



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

TDBD

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ



uyardık...

TDBD 114 içindekiler



EKİM - KASIM 2009 SAYI: 114

11 BAŞYAZI

12 TDB GÜNDEMİ

12- HÜKÜMETİ UYARDIK Hükümetin son dönemde dışhekimlerini zor durumda bırakan uygulamaları 4 Kasım günü yüzlerce meslektaşımızın katıldığı bir eylemle protesto edildi.

20- 'HİZMET ALIMI SOSYAL DEVLETİN BİR GEREĞİDİR' Adıyaman Milletvekili meslektaşımız Şevket Köse Meclis kürsüsünde hizmet alımı projesinden vazgeçen hükümeti eleştirdi.

38- TDB BAŞKANLAR KONSEYİ TOPLANTISI TDB Başkanlar Konseyi 2-3 Ekim 2009 tarihlerinde Trabzon Dışhekimleri Odası'nın ev sahipliğinde Trabzon'da toplandı.

26 ODALARDAN HABERLER

26- SAMSUN'DA HÜKÜMETİN TAVRINA TEPKİ Samsun Dışhekimleri Odası yetkilileri Hükümetin son geri adımı üzerine bilgilendirdikleri üyelerinden büyük bir destek aldıklarını ifade ediyor.

28- ESKİŞEHİR'DE BASIN AÇIKLAMASIYLA PROTESTO Eskişehir Dışhekimleri Odası 15 Eylül 2009 tarihinde bir basın açıklamasıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Ömer Dinçer'in açıklamasını protesto etti.

30- AĞIZ SAĞLIĞININ HAL-İ PÜR MELALİ Kayseri Dışhekimleri Odası kent merkezinde bir ağız diş sağlığı taraması yaparak sonuçları bir basın açıklamasıyla yetkililere gönderdi.

32- ADANA'DA KOLTUK YAKMALI PROTESTO Adana Dışhekimleri Odası Hükümetin son dönemde dışhekimliği alanındaki adımlarını basın açıklamaları ve kitlesel eylemlerle protesto etti.

34- EKİM AYI MİTINGLERLE GEÇTİ İstanbul Dışhekimleri Odası IMF-Dünya Bankası toplantılarına karşı yapılan protestolarında da sağlık meslek odalarının organize ettiği mitingde de aktif olarak yer aldı.

36 ULUSLARARASI İLİŞKİLER

36- SURIYE KONGRESİ İZLENİMLERİ Hatay Dışhekimleri Odası Suriye Dışhekimleri Birliği'nin 17. Uluslararası Bilimsel Kongresi'ne katıldı.

44- FDI KONGRESİ SİNGAPUR'DA YAPILDI Dünya Dışhekimliği Birliği FDI'nın 97. Kongresi 2-5 Eylül 2009 tarihlerinde Singapur'da yapıldı.



GÜNCEL

48- DIŞIN YENİDEN OLUŞTURULMASI MÜMKÜN MÜ? Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden Doç.Dr. Sibel Yıldırım Cenevre'de yürüttüğü çalışmalarda diş pulpasından kök hücre elde etmeyi başardı.

52- 'YEDİĞİMİZ HER ŞEYDE GDO OLABİLİR' Çiftçi-Sen Başkanı Abdullah Aysu Türkiye'de bugüne dek ciddi bir kontrol yapılmadığından birçok ürünün bileşiminde GDO'lu ürünlerin olabileceğini belirtiyor.

BİLİMSEL

60- DIŞHEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDA PERIODONTOLOJİ DİSİPLİNİNİN YERİ Binnaz Leblebicioğlu, Lewis Claman

80- DIŞHEKİMLİĞİNDE FOTOĞRAFIN YERİ Op.Dr. Hilmi Or

84- DENTİN BONDİNG SİSTEMLER Dr. Hande Şar Sancaklı

TOPLUM SAĞLIĞI

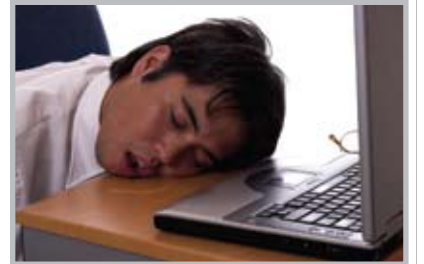
88- HORLAMA VE UYKU APNESİ Horlama ve uyku apnesiyle ilgili görüşlerine başvurduğumuz Vakıf Gureba Hastanesi'nden Op.Dr. Nilgün Sürmen Önder'e göre uyku apnesi ölümcül sonuçları olabilen ciddi bir sorun.

92- 'DOMUZ GRİBİ' HAKKINDA EN ÇOK SORULAN SORULAR... Türk Tabipleri Birliği H1N1 pandemisiyle ilgili bir İzleme Kurulu oluşturdu. TTB uzmanlarının domuz gribi hakkında en çok sorulan sorulara verdiği yanıtları aktarıyoruz.

ÇEŞİTLİ

96- TÜRKİYE'DE PSİKİYATRİNİN BABASI Dünya Edebiyatında Dişhekimliği'nde Neşe İnceoğlu Dursun bu sayıda Liz Behmoaras'ın Mazhar Osman'ından pasajlar sunuyor.

110- ORADA BİR KÖY VAR: ÇAĞLAYAN Doğu Karadeniz sahili'nin en el değmemiş ilçesi Fındıklı'nın Çağlayan köyü otantik Karadeniz köyünü yaşatıyor • Hilmi Hacaloğlu yazdı.



REKLAM İNDEKSİ (Alfabetik sırayla)

AKTİF DIŞ TİCARET	77	DROGSAN İLAÇ	29	İVOCLAR-VIVADENT	91	ÖNCÜ DENTAL	21
BENLİOĞLU	43-47-51	EREN DIŞ DEPOSU	69	İPANA-ORAL B	05-07	SELİS DENTAL	27
COREGA	31	ESTİ	75	KAVO	87	SENSODYNE	03
CORSODYL	109	GC	67	KURARAY DENTAL	37	SIGNAL	Arka kapak
DENTAL MARKET	Ön kapak içi	GÜLOĞUZ DIŞ DEPOSU	58-59	LİDER DIŞ	15-33-71-119	SÖNMEZ MEDİKAL	Arka kapak içi
DENTANET	55-115	GÜLSA	103	MANNAS DIŞ DEPOSU	23-24-25	SUNRAY	65
DENTORAL	41	GÜNEY DENTAL	17-117	MAY DENTAL	73	TRIADENT	35
DİMSAN.....	10-105	GÜNEY DIŞ	99	NAS DIŞ DEPOSU	78-79	3M ESPE	95
		HİTİT TIP	06	NEMA SAĞLIK.....	113	VEM İLAÇ	19-57
		ICOI KONGRESİ	63	ONUR DIŞ DEPOSU	83	VOCO	04



İnadına kutluyoruz

Prof. Dr. Murat Akkaya | TDB Genel Başkanı

Yüz yılı aşan bilimsel geçmişimize, ülkenin ihtiyacından fazla dişhekimleri varken kontenjanı artırılmış 24 dişhekimliği fakültesi olmasına, meslek örgütümüz ve akademisyenlerimizin dünyada saygın bir yeri olmasına, bilimsel raporların gösterdiği ihtiyaçlar doğrultusunda halkın ve dişhekimlerinin sorunlarını gidermek üzere hazırlanmış birçok rapor olmasına, vatandaşın ve dişhekimlerinin çözüme şiddetle ihtiyaçları olmasına rağmen;

hala ağız ve diş sağlığı kavramını yok sayan, mevcut sorunlar için çözüm üretmeyen ve üretilen çözümleri de görmeyen, ağız diş sağlığıyla ilgili doğru politikalar üretmeden temel taşlarla oynayan, yatırımları yerinde ve verimli kullanmayan ama özelden hizmet almamak için ekonomik bahaneler uyduran, işsiz, mutsuz dişhekimleri sayısını arttırmaya çalışan, özlük haklarını kısan, haklı isteklerini iletmek üzere 4 Kasım'da Ankara'ya gelen yönetici ve meslektaşlarımızı görmeyen, duymayan, konuşmayı yok sayanlara rağmen;

sonuç alana dek yeni projeler üreteceğiz, koruyucu programları destekleyeceğiz, uluslararası saygınlığımızı daha da arttıracacağız, vatandaşın ağız diş sağlığı hizmetlerinden daha kolay ve daha çok yararlanabilmesi için, tüm olumsuzlukların giderilmesi için çalışacağız.

Mesleğimiz için emek verenleri, mesleğimize gönül verenleri, bu mesleği seçenleri kutlayacağız.

İnadına 101. yılımızı kutlayacağız.

22 Kasımınız kutlu olsun.



Hükümeti uyardık

Hükümetin bir yıldır hazırlıkları süren serbest çalışan dişhekimlerinden hizmet alımı projesini durdurması, uzmanlık sorununda TDB'ye verdiği sözün tersini yapması gibi son dönemde yoğunlaşan tavırları 4 Kasım günü yüzlerce meslektaşımızın katıldığı bir eylemle protesto edildi. Sadece dişhekimleri odalarının yöneticilerine katılım çağrısı yapılan uyarı eyleminde Başbakanlık ve Sağlık Bakanlığı'na yürüdü.

Hükümetin peşpeşe gelen yanlış adımlarını protesto etmek ve uyarıda bulunmak amacıyla 4 Kasım günü Ankara'ya gelen yüzlerce dişhekimisi Türk Dişhekimleri Birliği'nin organize ettiği eylemde buluştu.

Eylem hazırlıkları

2-3 Ekim 2009 tarihlerinde Trabzon'da yapılan TDB Başkanlar Konseyi toplantısında hükümetin olumsuz tavrı ele alınmış ve bu tavra karşı Oda başkanlarının da katkıları alınarak bir eylem planı hazırlanmıştı.

Bu eylemlerden biri de Ankara'da, TDB Merkez Yönetim Kurulu ve Merkez De-

netleme Kurulu üyelerinin Oda başkan ve yöneticileriyle birlikte Bakanlıklara yürümesi şeklindeydi. Buralarda basın açıklaması yapılması, siyah çelenk kon-

ması ve muayenehane anahtarlarının bırakılması düşünülmüştü.

Merkez Yönetim Kurulu adına Nebil Seyfettin'in koordine ettiği eylemin Sağlık Bakanlığı'na yönelik olarak ve 4 Kasım 2009 günü yapılmasının planlandı ve bu görüş Odalarla da paylaşılarak onayları alındı. Ardından da TDB web sitesinde yayımlanarak duyuruldu ve eylemin teknik hazırlıklarına başlandı.

2005 yılında sahte dişhekimlerine verilecek cezaların düşürülmesine yönelik girişimlere karşı konunun muhatabı olması açısından TBMM'ye yürünmüş



Zaman zaman sertleşen hava şartları altında meslektaşlarımız hükümeti teşhir eden dövizler taşıyıp sloganlar attılar.

ve orada bazı girişimlerde bulunulmuştu. Burada da sorunun öncelikli muhatapları olarak Başbakanlığa ve sonrasında da Sağlık Bakanlığına yürünmesi kararlaştırıldı.

Yapılacak basın açıklamaları, pankart, afiş ve dövizlerde kullanılacak ifadeler özenle ve uzun uzadıya düşünülerek belirlendi. Eylem tarihi TDB web sayfasında yayımlandıktan sonra birçok bölgeden meslektaşlarımız TDB'yi arayarak eyleme katılmak istediklerini ilettiler. Bu talepler üzerine Oda yöneticilerinin yanı sıra, katılmak isteyen meslektaşlarımızın da eylemde yer alabileceği kararlaştırıldı.

Eylem günü Ankara'ya gidecek meslektaşların güvenliklerinin sağlanması, transferleri, kahvaltı ve öğlen yemeklerine kadar tüm detaylar planlandı. 4 Kasım günü sabahın erken saatlerinden itibaren Türkiye'nin tüm bölgelerinden gelen Oda yöneticileri ve üyeleri karşılandı, kapalı mekanlarda ağırlanmaya başlandı.

İlk hedef Başbakanlık

Merkez Yönetim Kurulu yürüyüşten yarım saat önce Oda başkanlarıyla bir toplantı yaparak eylemin detayları hakkında bilgi verdi.

Saat 11.00 de Türk Dişhekimleri Birliği'nin Kolej'deki merkez binası önünde toplanan yüzlerce dişhekimleri buradan TDB Merkez Yönetim Kurulu üyelerinin öncülüğünde Başbakanlık binasına doğru yürümeye başladı. Ankara polislerinin güvenlik önlemleri arasında uzunca bir güzergah boyunca yürüten kitlenin içerisinde Adıyaman Milletvekili dişhekimisi Şevket Köse de bulunuyordu. Sabah saatlerinden itibaren başlayan yağmur ve zaman zaman şiddetini artıran rüzgar dişhekimlerinin işini zorlaştırsa da TDB'nin dağıttığı naylon yağmurluklar yağmura karşı pratik bir önlem oldu.

'Sağlık Hizmetine Erişimi Engelleme-
yin', 'Meslek Birlikleri Olmadan Demok-
rasi Olmaz', 'Hekim Seçme Özgürlüğünü
Kısıtlama', 'Dişine ve Hekimine Sahip >



Yağmur altında sloganlarla Kızılay'ı geçen yüzlerce dişhekimine zaman zaman çevredekiler de alkışlarla destek oldular.



Saatler 11:00'i gösterdiğinde TDB'nin öncülük ettiği dişhekimleri yola koyuldular. Pankartları, dövizleri ve bir örnek yağmurluklarıyla Ankara sokaklarını çınlattılar.



Başlangıçta sadece yöneticilerin katılması düşünülen eylem, üye meslektaşlarımızın da katılımıyla iyiden iyiye kalabalıklaştı.

Çık', 'Ağız ve Diş Sağlığı Ertelenemez' ve 'Dişhekimliğinde Uzmanlık Dalları, TDB'nin Görüşleri Dikkate Alınarak ve Ülkenin İhtiyacına Göre Belirlenmelidir' yazılı döviz ve pankartlar eşliğinde yürüyen dişhekimleri, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin görmezden gelinmesini kabul etmeyeceklerini sloganlar eşliğinde dile getirdiler.

Akkaya: Hükümet tercihini sosyal devletten yana yapmadı

Başbakanlık binası önünde basın mensuplarına ve dişhekimlerine hitap eden TDB Genel Başkanı Prof.Dr. Murat Akkaya, Başbakan Tayyip Erdoğan'la geçtiğimiz yıl yapılan görüşmede "muayenehaneler de ülkemizin kaynaklarıdır, yararlanılması gerekir" ve "vatandaşın ayağına hizmet götürülmesi bizim hizmet anlayışımızla örtüşmektedir" gibi değerlendirmeler yapmasının ardından hizmet alımıyla ilgili ortak çalışmaların başladığını hatırlattı. Bir yıl süren çabaların ardından ekonomik gerekçeler gösterilerek bu projenin hayata geçirilemeyeceğinin ifade edildiğini aktaran Akkaya "Harcanan bunca emek, zaman ve paranın boşa gitmiş olması bir yana, devlette devamlılık ilkesinin bu kadar kolay gözden çıkarılabilmesini anlamak mümkün olmamıştır. Teklif ettiğimiz proje; hem halkın ihtiyaçlarını karşılayacak, hem yarı kapasite ile çalışan dişhekimleri muayenehanelerini ülkemizin hizmetine sunacak, hem de kamu maliyesini sıkıntıya düşürmeyecek bir yapıda hazırlanmıştı" dedi. TDB Genel Başkanı Akkaya, Hükümetin ekonomik sebepleri bahane ederek hizmet alımından vazgeçmiş olmasının kendilerine inandırıcı gelmediğini, AKP iktidarının tercihini sosyal devletten yana kullanmadığını belirtti. Akkaya sözlerini "sosyal devlet kavramı bu topraklar üzerinde yaşayan herkes için yaşamsaldır, yalnız kelime olarak kalmayıp ete kemiğe bürünmelidir" şeklinde tamamladı. Akkaya'nın sözleri sık sık "Sağlık haktır, engellenemez" sloganlarıyla kesildi.

