARI

- Kesilmeye, delinmeye, kopmaya, dirençli, içerisine sıvı geçirmeyen özellikte olmalıdır.
- Kavrama kolaylığı olmalıdır.

Grafik 2. Diş protez laboratuvarlarında çalışanların kullanmaları gerekli kişisel koruma yöntemleri ve özellikleri

İşitme Sistemi Yaralanmaları: Düşme, çarpma-çarpışma, şakalaşma sonucunda kulak kepçesinde oluşan basit yaralanmalardan (ezilme, sıyrık, kesi, vb.) ciddi kafa travmaları ve baş-boyun yaralanmalarıyla birlikte görülebilen iç kulak yaralanmalarına kadar farklı düzeyde sorunlar oluşabilir.

Kontrollü ve dikkatli çalışma ve kişisel korunma yöntemlerine dikkat edilmesi riski azaltacaktır.

Özette, riskleri azaltmak için aşağıda belirtilen noktalara uyulması gerekmektedir. Bunlar;

- Kişisel korunma yöntemlerinin etkili biçimde kullanılması ve kullanılmasının sağlanması.



- Çalışma ortamında dikkatli ve kontrollü çalışmanın sağlanması.

- Laboratuvardaki güvenlik önlemlerinin gözden geçirilmesi, çalışanların düzenli bir biçimde bilgilendirilmelerinin yapılması.

- Herhangi bir kaza durumunda sağlık ekipleri gelinceye kadar, yaralının durumunu stabil etmek, ikincil sorunları önlemek, hayat kurtarmaya yardımcı olmak amacıyla uygulanan ilkyardım yöntemlerinin çalışanlar tarafından bilinmesi ve bilgilerinin güncellenmesinin sağlanması.

- Laboratuvar çalışanlarına, karşılaşılabilecekleri kazalar ve bu durumda yapılacaklar hakkında bilgi verilmesi ve farkındalık yaratılması.

Kaynaklar

1. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4857.html>
2. Orhun H. İş Kazalarının İncelenmesi, İş Hekimliği Ders Notları Kitabı, 3. baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, s: 245-255, Ankara, 1993
3. <http://www.isvesosyalguvenlik.com/anasayfa>
4. Akbulut T. İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, 3. baskı, s: 78, İstanbul, 1995.
5. Kukul Güven FM, Bütün C, Yuca Beyaztaş F, Eren ŞH, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Adil Olguların Değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009;10(3):23 - 28.
6. Porter K, Scully C, Theyer Y, Porter S. Occupational Injuries to dental personnel. J Dent. 1990;18(5):258-62.

METİL METAKRİLAT & LİKİT (MONOMER)

TOZ

- Akciğer toz hastalığı (pnömokonyoz)
- Düşme, kayma (yere döküldüğünde)

LİKİT

- Solunum sisteminde özellikle nasale boşlukta inflamasyon, nasal kavite epitelinde başkalaşım
- Gözde iritasyon
- Deride hassasiyet ve iritasyon (dermatitis)
- Astım
- Nörolojik sorunlar
- Baş ağrısı, baş dönmesi, anestetik etki

POLİMİZE OLMAMAMIŞ

- Parmak ile ilgili sinirlerde dejenerasyon

POLİMİZE OLMUŞ

- Akciğer toz hastalığı (pnömokonyoz)
- Göz yaralanmaları (çizik vb.)
- Enfekte ise enfeksiyon (tüberküloz, Hep B, C, HIV vb.)