Başbakanlık'tan sonra sıra Sağlık Bakanlığı'nda

Akkaya'nın açıklamanın ardından bu kez Sağlık Bakanlığı'na doğru yürüyüşe ge-

Meslektaşlarımız eylemi değerlendirdi



Burak Yandımatata (**Ankara**):

'Meslek örgütümüze danışılmalı'

Kamuda olsun muayenehanelerde olsun, yaşadıkları sıkıntılara karşı duyarlılıklarını göstermek için böyle yağmurlu bir günde, yurdun dört bir yanından Ankara'ya gelen meslektaşlarımızın haklı taleplerinin hükümet tarafından dikkate alınmasını diliyorum.

Toplumumuzun ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi için, sağlık harcamaları içinde başta koruyucu dişhekimliği hizmetlerinin daha fazla yer alması, özellikle de kamunun muayenehanelerden hizmet alması gerektiğini düşünüyorum. Hükümetin, mesleğimizi ilgilendiren sıkıntıların çözümünde, bütün gelişmiş ülkelerde olduğu ve olması gerektiği gibi, meslek örgütümüzle işbirliği içinde bilgilerek ve birliğimizle dayanışarak hareket etmesini diliyorum.

Erdinç Ergun (**Çanakkale**):

'Hükümet aklını başına alsın'

Eylem tabii ki gayet iyiydi. Katılım biraz daha kalabalık olabilirdi ama bu bir uyarı eylemiydi ve bu şekilde oldukça ses getirdi bence. En azından şu anki hükümeti aklını başına alması gerektiği noktasında uyarılmıştır diye düşünüyorum. Eylemlerimiz bunun belirtilerini görene kadar devam etmeli.



Didem Kander (**Ankara**):

'Meslektaşlarımızın daha fazla destek vermesi gerekiyor'

Daha geniş bir katılımı yapılması daha iyi olurdu. Sonuç almak için belki daha sık yapmamız gerekir bu tür eylemleri. Muayenehanelerden hizmet alımı konusunda bu tarz yürüyüşler dışında Odaların da TDB'nin de çok çalışması lazım. Ama meslektaşlarımızın bu konuda meslek örgütüne desteğini de çok yetersiz buluyorum.



Suphi Soğancı (**Konya**):

'Hizmet alımının engellenmesi hükümetin çelişkisi'

Konya Dişhekimleri Odası Disiplin Kurul Başkanlığım. Bütün şehirlerdeki mevcut olan Odalar TDB'ye destek olmak amacıyla bugün burada bulunuyoruz. Herkesin bildiği gibi ağız ve diş sağlığı genel sağlığın aynasıdır. Genel sağlıkta hizmet alımı özel kuruluşlara kaydırılırken ağız ve diş sağlığında özelden hizmet alımının engellenmesi çelişkili bir durum. Bunun yanlış olduğunu ifade etmek için gerek Başbakanlık önünde gerekse Sağlık Bakanlığı önünde ilgili ve yetkililerin dikkatini çekmeye çalıştık. Bunun dikkate alınacağı ümidini taşıyoruz.



Katılımın bu aşamada bir uyarı eylemi için yeterli olduğunu düşünüyoruz ama taleplerimize cevap verilmeyecek olunursa Türkiye genelinde o katılımın binlerce dişhekimine ulaşması mümkün.

çildi. Güzergah boyunca zaman zaman halktan da alkışlı destekler geldi. Sağlık Bakanlığı binasının önünde yapılmak istenen açıklamaya polis tarafından izin verilmemesi üzerine kısa süreli bir gerginlik yaşandı. TDB yöneticilerinin girişimleri sonucu polis barikatı kaldırıldı ve Bakanlık binası önünde bu kez Sağlık Bakanlığı'na yönelik tepkiler dile getirildi. TDB Genel Başkanı Prof.Dr. Murat Akkaya buradaki açıklamasında da sorunların muhataplarıyla çözülmesinin demokrasinin temel kavramlarından biri olduğunu hatırlatarak Sağlık Bakanı Recep Akdağ'a dişhekimliği camiasını rahatsız eden icraatlarıyla ilgili şu soruları yöneltti:

- > Türk Dişhekimleri Birliği Asgari Muayene ve Tedavi Ücret Tarifesi'ni 2007 yılından bu yana onaylamayarak, dişhekimlerinin emeklerinin çalınmasına neden göz yumdunuz?
- > Dişhekimliğinde uzmanlık konusunda, Türk Dişhekimleri Birliği'nin bilimsel kuruluşlar ile birlikte çalışmalar yapması için verdiğiniz sözünüzde neden durmadınız?
- > Ağız Diş Sağlığı Merkezleri'ne (ADSM) atamaları kadrolu değil de, 4/B'ye göre yaparak meslektaşlarımızı köleleştirmeye neden devam ediyorsunuz?
- > Fakülte sayısının, kontenjanlarının ve işsiz dişhekimleri sayısının artırılması yerine neden mevcut dişhekimlerinin ve yaptıkları yatırımların verimli kullanılması politikalarını benimsemiyorsunuz?

Muayenehane anahtarları Sağlık Bakanı'na

Akkaya'nın konuşmasının ardından gündemdeki H1N1 aşı tartışmasına gönderme yapacak şekilde üzerinde 'demokrasi aşısı' yazan dev bir aşı maketi "tüm dünyada denenmiştir, hiçbir yan etkisi yoktur" denilerek Bakanlığın kapısına bırakıldı. Yürüyüşe katılan dişhekimleri muayenehanelerinin kapanacak duruma gelmesini protesto amacıyla muayenehanelerinin anahtarlarını da Bakanlığın kapısına bıraktılar. Yine her Oda bölgesi adına hazırlanan anahtar maketleri de Bakanlığın önüne bırakılarak eylem tamamlandı.

Meslektaşlarımız eylemi değerlendirdi



Miyase Denizeri (**Ankara**):

'Birlik içinde olmalıyız'

Dişhekimleri birlik içinde olmalı. Eğer birbirimize destek olur ve birlik içinde olursak dişhekimliğini daha iyi bir noktaya taşıyabiliriz diye düşünüyorum. Öncelikle biz hekimlerin birbirimizi anlamamız ve kendimizi de çok iyi ifade etmemiz gerekiyor gerekli mercilere.

Eyleme katılımı yetersiz buldum. Gerçi genel bir çağrı yapılmamıştı ama yine de en azından Ankara'daki dişhekimlerinin daha ilgili olması beklerdim. Hepimiz şikayet ediyoruz ama bir arada olalım dediğimiz zaman çok az katılım oluyor. Eğer bir gelecek varsa bu meslekte hepimize bir gelecek var; bir kişiye on kişiye değil. Mesleğimizin hakettiği yerde olması için hep beraber olmamız gerekiyor.

Sevgi Hüşan (**Çanakkale**):

'Kamuda çalışan meslektaşlarımızı da katmalıyız'

Bize yakışır bir eylem oldu; efendice, gayet disiplinli oldu; Binşallah arkası gelir. Sesimize kulak vermezlerse demokrasi çerçevesinde yine tepkimizi gösteririz. Bu eylemler gerekli ama etkili eylem Kamuda çalışan arkadaşların da bizimle birlikte iş bırakmaları olur. Halkın sorunu daha iyi kavraması için birkaç günlük bir iş durdurma eylemi çok etkili olacaktır.



Birant Şimşek (**İzmir**):

'Sesimizi duyacaklar'

Yeni mezunum, henüz muayenehane açmadım. Askerden dönünce açmayı planlıyorum. Eylem gayet iyiydi bence. İlerleyen günlerde dişhekimlerini daha fazla dikkate alacaklarını düşünüyorum; sesimizi duyacaklar. Bence de etkili eylem Kamudakilerle birlikte yapılacak bir iş bırakma eylemi olur. Şu anda birçok dişhekimleri muayenehanelerini kapatacak duruma geldi. Kamudaki koşullar nedeniyle hastalar o kadar

iyi tedavi göremiyorlar. Tekrarlanan tedavilere bir yığın masraf yapıyor. Bütün bunların çözümü devletin muayenehanelerden hizmet satın alması.

Alaettin Hayzaran (**Hatay**):

'Eylem amacına ulaştı'

Eyilem bence amacına ulaştı. Zaten büyük çapta katılım istemiyordu Birlik. O nedenle bilgilendirme çalışmalarını da kısa tuttu ve sonuçta iyi bir eylem oldu. Burada amaç bir mesaj vermektir ve bence bu mesaj yerine ulaştı. Bu nedenle başarılı bir toplantı olarak görüyorum.

Ben bu süreçte TDB'ye yapılan bazı eleştirileri pek haklı bulmuyorum. Birlik'in bu konuda yeterince çaba sarfetmediği şeklinde bir takım söylemler var. Ben bunlara katılmıyorum; Birlik'in geçmiş yönetimi de şimdiki yönetimi de bence elinden gelen en iyi çabayı gösterdi. Bundan daha fazla ne yapılabilirdi, bilemiyorum. Alınan karar tamamıyla politik bir karar. Ağız diş sağlığı hizmetlerinin dışarıdan alımından vazgeçilmesi politik bir tercih. Dolayısıyla bence Birlik üzerine düşen görevi yapmıştır.



Yine düştük yollara...



Son hazırlıklar da tamam...



Yan etkisi olmayan demokrasi aşısından da kaçır mı acaba Başbakan?



Beyaz yağmurluklar bize, biz Ankara sokaklarına çok yakıştı.



Yüzlerle geldik, binlerle de gelebiliriz!



Eylemin koordinatörü TDB MYK üyesi Nebil Seyfettin gür sesiyle basın mensuplarına eylemin gerekçesini anlatıyor.



Adıyaman milletvekili meslektaşımız Şevket Köse (soldan ikinci) de yanımızdaydı.



Sağlık Bakanlığı önündeki polis barikadı görüşmeler sonucu açıldı.



Eylemin sonunda meslektaşlarımızı muayenehane anahtarlarını Sağlık Bakanlığı'nın önüne bıraktılar.

Adıyaman Milletvekili meslektaşımız Şevket Köse: 'Hizmet alımı sosyal devletin bir gereğidir'

Adıyaman CHP Milletvekili meslektaşımız Şevket Köse, Toplum Ağız Diş Sağlığı Haftası dolayısıyla 16 ve 17 Kasım 2009 tarihlerinde TBMM Genel Kurulu'nda Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu bütçelerinin görüşülmesi sırasında gündem dışı söz alarak halkın ağız ve diş sağlığını sağlamada Kamunun yetersizliğini gidermek için devletin, muayenahanelerden ve serbest dişhekimlerinden hizmet alması gerektiğini ifade etti.

Ağız diş sağlığına farklı yaklaşım neden?

Köse konuşmasında şu noktalara değindi:

"... nasıl ki bir kalp hastası ya da diğer hastalar özel hastanelerden hizmet alabiliyorsa aynı yöntemlerle ağız ve diş hastaları da gidip serbest dişhekimlerinden hizmet alabilmelidir. Başka bir deyişle işçi, memur, Bağ-Kur'lu ve bunların emeklileri ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler istedikler takdirde kalp hastaları örne-



ğindeki gibi rahatlıkla gidip serbest dişhekimlerinden hizmet alabilmelidirler. İşte hizmet alımı budur. Hizmet alımı, halkın ağız ve diş sağlığını sağlayabilmek için sosyal devletin bir gereğidir. Bu bir an önce sağlanmalıdır."

Türkiye'de giderek artan işsizliğin dişhekimlerini de etkilediğini hatırlatan Köse, '... geçtiğimiz haftalarda Adana'da meslektaşlarım işsizlikten dolayı koltuklarını yaktılar. Bu olay beni rahatsız ettiği kadar, eminim sizleri de etmiştir. Bu üzücü bir durumdur. Dişhekimleri bu duruma mı düşecekti' dedi.

'TDB yasa Türkiye Dişhekimleri Birliği'ne danışılmadan değiştirilemez'

Adıyaman Milletvekili Şevket Köse ayrıca, 3224 Sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanununun delege sistemine yönelik, meslek kuruluşlarımızın görüşü alınmadan hazırlanarak TBMM'ne sunulan Kanun değişiklik taslağı ile ilgili de eleştiride bulundu.

Köse; 'Son günlerde dişhekimleri arasında konuşulan bir başka konu ise Türk Dişhekimleri Birliği'nin seçim sistemine ilişkindir. Duyduğumuza göre, yeni bir yasa değişikliği ile Türk Dişhekimleri Birliği'nin delege sisteminde ve seçim sisteminde kimi değişiklikler yapılacaktı. Bu konuda Türk Dişhekimleri Birliği'nden herhangi bir görüş alınmamıştır. Demokratik bir toplumun gereği olarak, yasal bir değişiklik söz konusu olduğunda, değişiklikten etkilenen kesimlerle görüş alışverişinde bulunmak gerekir. Bundan dolayı, böyle bir değişiklik yapılacaksa mutlaka Türk Dişhekimleri Birliği'nin görüşleri alınmalıdır.' dedi.

TDB Öğrenci Kolu 4.Genel Kurulu

Türk Dişhekimleri Birliği Öğrenci Kolu 4. Olağan Genel Kurulu, 31 Ekim 2009 tarihinde Ankara'da TDB Merkezinde yapıldı. Tüm Türkiye genelinden 28 dişhekimliği öğrencisinin katılımıyla gerçekleşen TDB Öğrenci Kolu 4. Olağan Genel Kurulu'nda 4 Kasım 2009 günü Türk Dişhekimleri Birliği'nin yapacağı eyleme katılım ve Öğrenci Kolu'nun yapabileceği eylemler de ele alındı.

TDB Öğrenci Kolu'nun bu yıl dördüncüsünü yapacağı Ulusal Öğrenci Kongresi ve yerel öğrenci kollarının kuruluşu da Genel Kurul'da ele alındı.

Öğrenci Kolu'na ait bir web sitesi kurulmasının da görüldüğü Genel Kurul'da yapılan seçim sonucu yeni Merkez Yöne-



tim kurulu da belirlendi.

Belirlenen TDB Öğrenci Kolu Merkez Yönetim Kurulu ilk toplantısını aynı gün yaparak, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Öğrencisi İbrahim Doğan'ı Başkanlığı seçti.

Yeni Yönetim Kurulu'nda Ege

Ü.D.F.'den Ali Kurt Başkan Vekili, Gazi Ü.D.F.'den Kevser Solak Genel Sekreter, Selçuk Ü.D.F.'den Ongun Çelikel Sayman, Yeditepe Ü.D.F.'den Meltem Mutlu 'Neo', Hacettepe Ü.D.F.'den Sera Akkaya üye ve Başkent Ü.D.F.'den Berk Çelikel üye olarak görev aldılar.

17 sağlık örgütünün ortak açıklaması:

'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın mağduru olmak istemiyoruz'

Onyedi sağlık ve sosyal hizmet çalışanı örgütü biraraya gelerek sağlık alanında yaşanan olumsuzluklara ilişkin saptamaları ve talepleri içeren ortak bir açıklama yaptı. 27 Ekim 2009 günü TTB binasında düzenlenen basın toplantısında, "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın mağduru olmak istemiyoruz. Sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı istiyoruz" denildi.



'İnsanca çalışmak, insanca yaşamak istiyoruz'

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası, Sağlık Hizmetleri Sınıfı Çalışanları Derneği, Sağlık Memurları Derneği, Sağlık Teknisyen Ve Teknikerleri Derneği, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanlarının Sözü Sendikası, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Tıbbi Laboratuvar Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği, Tüm Radyoloji Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği, Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği, Türk Psikologlar Derneği, Türkiye Biyologlar Derneği, Türkiye Diyetisyenler Derneği, Türkiye Fizyoterapistler Derneği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği ve Türk Tabipleri Birliği'nden oluşan örgütler adına ortak açıklamayı TTB Genel Sekreteri Dr. Eriş Bilaloğlu yaptı.