Metil metakrilat tozu ve likidinin sağlık üzerine etkisi

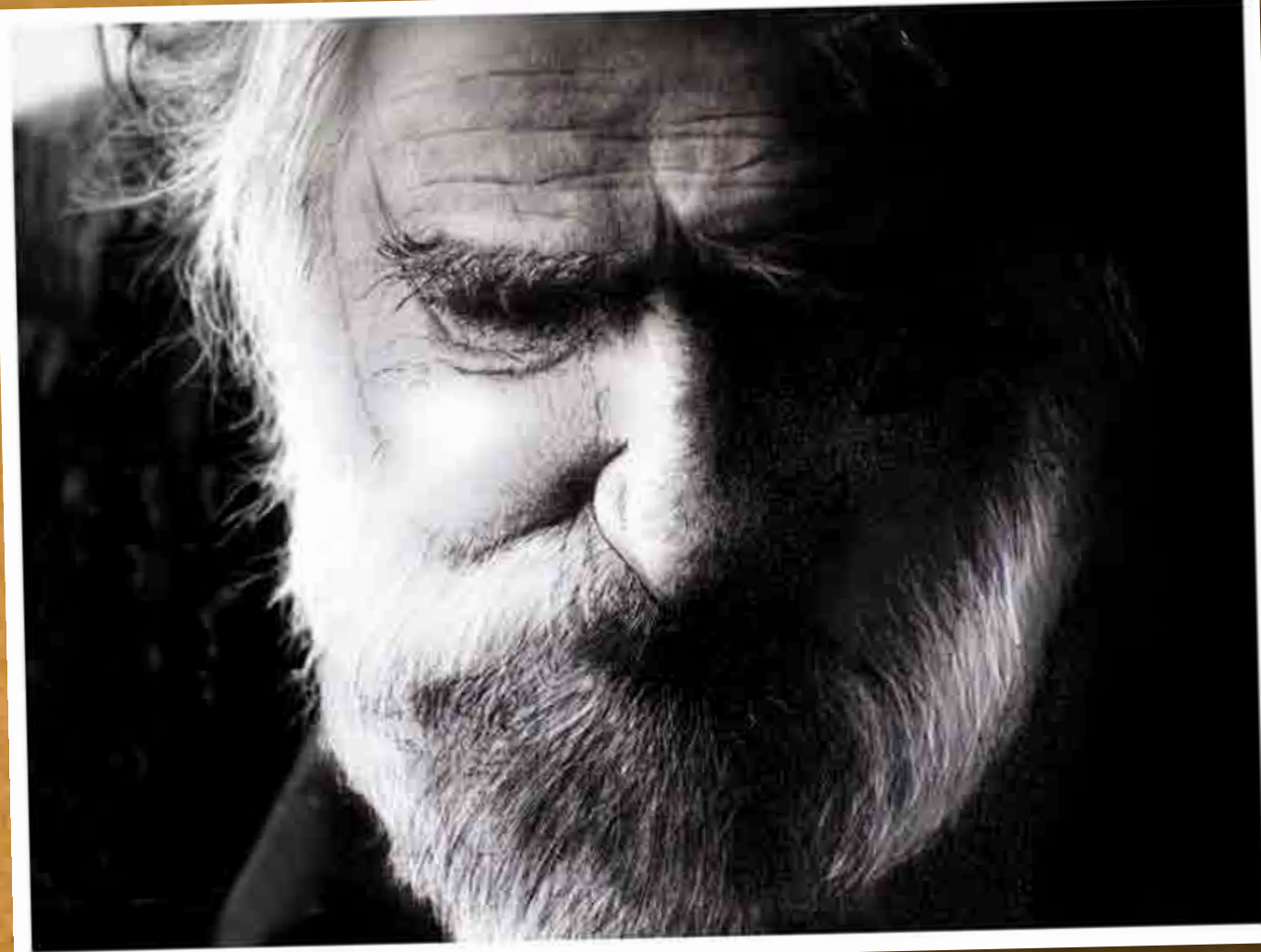
Dergi sayı 138 "Bilimsel" disiplin başlığı altında sayfa 72-76'da yayımlanan Doç.Dr. Gülcan Coşkun Akar'ın "Diş protez laboratuvarında çalışan kişilerin karşılaştıkları mesleki riskler" konulu bilimsel makalesinde 2. grafik baskı hatası sonucu yayınlanmamıştır. Konuyla ilgili grafiği yeniden yayınlıyor, özür diliyoruz.

25 YIL



FORMÜLÜ: Bir Apranax tablet 275 mg Naproksen Sodyum (Syntex) içerir. Bir Apranax-Fort Tablet 550 mg Naproksen Sodyum (Syntex) içerir. **ENDİKASYONLARI:** Akut migren krizi tedavisi ve migren profilaksisinde, dismenore, rahim içi araç uygulamada ve diğer jinekolojik problemlerde; burun tıkanması, garıme gibi spor yaralanmaları, bursit, tendonit, sinoviyal gibi kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarında; enfeksiyöz hastalıkların spesifik tedavisine ek olarak; romatoid artrit, osteoartrit, araklozant apodidil ve gut tedavisinde, analjezik antiinflamatuvar ve antipiretik olarak kullanılır. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Apranax, genellikle başlangıçta 2 tablet (550 mg) verilir; daha sonra 6-8 saatlik aralarla 1 tablet (275 mg) ile devam edilir. Apranax-Fort, oral ile sağ tarafta olmak üzere günde iki defa 1 tablet (550 mg) verilir. **YAN ETKİLERİ:** Karında rahatsızlık hissi, bulantı, hafif perioral ödem, kulak çınlaması, baş dönmesi gibi yan etkileri seyrek ve hafif pericarda görülebilmektedir. **İLAÇ ETKİLEŞMELERİ VE DİĞER ETKİLEŞMELER:** Apranax-Apranax Fort hidantoin, sulfonamidler, sulfonüreler gibi proteinlere yüksek oranda bağlanan ilaçları bu bağlanımları koparıp yerlerine kendisi bağlanacağından bu ilaçları etkilerini güçlendirebilir. Böyle durumlarda doz ayarlanması yapılmalıdır. Probenesid ile birlikte kullanıldığında Apranax-Apranax Fort'un yanlarına ödemü belirgin şekilde artırır. Apranax-Apranax Fort motoröksitür toksisitesini artırabilir. Propranolol ve diğer beta-blokerlerin antihipertansif etkisini azaltabilir. **KONTRENDİKASYONLARI:** Apranax-Apranax Fort'a karşı duyarlılık gösteren hastalarda kullanılmamalıdır. Açık veya diğer nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlara astım, rinüt, örtiker gibi reaksiyonlar gösteren hastalarda çapraz alerjik reaksiyonlar oluşabileceğinden kullanılmamalıdır. Aktif mide veya duodenum ülseri bulunan hastalarda verilmemelidir. **UYARILAR / ÖNLEMLER:** 16 yaşın altındaki çocuklarda kullanılmamalıdır. Akut peptik ülseri bulunan hastalara verilmemelidir. Gastrointestinal hastalıkları olan hastalara yakın takip altında verilmelidir. Trombosit agregasyonu azaltıp, kanama zamanını uzatır. Bu durum kanama zamanı boyunca göz önünde bulundurulmalıdır. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASI:** 10-20 tabletlik blister ambalajlarda. **PERAKENDE SATIŞ FİYATI:** Apranax 275 mg 10 tab. 2,28 TL; Apranax 275 mg 20 tab. 4,91 TL; Apranax Fort 10 tab. 4,91 TL; Apranax Fort 20 tab. 7,62 TL (Ekim 2010) Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için lütfen firmamıza başvurunuz. Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Reşitpaşa Mahallesi Eski Büyükdere Caddesi No:4 Maslak/Sarıyer 34467 İstanbul T. 0212 388 84 00 F. 0212 276 20 20





Can Yücel

“En uzak mesafe ne Afrika’dır, ne Çin, ne Hindistan, ne seyyareler ne de yıldızlar geceleri ışıldayan... En uzak mesafe iki kafa arasındaki mesafedir birbirini anlamayan.”

Deniz kıyısında tatilin rehâvetini yaşarken, bir grup çocuğun bağırışları kuağıma çarptı.