Açıklamada sağlık çalışanlarının talepleri şöyle sıralandı:

- > Sağlık çalışanı olarak bizler, 4/a, 4/b, 4/c, 4924, sözleşmeli, taşeron, vekil vb. statülerde adaletsiz ve güvencesiz ücret ile çalışmak istemiyoruz. Emekliliğe dahi yansımayan, iş barışımızı tehdit eden döner sermaye uygulamasına mahkûm edilmek istemiyoruz.
- > İş güvencesi istiyoruz!
- > Tüm sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanmasını

- > Her meslek grubuna öz denetimini sağlama imkânı verilmesini
- > Emeğimizin karşılığı olan kalıcı ve güvenceli, yaşamımızı insanca sürdürebileceğimiz ücret ve özlük hakları istiyoruz.
- > Sağlık hizmetini üreten sağlık çalışanları olarak, fazla iş yükü ile yıpranmak, radyasyonla çalışan sağlık mensuplarını mağdur eden 25 saatten 35 saate çıkarılan mesai saatlerindeki artışlar, bulaşıcı hastalıklar ve benzeri nedenlerle sağlığımızı ve hayatımızı kaybetmek istemiyoruz.
- > Toplumun hakkaniyet ilkeleri doğrultusunda, ihtiyacı olduğu zamanda ihtiyacı olduğu kadar nitelikli, eşit, ücretsiz, yaygın ve ulaşılabilir sağlık hizmeti almasını istiyoruz
- > Sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı istiyoruz!
- > Topluma eşit, ücretsiz, nitelikli sağlık hizmeti sunmak istiyoruz!
- > Biz, sağlık ve sosyal hizmet çalışanları örgütleri olarak; insanca çalışmak, insanca yaşamak istiyoruz!

'Sağlık çalışanı risk altında'

Basın açıklamasının okunmasının ardından, Bilaloğlu, H1N1 virüsü nedeniyle toplumda ciddi bir endişe yaşandığını da değinerek, "Herkesin bildiği birşey var ki, öncelikli risk gruplarının başında sağlık çalışanları geliyor. Ancak korunmak için birinci koşul aşı değil. Esas olarak

sağlık çalışanları için -toplumun tüm kesimleri için olması gerektiği gibi- koruyucu hizmetler kapsamındaki önlemlerin alınması gerekmektedir. Bunlar da; iyi ve dengeli beslenme, iyi bir konutta yaşama, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı, insanca yaşayacak ücret ve korunabilir bir ortamda bulunma gibi önlemlerdir" diye konuştu.

'İşyeri sağlık birimleri kurulmalı'

Türkiye'de H1N1 nedeniyle ölen kişinin taşeron bir sağlık çalışanı olduğunu anımsatan Bilaloğlu, uzun süredir talep ettikleri "işyeri sağlık birimleri" eğer kurulmuş olsaydı, sonucun farklı olabileceğine dikkat çekti. Bilaloğlu, "İşyeri sağlık birimleri kurulmuş olsa, bu işçinin önceki sağlık ya da hastalık durumu bilinecek, önlemler ona göre alınabilecekti. Durumu bilinse belki sonuç farklı olabilirdi" dedi.

'Çalışanlar hasta halde işe gitmek zorunda kalıyor'

Sağlık çalışanlarının performans ödemelerinde kesinti olmaması için hasta oldukları halde bile işyerine gitme eğiliminde olduklarına da işaret eden Eriş Bilaloğlu, bu eğilimin H1N1 ile ilgili süreçte de devam edeceğini, hasta olsa bile sağlık çalışanlarının işyerine gitmeye devam edeceklerini kaydetti. Bilaloğlu, "Sağlık Bakanlığı, hasta ve izinli oldukları günlerde sağlık çalışanlarının performans ödemelerinden kesinti yapılmayacağını derhal duyurmalıdır" çağrısında bulundu. Uzun süre çalışmanın, uykusuzluğun, aşırı yorgunluğun vücut direncini düşüreceğini belirten Bilaloğlu, sağlık çalışanlarına fazla mesai verilmemesi, aşırı yorulmaların önlenmesi, çalışanların sağlıklı ve dengeli beslenmesi için gereğinin yapılması taleplerinde bulundu. <

Samsun'da Hükümetin tavrına tepki büyük

Samsun Dişhekimleri Odası yetkilileri Hükümetin son geri adımı üzerine bilgilendirdikleri üyelerinden büyük bir destek aldıklarını ifade ediyor.

Samsun Dişhekimleri Odası Kamunun muayenehanelerden hizmet almasının gerçekleşmeyeceği haberinin duyulmasının ardından yaptığı ve TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Abdullah İlker'in de katıldığı bir toplantıyla konuyu değerlendirdi. Toplantıdan çıkan ortak ses "ortada hasta ve hekim mağduriyetinin var olduğu, insanların kandırıldığı ve buna karşı sesimizi duyurmamız gerektiği" idi.

Üyelerden yoğun destek geldi

Oda üyelerine 15 Eylül'de eylem sürecine girildiğinin kısa mesaj olarak bildirilmesinin ardından dişhekimleri yoğun telefonlarla Odaya desteklerini bildirdiler. Uzun ve zahmetli çalışmaların, beklenen olumlu haberlerin nasıl bir anda önünün kesildiğine anlam veremediklerini dile getiren meslektaşlarımız, halkın bir an önce bilgilendirilmesi gerektiğini belirttiler ve konuyla ilgili ne gerekiyorsa yapılmalı diyerek eylem sürecine destek vereceklerini dile getirdiler.

15 Eylül 2009 günü yapılan basın açıklamasında Oda Başkanı Suat Semiz, yetkililerin sağlığın en temel insan hakkı ve ağız-diş sağlığının da genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğunu unuttuklarını ve yıllardır devam eden ağız-diş sağlığının görmezden gelinmesi politikasının devam ettiğini ifade etti.



15 Eylül günü yapılan basın açıklamasıyla Hükümetin tutumu kınandı

Samsun Dişhekimleri Odası bu süreçte bölgede yayımlanan iki yerel gazetede, içinde bulunulan durumu özetleyen, hastaların mağdur duruma düştüğünü ve hasta haklarının hiçe sayıldığını, bir yıldır süregelen özelden hizmet satın alma çalışmalarının boşa çıktığını belirten tam sayfa ilanlar verdi. Ayrıca Şeker Bayramı süresince dört gün boyunca hastaların durumdan haberdar olabilmesi ve tedavilerini bu beklentiyle daha fazla ertelememeleri adına şehir merkezinde yer alan dev LCD ekrana 24 saat boyunca, 10 dakika aralıklarla yayınlanacak olan mesajlar verildi.

Eyleme toplu katılım

4 Kasım günü Ankara'da yapılan eyleme Samsun Dişhekimleri Odası üyele-

rinin katılım arzusu üzerine, bir otobüs tutarak 30 üyeye birlikte katıldı. Eylem öncesi ve sonrasında yaşanan coşku dönüş yolunda eyleme medyanın yer vermediğinin görülmesiyle birlikte üzüntü ve kızgınlığa bıraktı. Medyanın bu tavrı meslektaşlarımızın zihinlerinde soru işaretlerine yol açtı.

Oda 22 Kasım Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Haftası'nı da zengin bir bilimsel program ve okullarda ağız diş sağlığı eğitimi çalışmalarıyla kutlayacak.



Samsun'dan toplu olarak 4 Kasım eylemine katılmaya gelen meslektaşlarımızın bir kısmı eylem sonrasında...



tıklayın
www.tdb.org.tr

Eskişehir'de Hükümete basın açıklamasıyla protesto

Eskişehir Dişhekimleri Odası 15 Eylül 2009 tarihinde bir basın açıklamasıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Ömer Dinçer'in ağız diş sağlığı hizmetlerini dışarıdan alamayacaklarına ilişkin açıklamasını protesto etti.

Eskişehir Tabip Odası Başkanı Muharrem Şenel ile Eskişehir Eczacı Odası Başkanı Yücel Yenilmez'in de katıldığı basın açıklamasında Eskişehir Dişhekimleri Odası Başkanı Metin Aktan Hükümetin yerel seçimler öncesinde muayenehanelerden hizmet alımının halka ağız diş sağlığı hizmetinin sunumu açısından uygun olduğunu ifade ettiğini ve bu doğrultuda çalışmaların belli bir aşamaya geldiğini hatırlatarak bu çalışmaların dişhekimleri ve vatandaşlar için bir umut doğurduğunu ve şu anda büyük bir hayalkırıklığı yaşadığını ifade etti.

Aktan sözlerini şöyle sürdürdü: "Hükümet yetkilileri en geç Eylül ayında hiz-



met alımının başlayacağını belirtmişlerdi. Bunun üzerine birçok hasta tedavilerini erteledi. Seçimin ardından Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı ve ilgili bürokratların değişmesiyle hizmet alımına ilişkin çalışmalar sekteye uğradı."

Bugüne kadar uygulanan yanlış poli-

tikalarla ağız diş sağlığı göstergelerinin gelişmiş ülkelerinin çok gerisinde kaldığını aktararak halkın ağız diş sağlığı hizmetlerine ulaşmasının kolaylaştırılması gerektiğini, bunun yolunun da muayenehanelerden hizmet alımından geçtiğini söyledi.

Konya, yoğun bir dönem geçirdi

Kamunun serbest çalışan dişhekimlerinden hizmet alma projesinin Hükümet tarafından durdurulduğu haberleri üzerine Konya Dişhekimleri Odası Başkanı Tayyip Turhan Ekinalan 15 Eylül günü bir basın açıklamasıyla yapılan açıklamayı protesto etti. Oda binasında gerçekleştirilen basın toplantısında Oda Yönetim Kurulu da hazır bulundu. Yerel basın mensuplarının süreçle ilgili olarak bilgilendirildiği basın açıklamasında dişhekimlerinin sıkıntıları ve talepleri bir kez daha dile getirildi.

Oda Başkanı Ekinalan 28 Eylül 2009



günü de Konya yerel medya kuruluşu Kontv'de Hanımeli isimli canlı yayın programına katılarak özelden hizmet alınması çalışmalarının durdurulmasıyla

ilgili olarak bugüne kadar olan süreci anlattı ve Odaların ve TDB'nin önerilerini dile getirdi.

Konya Dişhekimleri Odası 17-18 Ekim tarihlerinde de bir implantoloji semineri düzenledi. Dede-man Otel'de gerçekleştirilen ve Oda üyesi meslektaşlarımızın oldukça ilgi gösterdiği seminerde implant planlaması, implant cerrahisinde başarı, hasta seçimi, implantta oklüzyon gibi konular Gazi Ü.D.F.'den Prof.Dr. Hişam Demirköprülü ve Ege Ü.D.F.'den Doç.Dr. Fatih Arıkan tarafından anlatıldı.

Hepatit B aşısı oldunuz mu?

Ağız sağlığının hal-i pür melali Hükümete gönderildi

Kayseri Dişhekimleri Odası kent merkezinde bir ağız diş sağlığı taraması yaparak sonuçları bir basın açıklamasıyla yetkililere gönderdi.

Kayseri Dişhekimleri Odası SGK'nın 7 Eylül 2009 tarihli genelgesinin ve Maliye Bakanlığı'nın hak sahiplerinin dışarıya sevkini engelleyen tebliğinin iptali ve yürütmelerinin durdurulması istemiyle 7 Ekim 2009 günü Danıştay'da dava açtı. Sabah saatlerinde Oda avukatı tarafından hazırlanan dava dilekçesi, Kayseri İdare Mahkemesine basın açıklaması eşliğinde sunuldu.

Oda yetkilileri ve aktivistleri aynı gün boyunca Kayseri kent merkezinde topluma yönelik çeşitli çalışmalar yaptılar. Mahkeme başvurusundan sonra Yoğunburç Güven Otoparkı üzerinde kurulan çadırlarda vatandaşlara günboyu ücretsiz ağız ve diş sağlığı taraması yapıldı. Kampanyaya katılan vatandaşlara tarama sonrasında kendinden macunlu diş fırçası hediye edildi.

Akşama doğru tarama sonuçları derlenerek Oda Başkanı Umut Kural tarafından bir basın açıklaması yapıldı. Daha sonra tarama sonuçları Başbakan, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Maliye



Bakanı, Sağlık Bakanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı'na posta yoluyla gönderildi.

41 gönüllü dişhekiminin katılımıyla gerçekleştirilen ağız ve diş sağlığı taramasında toplam 423 kişi ağız ve diş sağlığı muayenesinden geçirildi. 258'i SGK'lı, 15'i memur, 50'si Yeşil Kartlı ve 97'si hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayan vatandaşların 239'u tedaviyi öteleme nedeni olarak maddi yetersizliği gösterirken 11'i Kamu hastanelerindeki hizmet



tin kaliteli olmamasını, 169'u ise Kamu hastanelerinde sıranın çok fazla olmasını gösterdi.

Muayene edilen vatandaşların ağız ve diş sağlığı sorunları tespitinde 423 kişide eksik diş sayısı 1533 olarak belirlendi. Oransal olarak da % 99.52'sinin acil diş tedavi gereksinimi olduğu görüldü.

Bakanın açıklamasına Çanakkale'den de tepki geldi

Hizmet alımı projesinin Hükümetin olumsuz tavrıyla durdurulması üzerine Çanakkale Dişhekimleri Odası bir basın açıklamasıyla Hükümetin tavrını teşhir etti.

Oda Başkanı Aşkın Şimşek, 16 Eylül 2009 günü Oda merkezinde yaptığı basın açıklamasında sürecin nasıl geliştiğini özetledikten sonra "Sayın Bakanın açıklaması ile bir yıllık emeğin, zamanın ve harcanan paraların boşa gittiği anlaşılmıştır" dedi.

Sadece muayenehanelerden hizmet alımıyla ilgili olarak değil, dişhekimliği



ile ilgili uzmanlık vb. diğer konularda da sürekli dişhekimlerinin taleplerini gözardı eden kararların alınması, hizmet alımıyla ilgili açıklamaların zaman za-

man başka bakanlıklar tarafından da yapılmasının artık bu kararların tek merkezden çıktığı kuşkusunu yarattığını ifade eden Şimşek sadece Kamuda verilen hizmetle halkın ağız diş sağlığı talebini karşılama olanağı olmadığını da belirtti.

TDB'nin sunduğu teklifin kamu maliyesinin durumunu da göz önünde tutan bir teklif olduğunu hatırlatan Şimşek açıklamasını "Dişhekimlerini ve onların örgütlü gücü Türk Dişhekimleri Birliği'ni unutan siyasi iktidarı bizler unutmayacağız" sözleriyle tamamladı.



Adana'da koltuk yakmalı protesto

Adana Dişhekimleri Odası Hükümetin son dönemde dişhekimliği alanındaki adımlarını basın açıklamaları ve kitlesel eylemlerle protesto etti.

Adana Dişhekimleri Odası serbest dişhekimlerinden hizmet alımı çalışmalarını durduran Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Ömer Dinçer'e tepki gösterdi.

14 Eylül günü Adana Dişhekimleri Odası'nda yapılan basın açıklamasında Oda Başkanı Asım Savaş "Devletin Bakanına 'pardon' demek yakışıyor mu" diye sordu. Savaş, halkın diş tedavilerini muayenahanelerde yapabileceği yönünde umutlandırıldığını ancak sonuçta hizmet alımından vazgeçildiği gibi sevklerin de kaldırılarak halkın ağız diş sağlığı hizmetlerine ulaşımının pratik olarak engellendiğini, sonuçta halkın aldatıldığını belirtti.