“Mahidevran, kızdırma beni, boğdururum seni”

Ve ardından incecik bir kız çocuğu sesi:

“Hünkârım, siz asıl Hürrem’i boğdurun”

Hürrem Sultan’ın sesi tüm sahilde patlıyor:

“Mahidevran, Mahidevran, ben seni boğdururum”

Kafamı kaldırıp baktım. Sarı saçlı, toparlak yüzlü bir oğlan, kuma oturmuş, o Hünkâr, kırmızı bikinili olan ve saçlarını savuran Hürrem, Mahidevran, yanında Hatice Sultan ve birkaç çocuk daha “Muhteşem Süleymanlık” oynu-

yorlar. İçimden bu nesil de böyle kaydı diye düşündüm. Yetmişli yıllarda çocukluğu geçen bizim neslimiz, Dallas, Bonanza, Küçük Ev, Kaçak, Zengin ve Yoksul’la kaymıştı. Zengin ve Yoksul’daki yoksul ölünce, insanlarımız mevlüt okutmuştu. Bizim neslimizde, mevlütler ve diziler arasında öylece kayıverip gitmişti. Biz daha ağlaktık, şimdiki nesil hiddetli;

“Kızdırma beni, boğdururum seni” kıvamında oyunlar oynuyor...

Tatil bitti, dönüşte TV haberleri, Datça’da Türkiye’nin en sakin yerlerinden birinde, olaylar olmuş. Bazı insanlar, Can Yücel’i sevenler, mezarı başında anma toplantısı yapmışlar ve mezarına şarap dökmüşler.

AKP İlçe Başkanı Ahmet Sedat Deniz, açıklama yapmış:

“Biz kimsenin içkisiyle uğraşacak değiliz. İstedikleri kadar içip istedikleri kadar sarhoş olabilirler. Ama bunu yaparken, milletimizin inançlarına, geleneklerine, mânevi duygularına küfretmeye, hakaret etmeye kalkışmalarına da sessiz kalacak değiliz. Bu olayın, tekrarlanmaması için takipçisi olacağız.”

Daha sonra birileri halk ozanı Can Yücel’in mezarını paramparça etmiş.

Aklıma üşüşüyor, ülkemizde takipçisi olunacak nice sorun, nice failimeçhuller, nice yolsuzluklar, nice haksızlıklar...

Aklıma düşüyor Can Yücel’in 1943 yılında lise öğrencisiyken arkadaşı Gazi Yaşargil ile birlikte yurtdışı eğitim bursu kazanmaları. Ve babası dönemin Milli Eğitim Bakanı Hasan Âli Yücel’in “Bakan, kendi oğluna torpil yaptı derler” diye yurtdışında eğitimini engellemesi.

12 Mart döneminde Che Guevara ve Mao’dan çeviriler yaptı diye 15 yıl hapse mahkum edilişi aklıma düşüyor.

12 Eylül 1980 sonrasında “Rengâhenk” adlı şiir kitabının müstehcen bulunup toplatılması aklıma düşüyor.

Ozanın “Öztañıtım” adlı şiirinin dizeleri aklıma düşüyor:

Ben bir aşk değirmeniyim

Şiirler öğütürüm Ayça Parkı’nda

Çocukları havada fır döndürürüm kollarımla

Paydostan sonra da Donkişot’u görürüm rüyalarımda.

Yaşarken de iteleyip kakalamışız, canını acıtmışız Can Baba, ölünce de mezarını parçaladık. Ölmek, Allah’a kavuşmaktır ya, orda bile rahat bırakmadık.

Aklıma düşüyor çocuk oyunları; “Hünkâr’ım boğdurun onu”

Çocuk oyunlarında bile sevemedik birbirimizi, yuf olsun bize.

Aklıma düşüyor, Can Yücel’in “Bağlanmayacaksın” dizeleri...

BAĞLANMAYACAKSIN

Bağlanmayacaksın bir şeye, öyle körü körüne.

“O olmazsa yaşayamam.” demeyeceksin.

Demeyeceksin işte. Yaşarsın çünkü.

Öyle beylik laflar etmeye gerek yok ki.

Çok sevmeyeceksin mesela.

O daha az severse kırılırsın.

Ve zaten genellikle o daha az sever seni,

Senin o’nu sevdiğinden...

Çok sevmezsen, çok acımazsın.

Çok sahiplenmeyince, çok ait de olmazsın hem.

Çalıştığın binayı, masanı, telefonunu, kartvizitini...

Hatta elini ayağını bile çok sahiplenmeyeceksin.

Senin değillermiş gibi davranacaksın.

Hem hiçbir şeyin olmazsa, kaybetmekten de korkmazsın.

Onlarsız da yaşayabilirmişsin gibi davranacaksın.

Çok eşyan olmayacak mesela evinde.

Paldır küldür yürüyebileceksin.

İlle de bir şeyleri sahipleneceksen,

Çatıların gökyüzüyle birleştiği yerleri sahipleneceksin.

Gökyüzünü sahipleneceksin,

Güneşi, ayı, yıldızları...

Mesela kuzey yıldızı, senin yıldızın olacak.

“O benim.” diyeceksin.

Mutlaka sana ait olmasını istiyorsan birşeylerin...

Mesela gökkuşağı senin olacak.

İlle de bir şeye ait olacaksın, renklere ait olacaksın.

Mesela turuncuya ya da pembeye

Ya da cennete ait olacaksın.

Çok sahiplenmeden, Çok ait olmadan yaşayacaksın.

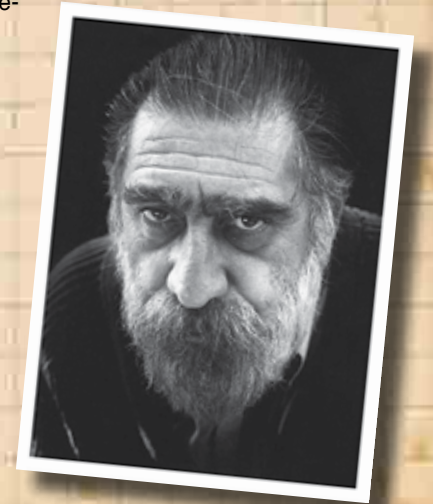
Hem her an avuçlarından kayıp gidecekmiş gibi,

Hem de hep senin kalacakmış gibi hayat.

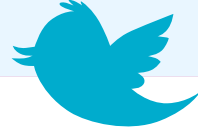
İlişik yaşayacaksın. Ucundan tutarak...



Dişhekimi
Nilgün Onarıcı
nonarici@hotmail.com



Twitter fenomenlerine sorduk, sizce dişhekimi?



Pink Freud

@pinkfreud

Blog: <http://bikot-bitisort.blogspot.com> **Kitap:** sorun bende değil sende.. **Takipçi:** 56324

"Dişhekimi deyince aklıma ne gelir? Her insan gibi ilk önce korku gelir. İlk dişhekimimle 9 yaşında tanıştım. Zaten sadece tanıştık. O dönemler çok fazla film izlediğimden olsa gerek, annemin zoruyla gittiğim dişhekiminin odasının kapısından girer girmez korkuya kapılıp histerik bir şekilde ağlayarak odadan kaçmışım. Hastanede kaybolmaktan korkunca da, kaçmam sadece on saniye sürmüştü. Bir kat aşağı inip ürolojide yaşlı amcalarla oturmuştum. Daha dolgu nedir bilmezken prostatın ne olduğunu o günlerde öğrendim.

Ertelenen her sorumluluk gibi yıllar sonra büyük problemler yaşattı bana bu Türk filmi özentisi davranışım. Çok geç de olsa dişhekimlerinin kaçılacak değil, kendimi hiç şüphesiz ellerine bırakmam gereken insanlar olduğunu anladım."



Her Bku Bilen Adam

@herbkubilenadam

Blog: <http://herbokubilenadam.blogspot.com/> **Takipçi:** 64675

Ben 5 yaşındayken, dayım ayakkabıcıda, teyzem ise bir dişhekiminin yanında sekreter olarak çalışıyordu. Bir gün dayımla beraber Kemeraltı'ndaki ayakkabıcıya, ertesi gün de teyzemle Alsancak'taki muayenehaneye giderdik. Dayımın dükkânına gittiğimizde esnaf muhabbetinden tut da, sokak satıcılarına kadar herkes farklı bir dil konuşurdu. Tombalacı bir ağabey vardı. Dayım beni ne zaman götürse o abiden tombala kartlarını alır önceden hazırladığı hilelilerle değiştirir, karşılığında da bana çikolata alırdı. Tombalacılar o zaman ya sigara ya da yurtdışından gelme devasa çikolatalar verirdi. Muhtemelen ben yokken de aileden gizlediği sigaraları alıyordu.