Emniyet mensuplarına diş taraması

Adana Dişhekimleri Odası Adana Emniyet Müdürlüğü'yle bir protokol imzalayarak emniyet mensuplarının ücretsiz diş taramasından geçirilmesini üstlendi. Adana ve ilçelerinde görev yapan 7 bin 143 polis, çalışmaya katılan 89 dişhekiminde ücretsiz diş taraması yaptırabilecek. Oda, bu doğrultuda emniyet mensupları ve ailelerine yönelik ağız diş sağlığı eğitimlerine de başladı.

Koltuk yanıyor

Serbest çalışan dişhekimlerinden hizmet alımının engellenmesi üzerine AKP Adana İl Başkanı Mustafa Kebude'yi zi-

yaret eden Oda Yönetim Kurulu süreci ve dişhekimlerinin sorunlarını kendisine anlattıktan sonra 'bu konunun ivedilikle düzeltilmesini istiyoruz' dediler.

Adana Dişhekimleri Odası 3 kasım 2009 günü de Adana İl Sağlık Müdürlüğü önüne siyah çelenk koydu. Burada Hükümetin uygulamaları sonucu atıl hale gelen muayenahanelere işaret etmek üzere bir dişhekimliği koltuğu yakıldı.

Isparta'da da Hükümete tepki vardı

Isparta Dişhekimleri Odası Hüdayi Kartöz yazılı bir açıklama yaparak 'Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sağlığın tüm bileşenlerinin dışında tutarak görmezden gelme politikalarını asla hoş görmeyeceğiz" dedi. Yetkililerin en geç Eylül ayında hizmet alımının başlayacağı yönündeki açıklamaları nedeniyle hastaların tedavilerini ertelemeye başladıklarını belirten Kartöz 'bu vesileyle üzülerek belirtmek isterim ki hastalarımızın umutsuz beklentilerini sonlandırmaları gerekmektedir' dedi.



Oda Başkanı Asım Savaş 14 Eylül günü düzenlenen basın açıklamasında halkın aldatıldığını ifade etti.

Ekim ayı mitinglerle geçti

İstanbul Dişhekimleri Odası Ekim ayı içerisinde önce IMF-Dünya Bankası toplantılarına karşı yapılan protestolarda sonra da sağlık meslek odalarının organize ettiği mitingde aktif olarak yer aldı.

'IMF ve Dünya Bankası sağlığa zararlıdır'

Türk Tabipler Birliği, DİSK, KESK ve TMMOB'nin çağrısıyla düzenlenen IMF ve Dünya Bankası karşıtı gösterilerde İstanbul Dişhekimleri Odası da yer aldı.

İstanbul'da yapılacak IMF ve Dünya Bankası toplantılarının arifesinde 1 Ekim 2009 tarihinde IMF ve Dünya Bankası'na karşı kitlesel bir yürüyüş yapıldı. İstanbul Dişhekimleri Odası'nın da içinde yer aldığı meslek örgütleri, sendikalar, siyasi partiler ve sivil toplum kuruluşlarından oluşan kalabalık Tünel'de toplanarak "Milyonlar aç, milyonlar işsiz, işte kapitalist sisteminiz, IMF defol bu gezegen bizim" sloganlarıyla Taksim'e yürüdüler.

IMF toplantısı başladığında da 6 Ekim 2009 tarihinde Taksim'de toplanan binlerce kişi, IMF'siz, Dünya Bankasız, "başka bir dünya" istediğini söyledi. İDO Yönetim Kurulu üyelerinin ve aktivistlerinin de katıldığı gösteride; sendikalar, siyasi partiler ve sivil toplum kuruluşlarıyla birlikte grevdeki, direnişteki işçiler de yer aldı.

Yine yeniden buluşmalar

İDO İlçe Temsilcileri Komisyonu'nun düzenlediği 2009-2010 dönemi kahvaltılı bölge toplantılarının ilki 7 Ekim 2009 tarihinde Küçük Çamlıca, Su Köşkü'nde gerçekleşti. Ümraniye, Çekmeköy, Sancaktepe ilçelerindeki dişhekimlerine yönelik düzenlenen toplantıya 61 meslektaşımız katıldı. Toplantıların ikincisi de 21 Ekim 2009 tarihinde, Bakırköy'de gerçekleştirildi. Bakırköy, Bahçelievler, Güngören, Bağcılar, Esenler, Zeytinburnu ilçelerindeki meslektaşlarımıza yönelik toplantıya 140 meslektaşımız katıldı. Oda çalışmalarının değerlendirildiği toplantılarda meslektaşlarımızdan gelen sorular yanıtlandı.

Olgular Üzerinden Periodontolojiden İmplantolojiye Geçiş

İDO'nun Yalova'daki meslektaşlarımıza yönelik olarak düzenlediği "Olgular Üze-



18 Ekim mitingine İstanbul dışından da birçok meslektaşımız katıldı (üstte). İstanbul'da yapılan IMF-Dünya Bankası toplantılarının öncesinde düzenlenen protestoya sağlık meslek odaları da 'IMF ve Dünya Bankası sağlığa zararlıdır' şıartıyla katıldı (yanda).

rinden Periodontolojiden İmplantolojiye Geçiş" konulu konferans 10 Ekim 2009 tarihinde yapıldı. Prof.Dr. Aslan Gökbuget'in sunduğu konferansa 30 meslektaşımız katıldı.

Sağlık çalışanları Kadıköy'ü beyaza boyadı

İDO'nun da içinde yer aldığı sağlık meslek odaları, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) ile Dev Sağlık-İş Sendikası'nın çağrısıyla 18 Ekim 2009 tarihinde düzenlenen "Vatandaşın Cebinden Sağlıkçının Emeginden Tasarruf Olmaz" mitinginde bir araya gelen sağlık çalışanları Kadıköy'ü beyaza boyadı. Sağlık çalışanları özelleştirmeye, taşeronlaştırmaya, güvencesiz çalışmaya karşı alanları doldururken, Hükümet'in ağız ve diş sağlığı hizmetlerini önemsemeyen politikalarına karşı mücadele eden İstanbul Dişhekimleri Odası da mitingde kalabalık bir kortejle katıldı. Kocaeli ve Bolu'dan meslektaşlarımızın da katıldığı mitingde Bursa ve Tekirdağ dişhekimleri odaları da destek verdi. Muayehanelerin kapanmasına, yeni dişhekimliği fakül-

telerinin açılmasına, hekim emeğinin ucuzlatılmasına karşı mitingde katılan dişhekimleri üzerinde 'Kamuda kölelik düzeninde çalışmaya hayır', 'Savaşa değil sağlığa bütçe', 'Sağlık ağızdan başlar' yazılı balon ve dövizlerle Kadıköy Meydanı'na yürüyerek diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte alanı doldurdu.

Düğencioğlu: Dişhekimleri işsiz, vatandaş dışsız

Mitingde bir konuşma yapan İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu, "Sağlıkta dönüşüm" adı altında uygulanan yeni liberal politikaların ağız ve diş sağlığına etkisini anlattı. "Sağlıkta dönüşüm projesi halkımızı işsiz, dişhekimlerini işsiz bırakmıştır" diyen Düğencioğlu, ağız ve diş sağlığı hizmetleri deyince aklına tasarruf tedbirleri gelen Hükümet'in milyonlarca lirayı Patriot füzelerine yatırmaktan hiçbir beis duymadığını belirtti. Düğencioğlu sözlerini şöyle sürdürdü: 'AKP'nin sağlıkta sağlıksızlık yaratan politikalarına hayır diyoruz ve Hükümet'i toplumun ağız ve diş sağlığı sorunlarını kabul etmeye ve çözümü için adım atmaya çağırıyoruz'.



Hatay D.O. heyeti Suriye Dişhekimleri Birliği Başkanı Asdi Saffuh El Bunni'ye bir plaket sundu

Suriye Kongresi izlenimleri

Hatay Dişhekimleri Odası Suriye Dişhekimleri Birliği'nin 14-16 Ekim 2009 tarihlerinde Şam'da organize edilen 17. Uluslararası Bilimsel Kongresi'ne katıldı. Heyetin izlenimlerini kendi kalemlerinden aktarıyoruz.

Suriye Dişhekimleri Birliği'nin 14-16 Ekim 2009 tarihlerinde yapılan 17. Uluslararası Bilimsel Kongresi ve 30. Arap Dişhekimleri Birliği Kongresi'ne Hatay Dişhekimleri Odası olarak katıldık.

Yola çıkarken çocuklar gibi şendik, bir o kadar da heyecanlıydık. Kimimiz ilk kez göreceği bir ülkede, bulmayı umut ettiği sihrin hayaline dalmış, kimimiz yabancı bir diyarda ülkemizi temsil edecek olmanın heyecanına kapılmış, kimimiz de sıradan bir yolcunun sıradan coşkusunu yaşamaktaydı. Ama hepimiz aynı otobüstedik ve aynı yöne gidiyorduk. Hayallerimiz ve beklentilerimiz farklı da olsa kısa bir süre sonra kaynaşmıştık

Güzel ülkemizin güzel yeşilliklerinin bittiğini sandığımız yerde bir başka ülkenin, Suriye'nin çoraklığı başlıyordu. Tuhaf bir değişimdi. Bir anda oluverdi sanki. Sınır kapısında girilen kuyruklar, çekilen fotoğrafların ardından Suriye'deydik. Çöl rengi üniformalılar karşılaştığımız ilk Suriyeli komşularımızı.

Sınırı geçip uzun uzun yol aldık, Şam'a vardık. 14-16 Ekim 2009 tarihinde yapılan Suriye

Dişhekimleri Birliğinin 17. Uluslararası Bilimsel Kongresi ve 30. Arap Dişhekimleri Birliği Kongresi'ne katıldık. Ülkemizin sıcak ve samimi dostluk mesajlarını Oda Başkanımız Kemal Kaya aktardı. Ayrı bir özen gösteriliyordu bizlere, bu da gururumuzu okşadı. Başkent Şam'da yapılan kongrede meslektaşlarımız fuar alanında alışveriş yapma imkânı da buldular.

Suriye Dişhekimleri Birliği Başkanı Asdi Saffuh El Bunni'yi Hatay Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu olarak ziyaret ettik. Türk Dişhekimleri Birliği adına plaket takdim ederek görüş alışverişinde bulunduk. Bunni de Oda Başkanımız Kemal Kaya'ya

bir plaket takdim ederek ziyaretimizden dolayı duyduğu memnuniyeti ilettili.

Suriye gezimizde Şam ve Halep dişhekimleri odalarının başkanlarıyla da görüşmelerde bulunduk. Onlardan Suriye'de dişhekimliğinin ve dişhekimlerinin çalışma şartları ve hayat standartları konusunda bilgiler aldık. Türkiye'deki durum hakkında bilgi verdik. Önümüzdeki günlerde iki ülke arasında mesleki iletişimin daha da artırılması için çalışmalar yapılması konusunda görüş birliğine vardık.

Kongre'den arta kalan zamanlarda Şam'ın tarihi ve kültürel mekânlarına geziler düzenledik. Şam'a yolunuz düşerse, Malula'yı mutlaka görün, Sit Zeynep Türbesi'ni mutlaka gezin, Emevi Camisi'ne ne olursa olsun mutlaka gidin. Kapalı çarşısı pek özellikli olmasa bile görülmeli. Ama pazarlık yapma kabiliyetinizin de iyi olmalı. Yoksa birçok şeye değerinin üzerinde ödeme yapmak zorunda kalabilirsiniz.

Suriyeli meslektaşlarımızla yeniden buluşmak ve ortak bir takım etkinlikler düzenlemek dileğimizle Suriye'den ayrıldık.



Hatay Dişhekimleri Odası, hizmet alımının olmayacağına dair açıklamalar üzerine 15 Eylül 2009 günü üyeleriyle birlikte Antakya Ulus Meydanı'nda bir basın açıklaması yaparak Hükümetin tutumunu protesto etti.



TDB Başkanlar Konseyi Trabzon'da toplandı

Eylem planı görüşüldü

TDB Başkanlar Konseyi toplantısı 2-3 Ekim 2009 tarihlerinde Trabzon Dişhekimleri Odası'nın ev sahipliğinde Trabzon'da yapıldı. Toplantının ana gündemini Hükümetin 'Hizmet Alımı' projesini gündemden çıkarmasına karşı atılacak adımlar oluşturdu.

TDB Merkez Yönetim Kurulu ve Dişhekimleri Odalarının başkan ve genel sekreterlerinin biraraya geldiği Başkanlar Konseyi toplantısı 2-3 Ekim 2009 tarihinde Trabzon Dişhekimleri Odası'nın ev sahipliğinde Trabzon Novotel'de yapıldı.

Trabzon Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Yıldız ve TDB Genel Başkanı Prof.Dr. Murat Akkaya'nın açış konuşmalarının ardından TDB Genel Sekreteri Süha Alpay toplantı gündemi ve sosyal program hakkında kısaca bilgi verdi. Gündemin ilk ve en önemli maddesi olan ağız diş sağlığı hizmetlerinin Kamu tarafından serbest dişhekimlerinden alımı süreci hakkında TDB Genel Başkan Vekili Tümay İmre bir sunum yaptı. Sürecin gelişimini kronolojik olarak aktaran İmre, hükümetin olumsuz tavrının nedenleri üzerine de Merkez Yönetim Kurulu'nun görüşlerini ifade etti.

'Sağlık Bakanlığı süreci baltaladı'

Krizin teğet geçtiğini ifade eden bir hükümetin "krizin etkilerini" gerekçe göstererek verdiği sözleri çiğnemesi çelişkinine vurgu yapan İmre, gelenen süreçte sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunda Sağlık Bakanlığı'nın açık ve dişhekimleri açısından olumsuz etkinin görülmeye başladığını kaydetti. İmre, SGK'nın yeni yönetiminin "aile dişhekimliği" kavramını gündeme sokmaya başladığını ve TDB'nin bu kavramı dişhekimliği mesleğinde uygulanabilir bulmadığını da aktardı.

Oda başkanları da çeşitli sorular ve görüşlerle konunun genişletilmesini sağladı. Malatya D.O. Başkanı Gökmen Kenan Özdal, hizmet alımının gerçekleşmeyeceğinin baştan belli olduğunu ve eylem yapılmayarak, sadece görüşmelerle süreci ilerletme çabasının bir hata olduğunu belirtti. Edirne D.O. Genel Sekreteri Ayten Eren de hizmet alımı sürecine karşı olduğunu, uzmanlıkta da hizmet alımı sürecinde de etkisiz kalındığını, hükümet yetkililerinin sözlerine güvenilmesinin yanlış olduğunu söyledi. Samsun D.O. Genel Sekreteri Alper Dilek Bakanın açıklamasından sonra TDB'nin tepki vermekte geciktiğini ifade ederken Sakarya D.O. Başkanı Ufuk Aralp meslektaşların tepkilerini gördükten son-

ra artık hizmet alımı talebini ifade etmekte zorlandıklarını belirtti.

'Mücadele sürdürülmeli'

Trabzon D.O. Başkanı Mustafa Yıldız politikaların ısrarla takip edilmesi ve mücadelenin sürdürülmesi gerektiğini belirtti, Diyarbakır D.O. Başkanı Sıddık Patnos gelenen noktadaki olumsuzluktan mücadeleye yeterince katkı verilmemesinin etkisinin olduğunu, Denizli D.O. Başkanı İrfan Karababa TDB'nin yürüttüğü politikanın beraberce oluşturulduğunu, bugün sorumluluğun sadece TDB'ye atılmasının doğru olmadığını ifade etti.

Adana D.O. Başkanı Asım Savaş kendilerinin bu sürecin gerçekleşeceğine inanmasalar da taleplere destek verdiklerini ve yerel düzeyde birçok çalışma yaptıklarını belirtti. Konya D.O. Başkanı Tayyip Turhan Ekinalan da geçmişe dönük tartışmaların doğru olmadığını söyledi. İstanbul D.O. Başkanı Mustafa Dügenci-oğlu hizmet alımı politikasının doğru olduğuna inanılıyorsa hükümetin olumsuz tavrından demoralize olmadan bunun doğruluğunu halka ve meslektaşlara anlat-



TDB Başkanlar Konseyi toplantılarına Merkez Yönetim Kurulu ve Merkez Denetleme Kurulu üyeleriyle dişhekimleri odalarının başkan ve genel sekreterleri katılıyor.

mak gerektiğini ifade etti. Sivas D.O. Başkanı Remzi Özkan da bu politikanın bir heves olmadığını, hemen vazgeçmek yerine bu mücadelenin nasıl sürdürüleceğinin konuşulması gerektiğini söyledi. Bursa D.O. Başkan Vekili Ali Durmazoğlu hizmet alımı politikasına karşı olmadıklarını ancak tüm politikanın buna endekslenmesi nedeniyle asgari ücret tarifesini, uzmanlık sayısının artırılması, yeni dişhekimleri fakültesi açılması gibi birçok konuda mevzi kaybedildiğini aktardı. Balıkesir D.O. Başkanı Korkmaz Tuzcuoğlu hizmet alımının gerçekleşse dahi dişhekimlerinin çıkarına gerçekleşmeyeceğini, halkın ağız diş sağlığı sorunlarını da çözmeyeceğini >



Hizmet alımı sürecinde yaşanan gelişmeler ve hükümetin tavrı üzerine TDB Başkan Vekili Tümay İmre bir sunum yaptı.

Trabzon Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Yıldız:

'Ev sahipliği yapmaktan mutluluk duyduk'

TDB ve Oda yöneticilerini biraraya getiren Başkanlar Konseyi toplantısına 2-3 Ekim 2009 tarihlerinde ev sahipliği yapmaktan büyük mutluluk duyduk. Biri hariç tüm Odalarımızın katıldığı toplantının verimli geçtiğini düşünüyoruz.

Başkanlar Konseyi toplantısı mesleğimizin geleceği açısından önemli noktaları ortaya koymuştur. Katılımcılar mesleğimizin bugünkü konumu, sorunları ve geleceği hakkındaki görüşlerini TDB yönetimi ve diğer odalarla paylaşmakla beraber, çözüm önerilerinin neler olabileceğini de ifade etmişlerdir.

Son yıllarda dişhekimliğinde hem hiz-

met alımında hem de hizmet sunumunda ciddi problemler ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığının uygulamaları, Bakanlıkların Danıştay kararlarına rağmen hukuka gol atma atraksiyonları, sürekli yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması, halkın alım gücünün düşmesi gidişatı daha da karmaşık hale getirmiştir. Bu sorunlar toplantımızda da detaylı bir şekilde tartışılmış ve sonuç bildirgesinde ifade edilmiştir.

Aynı zamanda toplantı sonrasında Odamızın düzenlemiş olduğu sosyal programda katılımcılara keyifli bir gezi programı yapılmış, şehrimizin ve Karadeniz'in önemli yerleri ziyaret



edilmiştir. Sümela, Uzungöl ve Ayder'e gidilmiş olup gerçekten Karadeniz'in doğal güzellikleri içinde toplantının yorulmuş olmasına rağmen, sonuç olarak mesleğimiz için yararlı bir toplantı olmuştur.

Bu toplantıyı Trabzon'da düzenlemimize vesile olan başta Genel Başkanımız Prof.Dr. Murat Akkaya ve Merkez Yönetim Kurulu'na teşekkür ediyoruz.



Toplantının gündemlerinden biri de Hükümetin olumsuz tavrına karşı yürütülecek mücadelenin çizgisinin belirlenmesiydi. Merkez Yönetim Kurulu'nun hazırladığı eylem planı Nebil Seyfettin tarafından sunuldu.

belirtti. Antalya D.O. Başkanı Odman Ertekin hükümetin olumsuz tavrından dolayı TDB'nin suçlanamayacağını, ama yönetimsel bir zafiyet gözlediklerini aktardı. İzmir D.O. Başkanı Turgan Ülker de hükümetin olumsuz yönetiminin görülmesine rağmen zamanında bir B planı oluşturularak tepki gösterilmediğini ifade etti. Zonguldak D.O. Başkanı Ergin Kuyumcu getirilen eleştirilerin geçmiş tartışmalar göz önünde bulundurulmadan ve afaki düzeyde yapıldığını söyledi. Toplantının öğleden sonraki oturumundan TDB Genel Başkan Vekili Tümay İmre getirilen eleştirileri yanıtladı. Karşılık görüş alışverişinin ardından TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Nebil Seyfettin hazırladıkları

taslak eylem planını sundu. Oda yöneticileri plan üzerine katkıları alındıktan sonra toplantının ilk günü tamamlandı. İkinci gün, yapılan katkılarla eylem planına son hali verildi. Daha sonra oluşturulan Komisyonun hazırladığı Sonuç Bildirgesi okunarak çeşitli düzeltmeler yapıldı ve son hali verildi. Öğle saatlerinde düzenlenen basın toplantısına özellikle yerel medya kuruluşları büyük ilgi gösterdi. TDB Genel Başkanı Prof.Dr. Murat Akkaya ve Trabzon Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Yıldız'ın birlikte yaptıkları basın açıklamasının ardından basının soruları yanıtladı ve iki gün süren toplantı sona erdi.

<

TDB başkanlar Konseyi toplantısı sonuç bildirgesi:

Füzelere değil, sağlığa bütçe!

Hükümet, tercihlerini halktan ve hekimden yana değil füzelerden yana kullandı.

Ağız-dış sağlığı göstergeleri, genel sağlığa göre daha kötü olmasına karşın Hükümet yaptığı açıklamalarla bir kez daha ağız-dış sağlığı hizmetlerinin toplumun ihtiyacını karşılayacak şekilde organize edilebilmesini engellemiştir.

Halkımız, vergi ve sağlık primi ödeyerek sağlık güvencesine sahip olsa da, kamu kurumlarındaki yanlış düzenlemelerinin de neden olduğu yetersiz hizmete mahkûm edilmekte ya da kendi maddi olanaklarıyla tedavi olmaya çalışmaktadır. Ekonomik kriz içinde olan halk, tedavi bedelini ödeyecek durumda değildir, bu da hastalıklarının artmasını beraberinde getirmektedir.

Ağız - dış sağlığı ihtiyacını karşılamak, başta muayenehaneler olmak üzere özel sağlık kuruluşlarından da hizmet alınmasıyla mümkündür. Türk Dişhekimleri Birliği'nin çabalarıyla geçtiğimiz yıl başlatılan 'Kamunun Serbest Çalışan Dişhekimlerinden Hizmet Alımı' projesi çözüm yolunda yeni olanaklar sunmuştu. Hizmet alımı için bakanlar ve bürokratlar tarihler verip, sözleşme için teknik çalışmalar yapılırken, bir anda bütçe ve

kriz neden gösterilerek sağlık hakkına ulaşımın engellenmesinin, Hükümetin basit bir bütçe hesabını yapamamasından kaynaklandığına inanmıyoruz. Burada sorun, Hükümetin sağlığa ve özel olarak da ağız dış sağlığına ait sorunları çözmesi gereken problemler olarak, görmemesidir.

Hükümet temsilcileri hiç diş ağrısı çekmemiş olmalı ki sevk sürelerini 6 aya kadar çıkartmış, ayrıca katılım paylarını da arttırarak sağlığı ulaşılmaz kılmıştır. Korunma kavramını hastalıkların oluşmasını engelleme değil sadece Patriot füzeleri alımı gibi yöntemlerle sınırlayan zihniyet aldığı tasarruf tedbirleriyle geleceğimiz olan çocuklarımızın da tedavi haklarını gasp etmiştir. IMF'in tavsiyeleriyle birkaç kalem hareketiyle bütçeyi denkleştirdiğini zannedenler bu sayıların insan sağlığıyla ilgili olduğunu akıldan çıkarmamalıdır.

Dişhekimlerinin taleplerine hiçbir duyarlılık göstermeyen, insan gücü planlaması yapmayan ve dişhekimlerinin coğrafik dağılımını sağlamayan Hükümet yeni dişhekimliği fakülteleri açarak, kontenjan arttırarak işsizliği körüklemektedir.



Ağız dış sağlığı sorunlarının çözümünde sosyal devletin gereği olarak:

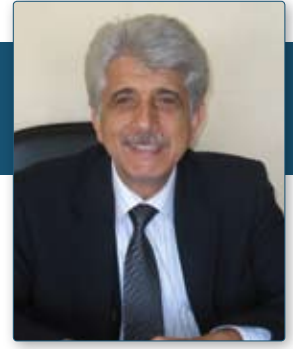
- > Sağlığa ayrılan bütçe artırılmalıdır.
- > Ağız dış sağlığı temel bir sağlık hakkıdır, ertelenemez.
- > Muayenehanelerimiz bu ülkenin kaynaklarıdır, gözden çıkarılamaz.
- > Kamu, yatırımlarını ihtiyaç olan yerlere yapmalıdır.
- > Kamudaki dişhekimlerimizin haklarını yok eden geleceklerini karartan uygulamalardan vazgeçilmeli, iş güvencesi sağlanmalı ve özlük hakları geliştirilmelidir.

Biz, dün olduğu gibi bugün de politikalarımızı her ortamda dile getirmeye devam edeceğiz. Halkın ağız dış sağlığı hakkının herhangi bir yetkilinin iki dudağı arasında çıkacak bir söze bağlı olamayacağını hukuki mücadelemizle de siyasi mücadelemizle de her alanda göstereceğiz.

Halkımızı, meslek örgütlerini, sendikaları, basını ağız-dış sağlığı hakkını arama mücadelemizde beraber olmaya çağırıyoruz.

Tekirdağ Dişhekimleri Odası Başkan Vekili Celal Erdoğan:

'Ağız diş sağlığı sorunları için halkın sözcüsü olmalıyız'



Öncelikle Başkanlar Konseyi toplantısını organize eden ve evsahipliği yapan Trabzon Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Yıldız ve yönetimine, organizasyonda görev alan meslektaşlarımıza ve personeline bizlere çok güzel bir dört gün yaşattıkları için, candan teşekkür ediyorum.

Güzel bir ortamda iyi düzenlenmiş bir program ile sorunsuz bir toplantı geçirdik. Organizasyon, hem başkanlar toplantısı açısından, hem de yöreyi tanıtan tur programında Ayasofya, Atatürk Köşkü, Sümela Manastırı, Uzungöl, Ayder Yaylası gibi önemli noktaları kapsayan gezinin kalitesiyle çok başarılıydı.

İlk gün Kamunun özelden ağız ve diş sağlığı hizmeti satın alması projesini ele aldık. Bu projede yaşanan süreci bize özetleyen TDB Başkan Vekili Tümay

İmre yetkili bakanların verdikleri sözde durmadıklarını, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında bu konuyla ilgili görüş farklılıklarının olduğunu aktardı. Bazı Oda başkanlarımız Hükümetin tedavi hizmetlerine Ticari baktığını, durumun TDB tarafından halka iyi anlatılması gerektiğini, tekrar iyi bir durum değerlendirmesi yaparak karar verilmesi gerektiğini belirttiler.

Yine TDB Başkan Vekili İmre, "dünyada sosyal güvenliğe ayrılan kamu kaynakları azaltılmaya çalışılıyor. Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi planlanıyor. Bu hizmetlerin özel sermaye grupları tarafından yapılması ve tekelleşmeye gidilmesine doğru yol alınıyor. Siyasi iktidar sağlıkta yaptıklarının kendisine oy olarak nasıl döneceğini hesaplıyor ve popülist sağlık politikaları uyguluyor" di-

yerek durumu özetledi.

Daha sonraki oturumlarda hükümetin uyguladığı ağız ve diş sağlığı politikasına karşı TDB'nin nasıl bir eylem planı uygulaması gerektiği görüşüldü. Toplumun ağız ve diş sağlığının kalitesinin yükseltilmesi için TDB olarak bu konuda halkın sözcüsü olmalıyız düşüncesi oluştu.

1.5 gün süren Başkanlar Konseyi toplantısında farklı düşüncelerin olduğu birliktelikle Türkiye'deki dişhekimliğinin yaşadığı problemlerin geleceğine ışık tutmaya çalıştık. Sorunların çözümüne katkı sağlayacak öneri ve uyarılarımızı da toplantı sonunda oluşturduğumuz sonuç bildirgesine yansıttık.

Gaziantep Dişhekimleri Odası Başkanı Ahmet Fehmi Batur:

'Sonuç almak için merkezi eylemlere yoğunlaşmalıyız'



Toplantı gündem itibariyle çok yoğun değildi. Hizmetin özelden alınması(alınamaması), altı dalda uzmanlık meselesi ve netice itibariyle eylem takvimi...

İlk gün ağız diş sağlığı hizmetlerinin Kamu tarafından serbest çalışan dişhekimlerinden de alınması süreciyle ilgili çalışmalar sunuldu. Anlaşıldığı kadarıyla TDB kendi üstüne düşen görevi yerine getirmiştir. Daha fazla emek harcanabilir miydi? Belki. Ama harcanan emek kesinlikle az değildir. Bir odamızın "biz aslında buraya gelirken MYK'yı istifa etmeye çağıracağız ama görüşümüz değişti" ifadesi de bunu dile getirmektedir. Biz Gaziantep Dişhekimleri Odası olarak yapılan çalışmaların farkındaydık; ancak biraz önce belirttiğimiz gibi daha fazla çalışılıysa ne olurdu? Belki yine sonuç aynı olacaktı çünkü siyasi

iktidarın mazereti bellidir. Yine de elimizden geleni "fazlasıyla" yaptık denilebilmesi için kurumdan veya siyasilerden randevu alınması için geçen süre ve bekleme periyotları daraltılmalı, belki taciz edersesine görüşme talepleri olmalıydı. Bazı odaların da eleştirileri zaten bu noktaydı.

Ömer Dinçer'in TV programındaki açıklamaları sonrası TDB geç kaldı açıklamaları bizce doğru değildir. Haberin verilmesinden üç gün sonra TDB açıklama yapmıştır.

Uzmanlık konusu önemli olmasına karşılık toplantıda çok az konuşulabildi. Yargı süreci başladı diye çok üzerinde durulmadı ama bizce bu konu eksik kaldı.

Odaların öncelikle kendi bölgelerinde yapacağı eylemler ve kendi bölge milletvekilleriyle halkı konu hakkında bilgilendirmeleri önemlidir. Ancak asıl etkinin

merkezi eylemlerle geleceğine inanıyoruz. Oda bölgesindeki çalışmalar ise katkı sağlayacaktır. Merkezde yapılabilecek bir eylem Oda olarak daha önce olduğu gibi bugün de elimizden gelen katkıyı yapacağız.

Yapılacak basın açıklamasına son şeklinin verilmesi için yapılan görüşmelerde yaklaşık iki buçuk saat bazı kelimelerin kullanımının sorgulanması sağlıksız bir durumdu. Başkan ve Genel Sekreterin orada inisiyatif kullanıp tartışmayı yönlendirmesi gerekirdi. Ani fikirler üretilmesi, ileri sürülen fikirlerin toparlanması, daha çok Başkan ve Genel Sekreter tarafından yapılmalıdır.

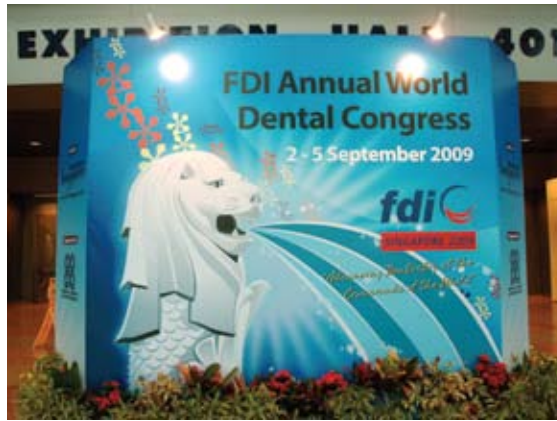


FDI Kongresi Singapur'daydı

Dünya Dişhekimliği Birliği FDI'nın 97. Kongresi 2-5 Eylül 2009 tarihlerinde Singapur'da yapıldı. Dişhekimliğinin küresel ölçekli sorunlarının ele alındığı Kongre'de TDB delegasyonu 2014 FDI Kongresinin İstanbul'da yapılması için resmi başvuruda bulundu.