Teyzemin iş yeri olan muayenehanede ise tamamen entelektüel bir ortam vardı. Ben ne zaman gitsem henüz okula başlamadan öğrendiğim okuma yazma, teyzemin de reklamımı yapmasıyla dahi çocuk, yıldız çocuk kıvamına gelmemi sağlar, ortalıkta öyle havalı geziniverirdim. Amma velakin teyzemin zorlamasıyla her gün fırçaladığım dişlerim her hafta dayımın hileli tombaladan yedirdiği çikolatalar yüzünden dişhekimi hanım tarafından yüzüme acı acı vurulurdu. "Dişlerin çok güzel belli ki her gün fırçalıyorsun ama sanırım fazla çikolata yiyorsun. Biraz dikkat etersen daha iyi olur tamam mı canım" lafı hala kulağımdadır.

"Hileli çikolata mı yoksa dahi çocuk imajını yıkmamak mı?"

Bu soru çocukluğumdaki en büyük ikilemlerdendi herhalde.

Ne kadar az hile o kadar sağlık. Ben şimdi gideyim de az önce yediğim çikolataların pişmanlığı ile bin çeşit macun, ağız suyu, diş ipi ile pişmanlığımı gidereyim.



kutup_zencisi

@kutup_zencisi

Takipçi: 33012

Konuşurken gözlerime bak diyenlere inat, genelde ağzının içine bakarsın ilk olarak karşımızdaki kişinin... Ve bu ağız bazen öyle olumsuz etkiler ki bizi, ne söylediğiyle ilgilenmeyi bırak bitse de gitsek mahiyetinde kafamızı sağa sola çevirip dururuz tiksinersek... Bazen de öyle güzel dişlere sahip olur ki konuşan kişi, dalıp gideriz söylediği şeylerin tınısına... Tamam, sonuç olarak bir şey değişmiyor olabilir, yani söyledikleri bir kulağımızdan girip ötekenden çıkıyor olabilir ama ikinci durumda bir hayranlık bir etkileşim söz konusu olur... İşte tüm bu farkı yaratan sanatçılar vardır adlarına dişhekimi dediğimiz... Bir nevi ağız dekorasyon uzmanıdır onlar ya da bir diş mimarı... Tüm bunların yanında en şanssız mesleklerden biridir dişhekimliği... Bu kadar önyargıyla yaklaşılan, ellerine düşmekten korkulan, öcü gibi bakılan başka bir meslek daha yoktur dünya üzerinde... Tüm bunlara inat, küsmeden kaderine sanatını icra eder durur bizim bakarken bile tiksindiğimiz ağızların içinde... Dişhekimi sadece dişhekimi değildir, psikologdur da aynı zamanda; bir yandan hastasını telkin eder işini yaparken... Öyle ya; hasta uyanık, korkar, kasılır, karışır her şeye... Dişhekimi önce rahatlatmalıdır, konuşur hastasıyla... İşte bu zamanlarda bir psikologla bir berberin karşımı olur dişhekimi, verir nabza göre şerbetini... Ne zaman şartlar uygunlaşır başlar diş mimariye...

Kim ne derse desin severim ben onları... Ağlayarak oturduğum koltuğuna, gülere kalktığım biri daha olmadı hayatımda, en yakın arkadaşlarım da dahil buna..."

ALS'nin nedeni bulundu

Bilim adamları, dünyada yüz binlerin yakalandığı, tedavi edilemeyen sinir hücreleri hastalığı Amyotrofik Lateral Skleroz'un (ALS) nedenini buldu.

Nature dergisinde yayımlanan makaleye göre, yakananların yaklaşık yarısının üç yıl içinde hayatını kaybettiği hastalığın tüm türlerine, beyin veya omurilikteki proteinlerin tamir edilememesi neden oluyor.