Dünya Dişhekimliği Birliği FDI (Federation Dentaire International) 1901 yılında Avrupalı dişhekimlerinin bir araya gelerek kurdukları ve bugün 180'den fazla ülkenin dişhekimleri birliğinin temsil edildiği, TDB'nin de çalışmalarına aktif olarak katıldığı bir uluslararası meslek birliği. FDI merkezinin bulunduğu Fransa'nın Ferney-Voltaire kenti ayrıca dünya çapındaki en önemli sağlık kuruluşlarından WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve WHAA (Dünya Sağlık Profesyonelleri Birlikleri Asamblesi)'ne de ev sahipliği yaptığından bu kuruluşlar arasında ortak çalışmalar kolaylıkla yürütülüyor.

FDI kongreleri dişhekimliği sektöründe dünya çapındaki en önemli organizasyonlardan biri. Kongrenin yıllık ortalama 10 bin kişilik kayıtlı bilimsel program katılımcısına ek olarak, uluslararası özellikteki fuar alanını da her yıl 25-30 bin dişhekimini ziyaret ediyor. Ayrıca bu Kongre vesilesiyle tüm dünyadan diş-



hekimleri birliklerinin temsilcileri bir araya gelerek FDI Genel Kurulu'nu oluşturuyor. Bu toplantılarda dişhekimliğinin güncel sorunlarına çözümler üretilmeye çalışılırken aynı zamanda gelecek perspektifleri üzerinde de tavsiye kararları alınarak ulusal mesleki birlik ve devlet sağlık birimlerine iletiliyor.

Yeni Başkan Vianna görevi devraldı

FDI 2009 Kongresi bu sene Singapur'da 2-5 Eylül 2009 tarihleri arasında gerçekleş-

tirildi. Türkiye'yi temsilen TDB Genel Başkanı Prof.Dr. Murat Akkaya, TDB Dış İlişkiler Komisyonu üyeleri Prof. Dr. Nermin Yamalık, Prof.Dr.Taner Yücel ve Dr. Sarkis Sözkcs kongreye katıldı. Kongre süresince çok çeşitli bilimsel etkinliklerin yanı sıra çok geniş bir alana yayılan bir fuar ve ayrıca da mesleki sorunların ve kararların alındığı genel kurul çalışmaları da yapıldı.

Kongrenin açılış seremonisi yoğun bir katıma sahne oldu ve FDI Singapur 2009 Kongresine 15 bin katılımcı olduğu belirtildi. Kongrenin ilk üç günü, mesleki sorunların tartışıldığı ve dişhekimliği geleceğinin tartışıldığı mesleki sorunlar yani Dünya Dişhekimleri Birliği Genel Kurulları ve çalışma toplantıları ile geçti.

Açılış seremonisi sırasında FDI Başkanlık madalyonu da el değiştirdi. Dr. Burton Conrod'ın (Kanada) görev süresinin dolduğu FDI Singapur kongresinde, görevi 2011 yılına kadar Dr. Roberto Vianna (Brezilya) devraldı.



Kongreyi takip eden TDB delegasyonunda Prof.Dr. Murat Akkaya, Dr. Sarkis Sözkas, Prof.Dr. Nermin Yamalık ve Prof.Dr. Taner Yücel yer aldı (üstte). TDB ekibi görevi devralan FDI Başkanı Vianna ile birlikte (sağda).

Kongre resmi açılışını takiben, bilimsel program ve fuar yoğun bir içerikle başladı. FDI Kongrelerinin önemli bölümlerinden biri olan bilimsel programın hazırlıklarına üç sene öncesinde başlanır ve uluslararası düzeyde tanınmış birçok konuşmacının güncel tedavi ve yaklaşımlar konusunda en son yenilikleri katılımcılara aktarır. Bu yıl kongre bilimsel programında çeşitli konularda forumlar da yapıldı. Bu özel forumlarda FDI Komite üyelerinin de katılımıyla birlikte gelecek FDI politikalarına da yön verecek şekilde bilimsel güncel konular tartışıldı.

Beyazlatma ve hasta güvenliği

FDI Kongrelerinin en önemli yönlerinden biri 140'tan fazla ülke delegesinin, dişhekimleri birliklerinin bir araya gelerek oluşturdukları genel kuruldur. Bu sene genel kurul gündeminde amalgam ve artıklarının imha yöntemleri ve Birleşmiş Milletler çevre örgütünün civa artıkları konusundaki çalışmaları yoğun olarak tartışıldı. Bir diğer önemli gündem maddesi de beyazlatma ajanları ve bunların uygulama yöntem ve içerikleriydi.

Özellikle beyazlatma ajanlarının içeriklerindeki hasta güvenliği açısından hassas noktalar üzerinde duruldu. Avrupa'da bazı ülkelerde dişhekimliği olmayanların da (stomatolog veya dental hijyenist) beyazlatma alanındaki yetkileri sorgulandı ve farklı ülkelerdeki yanlış anlaşılmalara sebebiyet verme olasılığı üzerine çekinceler iletildi. Buna ek olarak FDI Komiteleri tarafından geliştirilen; amalgam artıklarının

uzaklaştırılmasında dikkat edilecek hususlar, muayenehane şartlarının geliştirilmesine yönelik bildirimler gibi çalışmalarla mesleki anlamda FDI'nın bilim çevrelerinde ve meslek pratiğindeki aktif yer alması sağlanıyor.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ile ortak çalışmalar da yürüten FDI, global ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuyla ilgili olarak standartların belirlenmesi konusunda yıllardır çalışmalar yürütüyor ve bu konuda Dünya Tabipler Birliği, Eczacılar Birliği ve Hemşireler Birlikleri ile oluşturduğu Sağlık Profesyonelleri Birlikliği çerçevesinde sorunlara çok yönlü çözümler üretmek için çalışıyor. FDI merkezi sunduğu raporda, Dünya Sağlık Örgütü ile yakın ilişkiler kuruluğu ve bunun sonucu olarak da ağız ve diş sağlığı konularında Dünya Sağlık Örgütü'nün de deklarasyonlar yayınlama başladığını belirtti.

Sağlık alanında önder konumda olan bu birliklerle daha yakın iletişim kurmak ve yönetsel bazı avantajlarından dolayı FDI genel merkezinin İsviçre'nin Cenevre kentine taşınmasına karar verildi.

Gelecek Dönem Başkanı Portekiz'den

FDI Friends / FDI Dostları başlığı altında kendi ulusal dişhekimleri birliklerine üye olan ayrıca da FDI hakkında güncel bilgilere ulaşmak isteyen hekimlere yeni bir uygulama başlatmıştı. Bu uygulama çerçevesinde isterlerse TDB üyesi meslektaşlarımız da şu linkten FDI web sitesine bağlanarak kayıt yaptırabilir:

[tal.org/friends/index.html](http://www.fdiworlden-tal.org/friends/index.html)

FDI gelecekteki yönetim yapısı da Genel Kurul'da yapılan seçimlerle şekillendi. Başkanlığa seçilen Portekiz'den Dr. Orlando Monteiro Da Silva 2011-2013 döneminde görev yapacak ve o zamana kadar da 'Seçilmiş Başkan' sıfatı taşıyacak. Da Silva, 2008 yılında TDB'nin İstanbul'da gerçekleştirdiği Yüzyıl Kongresi'ne de konuşmacı olarak katılmıştı. Portekizli Başkan, Avrupa Birliği'ne bağlı olarak çalışan Avrupa Dişhekimliği Konseyi (CED) Başkanlığı görevini de yürütüyordu.

FDI: Dünya Ağız Sağlığı Günü unutulmasın

Genel Kurul'da hatırlatma yapılan konulardan biri de, **12 Eylül** gününün FDI tarafından **'Ağız Sağlığı Günü'** olarak kabul edildiği idi. Böyle bir günün tanımlanmasında amaç, tüm dünyada bu günde çeşitli sosyal ve bilimsel aktivitelerle ağız ve diş sağlığı konulu çalışmaların yürütülmesi için bir vesile olacağı düşüncesi idi. Tarihin seçiminde birçok ülkede uygun mevsim şartlarına denk gelecek, aynı zamanda tatil dönemlerine de rastlamayacak bir tarih arayışı içerisinde, FDI kurucusu Dr. Charles Godon'un doğum tarihi esas alınmıştı (12.09.1854). Çeşitli ülkelerde bu güne dair kutlamaların bilgileri de Genel Kurul'a aktarıldı. >



Malay Yarımadası'nın güney ucunda yer alan Singapur 700 km² alanda yaklaşık 5 milyon insanın yaşadığı yoğun nüfuslu bir ada devleti.

ERO Genel Kurulu da yapıldı

FDI'nın Avrupa Bölgesel Organizasyonu ERO'nun Genel Kurulu da Singapur'da FDI toplantılarına paralel olarak yapıldı. ERO 2010 toplantısı Ermenistan'ın Erivan kentinde gerçekleştirilecek. Toplantının hazırlıkları konusunda delegeleri bilgilendirmek üzere ERO 2010 Erivan Toplantısı sorumlusu Dr. Ashot Gevorgyan bir sunum yaptı. Toplantıda ayrıca Avrupa bölgesinde mesleki gelişmelerin yanı sıra, eğitim standardizasyonu ve sosyal güvenlik kurumu uygulamalarına dair görüşmeler yapıldı.

TDB 2014 FDI Kongresine talip oldu

TDB Delegasyonu, FDI Başkanı Dr. Roberto Vianna ve FDI Direktörü Dr. David Alexander ile özel bir toplantı gerçekleştirdi. FDI kongresinin yakın bir tarihte İstanbul'da yapılması amacıyla gerçekleştirilen bu toplantıda, FDI Başkanı Dr Roberto Vianna, 2008 yılında Yüzyıl Kongresi sırasında şahsen ziyaret ettiği TDB Kongrelerinin hem organizasyon kalitesi

hem de kongre merkezi açılarından FDI Kongresi organize etmek için yeterli olduğunu vurguladı. FDI Direktörü Dr. David Alexander da 2009 yılı Ekim ayı içerisinde İstanbul'da gerçekleştirilen IMF-Dünya Bankası toplantılarının önemli bir referans olduğu ve böyle bir merkezde FDI Kongresi gerçekleştirmekten mutluluk duyacaklarını ilettiler.

Bu olumlu yaklaşımlar sonucunda TDB Delegasyonu, TDB Merkez Yürütme Kurulu ile bağlantıya geçerek aldığı olumlu görüş doğrultusunda 2014 yılı için İstanbul'u FDI Kongresine resmi aday olarak deklare etti ve resmi başvuru yazısını Dr. David Alexander'a verdi. TDB'nin FDI 2014 İstanbul Kongresi adaylık sürecini takip etmek üzere Prof.Dr. Murat Akkaya, Prof.Dr. Nermin Yamalık, Prof. Dr. Taner Yücel ve Dr. Sarkis Sözkas'ten oluşan bir çalışma grubu kuruldu. FDI Yönetim Kurulu'nun Mayıs 2010'da gerçekleştireceği toplantıda yeterli bilgilerin ulaştırılması ve hazırlıkların tatmin edici bilgilerle desteklenebilmesi durumunda, FDI Yönetiminin bu konudaki kararını verebileceği bildirildi. 2014 FDI Kongresi için Amsterdam (Hollanda) ve Londra (İngiltere) da çalışmalar yürütüyor.

Gelecek yıl 98. FDI Kongresi 2-5 Eylül 2010 tarihlerinde Brezilya'nın Salvador Da Bahia kentinde yapılacak. Türkiye'den meslektaşlarımızın katılımı için FDI Kongre Merkeziyle bağlantı kuruldu, Kongreye katılmayı planlayan meslektaşlarımız TDB merkezine başvurarak bilgi edinebilir. <



2011-2013 dönemi için FDI Başkanlığına seçilen Portekiz'den Dr. Orlando Monteiro Da Silva geçtiğimiz yıl TDB Kongresi için İstanbul'a gelmişti.



FDI Annual World Dental Congress
Salvador de Bahia, Brazil
2-5 September 2010
www.fdiworldental.org



Yukarıdaki soruya bilim henüz kesin olarak evet diyemiyor, ancak kök hücre çalışmalarında büyük yol alındığı da bir gerçek. Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden Doç.Dr. Sibel Yıldırım Cenevre'de yürüttüğü çalışmalarda diş pulpasından kök hücre elde etmeyi başardı. iPS denen bu kök hücrelerin yetenekleriyle ilgili olarak Yıldırım'dan bilgi aldık.

Öncelikle sizi kısaca tanıyabilir miyiz?

1992 Hacettepe mezunuyum. 1993-2000 arasında Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'nda doktoramı tamamladım. 2002 yılında Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandım. 2006'da doçentlik ünvanımı almam ardından 2008 yılında da yine Selçuk Üniversitesi'nde histoloji ve embriyoloji üzerine ikinci doktoramı tamamladım.

Bu çalışma içinde yer almanız nasıl gerçekleşti? Daha önce konuyla ilgili ne tür çalışmalar yapmıştınız?

1995 yılından bu yana onarımsal diş tedavileriyle ilgili araştırmalar yapmaktaydım. 2008 Temmuz'unda dökülmüş süt dişlerinde pulpa artıklarından kök hücre izole etme projesiyle TÜBİTAK yurtdışı doktora sonrası araştırma bursu ile önce Japonya'ya gittim. Ocak 2009'da aynı projeye Zürih Üniversitesi Oral Biyoloji Enstitüsü'ne geçtim. Burada süt ve daimi diş pulpasından ve dai-

mi diş periodontal ligamentinden mezenkimal hücreleri izole edip bunların kök hücre özelliklerini teyit etme araştırmaları yaptım. Daha sonra Cenevre Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum bölümüne bağlı bir kök hücre laboratuvarında Dr. Anis Feki ile birlikte bu hücrelerden uyarılmış çoklu yetkin kök hücrelere yeniden programlama çalışmalarına başladım.

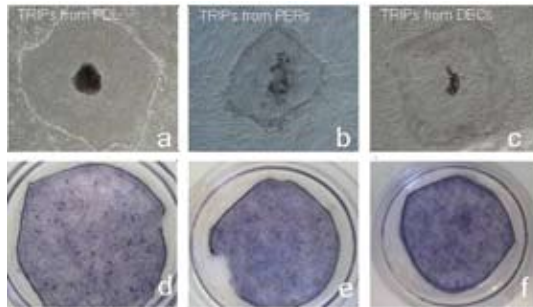
Kök hücrelerin çeşitli tedavilerde kullanılmasıyla ilgili genel bir bilgi verebilir misiniz? Bu tek-

nik kullanılmaya başlandı mı ve sakıncaları var mı?

Kök hücrelerin insanlar üzerinde tedavi amacıyla kullanılmaları sadece GVHD (graft versus host disease) durumunda hastanın kendi kanından elde edilen hematopoietik mezenkimal kök hücrelerin yine hastanın kendisine verilerek immunomodulör etki elde edilmesi şeklindedir. Bunun dışında bir tedavi uygulaması henüz bulunmamaktadır. Şu anda çalışmalar kök hücrelerin elde edilmelerinin ardından defektli, problemlili dokunun hücrelerine farklılaştırılmalarını takiben allojenik veya otojenik olarak hastaya ya hücre şeklinde ya da doku mühendisliği ile geliştirilmiş organ halinde verilmesi yolundadır. Ama az önce de değindiğim gibi henüz böyle bir tedavi uygulaması bulunmamaktadır.

Embriyonik kök hücre ile söz konusu iPS hücrelerinin farkı nedir? iPS hücre elde edilmeyle ilgili teknikten de biraz bahsedebilir misiniz?

Embriyonik kök hücreler sadece ve sadece 5 günlük embriyonun iç hücre kitlesinde bulduklarından elde



Daimi diş destek dokusu (a), daimi diş pulpası (b) ve süt diş pulpasından (c) elde edilmiş Türk iPS hücreleri, embriyonik kök hücre kolonilerinin besleyici hücreler üzerindeki tipik görüntüsünü sergilediği gözlenmektedir. Gerçekleştirilen yeniden programlamanın etkinliği, embriyonik kök hücre belirteçlerinden biri olan alkalik fosfat pozitif koloniler ile belirlenmektedir (d-f).

edilmelerinde teknik güçlükler ve etik problemler var. Ayrıca kök hücrelerin tedavide kullanılmasında en önemli engel olan, elde edilen hücrelerin farklı hastaya verilmesi durumunda oluşabilecek immunolojik doku reddi cevapları embriyonik kök hücreler için de geçerli. Tüm bunların üstesinden 2007 yılında insan fibroblast hücrelerinin embriyonik kök hücre aşamasına geri döndürülmesi ile gerçekleştirilen yeniden programlama metodunun gelmesi bekleniyor.

IPS bu şekilde elde edilen hücrelere mi deniyor?

IPS (İngilizcesi induced pluriotent stem) hücreleri yani **uyarılmış çoklu yetkin kök hücreler**, hastanın herhangi hücrelerinin yeniden programlanmasıyla hastaya ve hastalığa özgü çoklu yetkin hücreler olarak elde edilebilmekteler. Bu büyük avantaj şu ana kadar omurganın kassal atrofisi olan bir hastadan ve etkilenmiş annesinden, ALS hastalığının nadir bir formunu taşıyan 82 yaşında bir hastadan ve periferal nöropatisi olan bir hastadan iPS hücrelerinin elde edilmesi üzerinde değerlendirilmeye çalışılmıştır (Colman and Dreesen, Cell Stem Cell, 5: 244-247, 2009). Bu hızlı ilerlemenin gerek hastalıkların patofizyolojisinin anlaşılması gerekse ilaç testlerini hızlandırarak etkin tedavilere geçilebilmesi adına ümit verici olduğu düşünülmektedir.

Ağız ve diş sağlığı alanında bu gelişmenin nasıl bir uygulanma alanı olabilir ve dişhekimliğinde ne tür gelişmelere yol açabilir sizce?

Bu sene Ağustos ayında 14.5 günlük fare embriyosundan çıkarılan diş germinden elde edilen epiteliyal ve mezenşimal hücrelerin organ kültürü yapıldıktan sonra çekilmiş molar diş soketine yerleştirilmesiyle normal ve fonksiyonel bir diş formunda sürdüğü gösterilmiştir (Ikeda ve ark. PNAS 106(32): 13475-13480, 2009). Bu çalışmada da görüldüğü gibi henüz bir hücre popülasyonunun tek başına alveol kemiğine ekilmesi ve oradan diş çıkması, beklenmemesi gereken bir durumdur.

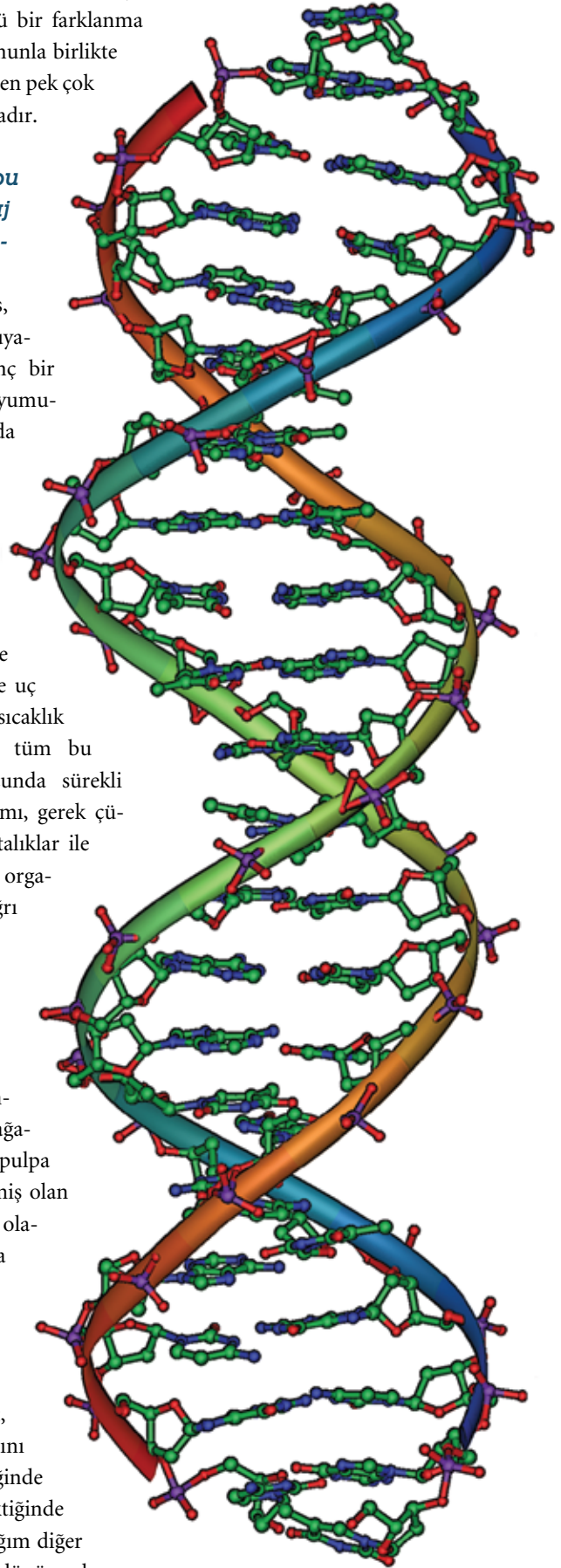
Diş, epiteliyal-mezenşimal etkileşimlerin çok tipik bir örneği ile oluşmaktadır. Fakat kök hücre biyolojisindeki gelişmelerle, eğer dişe özgü epiteliyal ve mezenşimal hücrelerin, örneğin diş pulpasından elde edilen kök hücreler veya iPS hücreleri üzerinden indüklenmesi gibi bir protokol geliştirilebilirse bu

durumda doku mühendisliği ile diş tomurcuğu bir aşamaya kadar dışarıda oluşturularak hastanın çene kemiğine nakledilebilir. Şu ana kadar odontoblasta özgü bir farklılaşma protolü bulunamamıştır. Bununla birlikte dentine özgü olduğu düşünülen pek çok molekül üzerinde çalışılmaktadır.

Diş hücrelerinin bu çalışmalar için avantaj ve dezavantajları neler?

Hepimizin bildiği gibi diş, ağız içinde pek çok farklı uyarana maruz kalan çok ilginç bir organdır. Dişler, hem sert ve yumuşak dokuların vücudumuzda eşi bulunmayan birliğine sergileyen hem de pek çok sağlık ve hastalık durumuna adaptasyonu ile çok geniş bir kapasiteye sahip organlardır. Ağız içindeki yüksek çiğneme basınçlarına, oldukça hızlı ve uç değerler arasında seyreden sıcaklık değişikliklerine adaptasyon, tüm bu olaylarla aşılacak eşik sonucunda sürekli devam eden bir dentin yapımı, gerek çürük gerekse periodontal hastalıklar ile bakterilerle, virus ve diğer organizmalarla mücadele ve ağrı uyarılarına karşı verilen cevaplar diş hücrelerinin ne kadar yetenekli olduklarını düşünmemiz için yeterlidir sanırım.

Böylesine çoklu fonksiyonlarda kullanılmak üzere olağanüstü küçük bir alan olan pulpa odası ve kanallarında yerleşmiş olan pulpa dokusunda henüz tam olarak yeri bilinmeyen alanlarda sırasını bekleyen kök hücrelerin varlığı bu hücreleri bana göre son derece değerli kılmaktadır. Çünkü bu hücrelere gerektiğinde odontoblast, fibroblast gibi yapı elemanlarını üretecek hücrelere, gerektiğinde savunma elemanlarına, gerektiğinde ise az önce sıralamaya çalıştığım diğer rolleri üstlenecek elamanlara dönüşmektedir. Nitekim yapılan araştırmalarda pulpa >



ve periodontal ligament kök hücrelerinin çoklu yetkin oldukları gösterilmiştir. Diş pulpasından iPS eldesi ile ilgili şu ana kadar sadece bir yayın bulunmaktadır. Fakat henüz süt dişi veya periodontal ligamentten elde edilen iPS hücreleri yayınlanmamıştır. Cenevre ve Zürih'te yürüttüğüm araştırmalarda elde ettiğim süt ve daimi diş pulpası ve periodontal ligament kökenli iPS hücrelerinin, ki bunları Türk iPS hücreleri anlamında TriPS olarak adlandırdım, bu çoklu yetkin kaynaklarına atıf yaparcasına embriyonik kök hücrenin tipik özelliklerini kolaylıkla ve son derece hızlı sergileyen hücreler olmuşlardır. Bu hücreleri daha ileri karakterize etme çalışmalarım devam etmektedir.

Dişhekimlerinin bu konuyla ilgili bilgi sahibi olması bugün açısından gerekli mi? Yoksa çalışmaların daha zamana ihtiyacı var mı?

Bizlerin çalıştığımız dokunun insan sağlığı açısından değerini bilmemizin her zaman için gerekli olduğuna inanmışımdır. Gelecekte teknoloji ile birlikte insan dişinin özellikle dökülen süt dişleri ve çenelerimizde artık kendilerine yer bulamayan yirmi yaş dişlerimizin hayat kurtarıcı niteliklere bürüneceğini bilmek bilimsel bulguları daha yakından takip etmemize ve bunlara her an katkıda bulunabileceğimiz bilincine ermemeze yardımcı olacağını düşünüyorum.

Bu konuyla ilgili fakültenizde de bir merkez planlandığında bahsediyordunuz. Bu projeyi biraz anlatır mısınız? Türkiye'de başka fakültelerde de benzer çalışmalar var mı?

Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Araştırma Merkezi Türkiye'deki ilk ve bildiğim kadarıyla hala tek olan, çok disiplinli bir dişhekimliği araştırma merkezidir. Şu anda kendi alanlarında uzman kişiler tarafından moleküler biyoloji, hücre kültürü, histoloji, mikrobiyoloji, oro-dental simülasyon ve materyal araştırmalarının yürütüldüğü bu merkezde kök hücre çalışmalarının başlaması kaçınılmaz görünmektedir. Dekanımız Prof.Dr. Tamer Ataoğlu'nun destekleriyle çalışmalarını başarıyla yürüten merkezimize ek olarak üniversitemiz bünyesinde Selçuk Üniversitesi rektörü Prof.Dr. Süleyman Okudan'ın himayesinde ve Konya Teknokenti işbirliğiyle bir iPS merkezi kurulması planlanmaktadır. <



BURSA DİŞHEKİMLERİ ODASI
www.bursadishekimleriodasi.org

19. ULUDAĞ SEMPOZYUMU

15-16-17 Ocak 2010

KARTANESİ OTEL ULUDAĞ BURSA

TDB Erken Kayıt Fırsatı
06 Kasım 2009'a Kadar Geçen Yıl Fiyatı ve 2 Taksit
SON KAYIT 4 ARALIK 2009

BURSA DİŞHEKİMLERİ ODASI



TDB Antalya Ağız-Diş Sağlığı Sempozyumu

ANTALYA DİŞ HEKİMLERİ ODASI

Anadolu Güneşi Dans Grubu

Grup Opus & Sürpriz Sanatçılar

ANA SPONSOR

TOROS DENTAL

DİŞHEKİMLERİ ODASI

DENSPLY FRADENT GENDEX Implant Direct nobel EMS

ILKAY DİŞ DEPOSU LOTUS DİŞ DEPOSU GEMF SD Sleep Dental

TEB SU DENTAL DİŞ DEPOSU TURKUAZ & BEİZ KERMET

19-22 Kasım 2009 ANTALYA

Abdullah Aysu:

Çözüm GDO değil, 'bilge köylü tarımı'

Geçtiğimiz 26 Ekim günü yürürlüğe giren GDO'lu ürünlerle ilgili yönetmelik meslek odaları ve çiftçi örgütleri tarafından tepkiyle karşılandı. GDO'lara ve bu yönetmeliğe neden karşı olduklarını Çiftçi Sendikaları Konfederasyonu Çiftçi-Sen Genel Başkanı Abdullah Aysu'ya sorduk. Aysu GDO'ların ciddi bir tehlike olduğunu ama son yıllarda 'organik tarım' diye adlandırılan yöntemin de yine şirketlere bağlılığı getireceğinden makbul olmadığını söyledi.

GDO konusuna girmeden önce Türkiye tarımının genel bir portresini çizebilir misiniz?

Tokyo'da yapılan ve 1979'da biten Gümruk Tarifeleri ve Ticaret Anlaşması'nın ana teması tarımın serbest piyasa içine alınmasıydı. Katılımcı ülkelerin tamamı tarımın serbest piyasa içine alınmasını reddetti. Türkiye de oradaydı ve reddedererek çıktı geldi. Ama 24 Ocak kararlarıyla birlikte IMF ve Dünya Bankası maarifiyle bu hedef Türkiye'de uygulamaya sokuldu. Bunun içinde Türkiye'de üç tane sinsice diyebileceğimiz plan uygulandı. Öncesinde bir hazırlık çalışması yaptılar. Devlet yani Kamuyla çiftçinin bağı koparttılar. Çiftçinin başvurduğu genel müdürlüklerin hemen hepsi kapatıldı. Tarım Bakanlığı bünyesindeki kalite kontrol, su ürünleri, veteriner işleri, teknik ziraat, zirai araştırma ilaç ve kontrol birimleri, bunlara bağlı bütün genel mü-

dürlükler kapatıldı. Böylelikle devletle bağı kopan çiftçiler yalnızlaştı.

Arkasından özelleştirmeler geldi. Bunlar Özal döneminde başladı ve DYP-SHP koalisyonu döneminde devam etti. Örneğin Et Balık Kurumu, Süt Endüstrisi Kurumu ve Yem Sanayii bu dönemde özelleştirildi ve kapatıldı. Yem sanayi özelleştirilmeden önce yemin bir çuvalının fiyatı 12 lirayken bir litre sütün fiyatı da 20 liraydı. Özelleştirmeler sonrasında yemin çuvalı 20 liraya çıktı, sütün fiyatı 12 liraya düştü ve birdenbire Türkiye hayvancılığı bir sarsıntı yaşadı. 1980 yılında Türkiye'de büyükbaş ve küçükbaş hayvan sayısı 83 milyon civarındayken bugün 41 milyona kadar geriledi ve Türkiye ihracatçı iken ithalatçı konuma geldi hayvancılıkta.

İkinci adım neydi?

Bu özelleştirmelerle birlikte şirketlere

mahkumiyet başlatıldı. Devlet aradan çıktığı oranda şirketler egemenlik kurmaya başladılar. Tam bu dönemde Kemal Derviş'in çıkarttığı ünlü 15 yasa içerisinde bir yasa vardı ki çok tehlikeliydi. Tarımsal birliklerle ilgili 4572 sayılı yasayı çıkartılar. Fiskobirlik, Tarış, Marmara Birlik, Trakya Birlik gibi 17 tane Birlikle ilgili kanun değiştirilerek çiftçilerin kendisine ait olan öz örgütleri bir biçimde şirketlere aktarıldı. Bunun için de şöyle bir yol izlendi: Tarım satış kooperatifleri birliklerine ait entegre tesislerin tamamı ve pazarlamaya yönelik ünitelerinin tamamı anonim şirketlerle dönüştürülerek özelleştirilmesinin yolu açıldı. Biz bu ikinci adımı çiftçilerin örgütleriyle bağının koparılması olarak adlandırıyoruz.