Chicago'daki Northwestern Üniversitesi bilim adamları, 25 yıldır ALS üzerine çalışan Teepu Siddique başkanlığında yaptıkları çalışmada, protein tamir sürecinin çalışmaması sonucunda hastaların sinir hücrelerinin ağır hasar gördüğünü tespit etti.

Keşiflerinin, ALS için tedavi yöntemleri geliştirilmesinde tamamen yeni bir alan oluşturduğunu belirten Siddique, protein tamir sürecini düzenleyecek veya iyileştirecek ilaçlar geliştirilebileceğini kaydetti.

Bilim adamları, protein tamir sürecinin doğru işlemlenmesine de yine bir proteinin neden olduğunu, normal koşullarda Ubiquilin2 proteininin, motorik si-

nir hücrelerinde ve neokorteksteki sinir hücrelerinde hasar görmüş veya hatalı proteinleri devre dışı bıraktığını ifade etti. Bilim adamları, ancak ALS hastalarında Ubiquilin2 proteininin çalışmadığını, aksine, hasarlı proteinlerle birlikte sinir hücrelerinde biriktiğini ve bunların ölümüne neden olduğunu bildirdi.

Ailede birden fazla ALS'li olan hastalarda ayrıca Ubiquilin2 geninde mutasyon tespit edildi.

ALS hastalarında ileri derecede kas felci görülüyor. Hastalık ilerledikçe yutkunmak, konuşmak hatta nefes almak zorlaşıyor. Hastalığın bir türü de bunamaya neden oluyor ve hasta konuşmayı unutuyor, en basit işlerini dahi yapamıyor. Vakaların sadece yüzde 10'u genetik. Hastalık, ağırlıklı olarak birdenbire ortaya çıkıyor. ■

Kaynak: AA



Dişhekimi
Pınar Ezerler İzler

pinarezerler@yahoo.com

Kanserin kokusunu alıyorlar

Almanya'nın Gerlingen kentindeki Schillerhöhe Kliniği uzmanlarının, sonuçları European Respiratory Journal dergisinde yayımlanan araştırmalarına göre, köpekler akciğer kanserini teşhis edebiliyor.

Araştırmada, özel eğitimli köpeklerin 100 kanser vakasının 71'ini tespit ettiği görüldü. Köpekler, akciğer kanseri olmayan 400 kişiden 372'sinde de hastalığın bulunmadığını saptadı.

Avrupa Akciğer Vakfı, araştırmanın, köpeklerin akciğer kanseri teşhisinde güvenli şekilde kullanılabileceğini gösteren ilk bilimsel çalışma olduğunu belirtti.

Araştırmayı yöneten uzman Thorsten Walles, akciğer kanseri hastalarının nefeslerinde muhtemelen farklı kimyasalları bulunduğunu, hastalık daha başlangıç aşamasında olsa dahi köpeklerin gelişmiş koku alma duyusunun bunları yakalayabildiğini belirtti. Köpekler deri, meme ve bağırsak kanserini de koklayarak tespit edebiliyor. ■

Kaynak: ANKARA (A.A)



Periodontal Cerrahi: Klinik Atlas

Yazarı: Naoshi Sato, DDS

**Çeviri Kurulu: Prof. Dr. Özen Tuncer, Prof. Dr. Serdar Çintan,
Prof. Dr. Aslan Y. Gökbuğet, Prof. Dr. Korkud Demirel,
Prof. Dr. Funda Yalçın
Quintessence Yayınları**



Dr. Sato'nun kitabında periodontal cerrahinin bütün konuları resim ve şekillerle ayrıntılıyla verilmiş. Uzun süre güncelliğini kaybetmeyeceğini düşündüğümüz kitap, okuyucusuna periodontal cerrahi konusunda yayınlanacak yeni yöntemleri anlamakta ve uygulamakta yardımcı olacaktır. Periodontal hastalıklar da diş çürükleri gibi yapısal olarak kroniktir ve sonuçları ağırdır. Bunlar aynı zamanda dokuda şekil değişiklikleri yaratırlar. Bu değişiklikler de yine hastalığın ilerlemesinde etkili olan faktörleri oluştururlar. Dr. Sato bu durumu ve hastalığa yatkın bireyde erken tanının en iyi yol olduğunu belirtmektedir. Periodontal cerrahi yaklaşımında seçici ayırıcı tanının önemini vurgulayan Dr. Sato; mümkünse çabası rejenerasyona yönelmekte ve böylece çiğneme sisteminin formunu, fonksiyon ve estetiğini tekrardan elde etmekte ve korumaktadır. Dr. Sato kitabında, periodontal cerrahinin temel tekniklerini; küretaj, plastik ve rezektif kemik cerrahisi ve kuron boyu uzatma işlemleri ve bunların farklı uygulamalarını gösterdiği gibi, ayrıca mukogingival cerrahi, yönlendirilmiş doku ve kemik rejenerasyon tekniklerini ve bu yöntemlerin osseointegre implantlara uygulanması gibi daha gelişmiş teknikleri de ayrıntılıyla göstermektedir. Kitap atlas şeklinde olup, olgu olgu resimli açıklamalarla şekli öğrenme ve eğitim yöntemi izlenmiştir.



Dişhekimisi İlhan İşler
iisler1@yahoo.com

DUYURULAR

Devren kiralık

Üsküdar, Zeynep Kamil'de bulunan muayenehane devren kiralıktır.

GSM: 0.538 272 38 17

VEFAT

Sevgili Arkadaşımız ve Meslektaşımız Ali Durmazoğlu aramızdan ayrıldı. Kendisine Tanrı'dan rahmet, ailesine, dostlarına, Bursa Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu'ndaki arkadaşlarımıza sabırlar dileriz.

Dişhekimisi Ali Durmazoğlu Bursa Dişhekimleri Odası'nda; 7., 8., 9. dönemlerde (1998-2004) Denetleme Kurulu ve 11., 12., 13. dönemlerde Oda Yönetim Kurulu (2006-2011) üyesi olarak çalıştı. Ali Durmazoğlu evli ve bir çocuk babasıydı.

İstanbul Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu

Meslektaşımız Yavuz Demirci 6 Ağustos 2011 tarihinde,

Meslektaşımız Habib Gazze'nin babası Dişhekimisi Yalçın Gazze 21 Temmuz 2011 tarihinde vefat etmiştir.

Ailelerinin, yakınlarının ve meslektaşlarımızın acılarını paylaşır, başsağlığı dilekelerimizi iletiriz.

Meslektaşımız Ahmet Hayri Kığılı'nın babası Zeki Kığılı 14 Temmuz 2011 tarihinde,

Meslektaşımız Ayşen Bingeli'nin annesi Saadet Türkoğlu 15 Ağustos 2011 tarihinde vefat etmiştir.

Meslektaşlarımızın, ailelerinin ve yakınlarının acılarını paylaşır, başsağlığı dilekelerimizi iletiriz.

3D



PLANMECA

Cone Beam Volumetric 3D Dental Tomography

Planmeca ProMax
all volume sizes

PLANMECA
ProModel



Tartışmasız Digital Görüntüleme Teknolojisinin En İyisi

En İyi Görüntü Kalitesi



Benzerlerine göre en yüksek çözünürlük (22LP/mm, teorik olarak 40LP/mm) ve gri tonlamaya (65.536 grey scale 16 BIT) sahiptir.

En Kolay ve Hızlı Kullanım

Tek hareketle sensör kolayca yerleştirilir, 6 saniyede tarama tamamlanır.



İntraoral Fotofosforlu Sensör

0, 1, 2, 3 ve 4 (oclusal) olmak üzere beş değişik boyutta sensörü vardır. İhtiyaç duyulabilecek bütün intraoral röntgen görüntülerini sağlar.

Kompakt tasarımı ve boyutları ile ünlü yanına veya istenen yere basitçe yerleştirilebilir. Sensörlerin ince ve esnek yapısı hasta konforu ve daha iyi pozisyonlandırma sağlar.



Fit Ergonomik Tasarım

VistaScan Mini Plak Tarayıcı