Üçüncü ve en tehlikeli, konumuzla da çok ilgili olan bölüme geliyoruz. 2006 yılında 5553 sayılı bir Tohumculuk Kanu-

nu çıkarttılar. Bu Kanun'da çiftçilere tamam siz her şeyi üretebilirsiniz ama tohum üretip satamazsınız dediler. 2011 yılından itibaren satanlar hakkında cezai işlem yapılacak. Biz bunu da çiftçiliği çiftçilikten çıkartma planı olarak adlandırıyoruz. Çünkü tohum çiftçi için vazgeçilmezdir. Toprağa kimyasal ya da organik ilaç, kimyasal ya da organik gübre atmasanız da bir miktar ürün elde edersiniz. Ama toprağa tohum atmadan ürün elde etmeniz mümkün değil. Tohumu ele geçiren tarım ve gıdayı ele geçirir. GDO da bunun bir sonraki aşaması.

GDO diye ifade edilen Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların ortaya çıkması nasıl oldu?

Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar devletlerin yaptığı araştırma, geliştirme çalışmaları sonucunda ortaya çıkmış bir şey değil. Tümüyle şirketler tarafından geliştirilmiş bir 'şey'. Şirketler tarım ve gıdada egemen olmak isterken son aşama olarak tohumu tamamen ele geçirmek istediler. Bunun için de GDO icat edildi. Bunun mazisi çok gerilere gitmiyor. 1989larda falan başlayıp 2000'li yıllarda yaygınlaştı bu iş.

Şirketler derken geniş bir ifade kullanmamız yanlıtmasın, toplam 7-8 tane şirketten bahsediyoruz. Ama bir şirket var ki tek başına genetiği değiştirilmiş tohumların %90'ından fazlasını üretiyor. Dolayısıyla burada hegemonya kuran şirket belli, ama isim ifade ettiğimiz zaman uyarıyorlar bizi; şirket itibariyle oynuyorsunuz diye. Çoğunlukla ABD şirketleri ama Fransa ve Almanya menşeli olan da var. Bizim ülkemizde de hepsinin genel müdürlükleri var.

Bu tohum firmaları GDO'lu üretimde nasıl bir çıkar öngörüyorlar ki bu alana yatırım yapıyorlar ve bu işi zorluyor?

GDO'lu üretim ilk başladığında belki hatırlarsınız bunun ismi 'terminatör tohumu' diye geçti uzunca bir süre. O dönemlerde kendisini yeniden üretemeyen tohumlar üretiyordular. Çok tepki alınca bu sefer bu tohumların patent-



2006 tarihli yukarıdaki haritada yeşille işaretlenmiş alanlar Avrupa Birliği'nde GDO'lu ürünleri yasaklamış ülke, eyalet ve belediyeleri gösteriyor.

lerini aldılar. Böyle olunca siz gidip de A firmasından bu tohumu alırken size sözleşme imzalatıyor ve sözleşmede diyor ki 'bu tohumu başka hiçbir yerde kullanmayacaksın ve bunun içinden tohumluk da ayırmayacaksın'. Şöyle örnek vereyim daha anlaşılır olması için: Ben buğday üretiyorum. A firmasından genetiği değiştirilmiş buğday satın almışsam bundan buğday elde edebilirim ve satabilirim. Ama onun içinden tohum ayıramam. Çünkü o tohumun sahibi o firma oluyor. Yani canlı türünün sahibi oluyor!

Zaten iki tane gen karışımı olduğu için istediğiniz oranda bir verimlilik elde edemezsiniz. Diyelim ki birinci dönemdeki çimlenme gücü %95 ise ikincisinde çok azalıyor.

Tohumluk ayırırsanız da çok fazla faydası yok yani...

Evet. Ama buna rağmen ayırırsan o zaman da o patentten dolayı 'benim tohumumu kullandın, bunun parasını tekrar ver' diyor. Tehlikelerinden birisi budur, binlerce yıl doğada var olan bu tohumun sahibi oluyor. Bu şu anlama geliyor; bu tohumu isterse insanların kullanımına sunar, istemezse deposunda tutar ve üretimden alıkoyabilir. Böyle bir hakkı elde ediyor.

GDO'nun zararsız olduğunu savunanlar çiftçilerin gelecekteki melezleştirme yöntemlerinin de bir çeşit genetik müdahale olduğunu iddia ediyor...

Mezlemede aynı türü birbirleriyle eşleştiriyorsunuz. Yani buğdayı buğdayla, fasulyeyi fasulyeyle... Fasulyenin genine akrep geni eklemiyorsunuz. Doğal ıslah yöntemi dışında melez/hibrid denilen tohum, tohumun ilk özelleştirilmesidir. Çünkü biz o tohumun ürününden tekrar tohum ayıramayız. Atarız toprağa, toprak gene bize bir miktar ürün verir ama yeterli ürün vermez. Aynı bitkiden yapılan mezlemede iki üç yıl üstüste toprağa attığınızda ayrışır ve soyuna çeker. Herkes kendi yerine geri dağılır. Doğa bu düzeni kendi içinde kuruyor. Ama iki

ayrı cinsi birbirine uyguladığımızda doğa onu bir daha yetiştiremiyor, başka bir canlı çıkıyor ortaya ve bu soyunu devam ettiremiyor. Böyle bir tehlikesi var. Bir başka tehlikesi de biyoçeşitlilikle ilgili...

Biyoçeşitliliğe nasıl zarar veriyor?

Kendi türlerinin hepsini kendisine benzetme özelliği var. Yani siz genetiği değiştirilmemiş mısır da ekseyiz, yakınında GDO'lu mısır ekilmişse rüzgar ve böcekler yoluyla 30 km uzağa kadar ulaşır bunu değiştirebiliyor. Kendisine benzetiyor ve giderek biyoçeşitlilik ortadan kalkıyor. Bir süre sonra bakacağız ki beş tür mısıra mahkum olmuşuz. Peki bunun sahibi kim; A firması. Ve bütün dünya, 7 milyar insan o A firmasının beş tane mısırına mahkum durumuna gelecek. Hindistan'da 130 bin çeşit pirinç vardı. Şu anda kullanımda olan 30 çeşit. Bu çok büyük bir yoksullaşmadır ve parasal bir karşılığı yoktur. Dünyanın tüm parasını yığsanız bu çeşitliliği yeniden üretemezsiniz.

Bir başka savunu noktası olarak da GDO'lu ürünlerin daha az gübre, ilaç, su vs. istediğini, dolayısıyla daha çevreci olduğunu söylüyor...

Önce melez tohumdan başlayalım. >

Melez tohumun yüksek verim vermesi için kimyasal gübre kullanmanız gerekiyor. Kimyasal gübreyi yararlı hale dönüştürmek için de çok su kullanmanız gerekiyor. Çok suyla kimyasal gübre bir araya geldiğinde yabancı ot çoğalıyor. Yabancı ot çoğaldığında bu sefer haşereler yabancı otların yapraklarında yumurtalarını bırakıyor ve üremeye başlıyor. Bu sefer yabancı böceği öldürmek için ilaç kullanıyorsunuz. Şimdi başa saralım. Tohum firması A firması. Aynı firma kimyasal gübre üretiyor. Aynı firma kimyasal ilacı da üretiyor.

GDO'lu tohuma gelirse, bu sefer de kendi üretmiş oldukları ilacı o tohumun içinde kullanıyor. Siz dışarıdan ilaç atmıyorsunuz. Mısırı toprağa attınız, büyüyüp koçanda taneler oluşurken ilaç da tanelerin içine geliyor. Mısır tırtılı onu yemeye kalktığında ölüyor. Herhangi bir kuş onu yemeye kalktığı zaman ölüyor.

Peki bunun son tüketicisi kim? İnsanlar.

Ama insanlara bir zararı yok deniyor...

Evet, öyle diyorlar...

Sizin bildiğiniz herhangi bir tıbbi araştırma var mı?

İnsanlar üzerinde araştırma yapılamıyor, biliyorsunuz. Fareler üzerinde yapılan deneylerde görüldü ki bağışıklık sistemini zayıflatıyor, alerjik hastalıklara neden oluyor. Ve en önemlisi de üç nesilden sonra üreme duruyor, kısırlaşma başlıyor. Bütün GDO'ların özelliği bu. Zaten dört üründe kullanılıyor: Kanola, mısır, soya ve pamukta.

Bu bahsettiklerimiz sanayi ürünleri; diğer ürünlerde kullanılıyor mu?

Sanayi ürünleri ve temel gıda aynı zamanda. Mısırdan şeker üretiliyor, kanola ve soyadan yağ üretiliyor. Üstelik, soya lesitini bütün gıdalarda kullanılıyor. Yediğimiz hemen her şeyde, mamadan çikolatasına, gofretine, bisküvisine kadar hepsinin içinde var.



'İlacı tohumun içinde kullanıyorlar. Dışarıdan ilaç atmıyorsunuz. Mısırı toprağa attınız, büyüyüp koçanda taneler oluşurken ilaç da tanelerin içine geliyor. Mısır tırtılı onu yemeye kalktığında ölüyor. Bir kuş onu yemeye kalktığı zaman ölüyor. Peki bunun son tüketicisi kim? İnsanlar.'

Bunlar bugüne kadar Türkiye'ye giriyor muydu?

Giriyordu tabii.

Yasal olarak mı?

Hayır. Bugüne kadar hep "GDO'lu ürünler Türkiye'ye giremez" deniliyordu ama bunu akredite edecek laboratuvarlar olmadığı için doğrudan giriyordu Türkiye'ye.

Geçtiğimiz ay çıkarılan Yönetmelik bu konuda gerekli düzenlemeleri yapıyor mu?

Bu yönetmelik; her ne kadar 'zorlaştırdık' diyorlarsa da esasında GDO'yu serbest bırakan bir kılıf. Öncelikle, yönetmelik hiçbir yasaya dayanmıyor. Dört yasaya dayandığı ifade ediliyor ama bizim o yasalardan birisi 1973 yılında çıkmış. Genetiği değiştirilmiş organizma diye bir şey dünya üzerinde bilinmezken!

Biz yıllardır biyogüvenlik yasasını çıkarılsın diye uğraşırken onu çıkarmadan yönetmelik çıkarıyorlar. Normal yöntemi şudur: Siz biyogüvenlik yasasını çıkarırsınız; bu bir çerçeve yasadır. Der-siniz ki benim ülkemde Kars'ta telis

buğdayı üretilir, başka yerde şu üretilir. Buralara başka tohum girdiğinde bozar, buna yönelik önlemler alırsınız. Çünkü Türkiye endemik çeşitlilik olarak çok zengin bir ülke. Bizim endemik çeşitliliğimiz bütün Avrupa'nın toplamından fazla. Böylesine bir zenginliğe sahipsiniz ve bunu koruyacak önlemler almıyorsunuz. Kısacası, tohum ve gıda şirketlerinin lehine bir düzenleme yapılmaktadır. Gerekece olarak da uluslararası sözleşmeleri gösteriyorlar.

Aynı sözleşmelere imza atmış birçok ülke GDO'ya yönelik engelleyici kararlar alabiliyor ama...

Bizde yasalar hep kopya çekilir. Kopya çekerken de şirketler lehine uyarlanır. Yönetmelikte binde dokuz rakamı var. Tarım Bakanı çıkıp "Avrupa'da da binde dokuz bizde de; itirazınız nedir" diyor. Avrupa'daki binde dokuz-

la bizdeki binde dokuz aynı değil. Örnek olarak anlatayım. 100 gramlık bir gofret var elinizde. Bunun içinde soya lesitini var diyelim. Avrupa'daki düzenlemeler kullanılan soya lesitininin binde dokuzu GDO'lu olabilir diyor. Bizdeki bu yeni yönetmeliğe göre ise gofretin tamamının binde dokuzu GDO oluşabilir. AB bu çinköneyi çiftçiyi koruma amacıyla koyuyor, sanayiye koruma amacıyla değil. Genetiği değiştirilmemiş bir ürünü değirmene getiren bir çiftçi onun öncesinde orada kalan genetiği değiştirilmiş bir tohum ona bulaşırsa hakkı yenmesin, genetiği değiştirilmiş tohum muamelesi görmesin diye bu oranı esas alıyor. Toplam miktarın binde dokuzu dediğin zaman o soyanın tamamının genetiği değiştirilmiş olabiliyor. Üstelik GDO'dan üretilmiştir diye yazmak zorunda da kalmıyorsunuz.

Bu söyledikleriniz akla yatkın geliyor ama madem böyle, çiftçiler neden GDO'lu ürünü tercih ediyor?

Önce şunu düzeltelim; çiftçi tercih etmiyor, mecbur bırakılıyor. Çünkü kendi tohumunu ayırma hakkı elinden >

'Çözüm 'bilge köylü tarımı'dır. Bu köylü tarımı dünya nüfusunun birbuçuk katını kolaylıkla besler. Çünkü köylü tarımının verimliliği endüstriyel tarıma göre daha yüksektir. Bilge köylü tarımı binyıllardan süzölmüş bilgiyi kullanır.'



aldıktan sonra mecbursunuz oraya. Yoksa bunların daha verimli olduğu çok büyük bir yalan.

Çiftçinin GDO'lu tohumu tercih etmeme şansı var ama...

Şimdilik var. Ama şu andaki hükümetin yürüttüğü politikalar nedeniyle yarın olmayabilir. Mesela melez tohuma destek veriliyor ama diğere yerel tohuma destek vermiyor hükümet. Dolayısıyla genetiğı değiştirilmiş tohumlara destek verdiğinde yapılacak bir şey yok.

Diğere taraftan şirketler başlangıçta piyasayı istila etmek için çok düşük fiyatlarla da verebilirler bu tohumları. Üç beş sene sonra sen kendi tohumunu kaybettikten sonra ona mahkum da olabilirsin.

Verimlilik iddiası için 'yalan' dediniz, buna ilişkin veriler var mı?

ABD'de 1560 çiftçi arasında yapılan araştırma çok net bir biçimde verimli olmadığını gösteriyor. Bu bilgiler ABD tarım bakanlığının sitesinden alınmıştır. Nebraska Üniversitesi tarafından yapılan araştırmada görülüyor ki genetiğı değiştirilmemiş tohum genetiğı değiştirilmiş olan tohuma göre %5.3 daha verimli. Sonrasında "bu yıl iklim, hava şartları vs.den dolayı mı böyle oldu?" diye tekrar yapılan araştırmada gene %5.3 sonucunu veriyor. Kansas Devlet Üniversitesi benzer bir araştırmayı yapıyor. Aynı yerlerde yaptığı için verimliliğinin %9 oranında düştüğünü görüyor.

Demin daha az ilaç, gübre kullanıldığı vb. iddialardan bahsederken eksik bıraktım. Biz tohumun içerisine koyarak daha az ilaç kullanıyoruz diyorlar. Onun da

rakamlarını vereyim: Arjantin'de ekilebilen tarım arazisinin %74'ünde genetiğı değiştirilmiş soya, mısır ve pamuk yetiştiriliyor. 1996 yılında 13.9 milyon litre glyphosate denilen yabancı ot ilacı kullanılıyor. 2008 yılına gelindiğinde ise ilaç kullanımı 200 milyon litreye çıkıyor. GDO'lu soya ekim alanı 5 kat artarken ilaç kullanımı 14 kat artıyor. Veriler bu iddiaları kesinlikle desteklemiyor yani.

Peki, madem verimlilik olarak da avantajlı değil, o zaman bunları üreten şirketler dışında kimsenin bu işten çıkarı yok gibi görünüyor. Sadece bu şirketlerin gücüne bu kadar yayılması tuhaf değil mi?

Bakın bu şirketlerin 2027 için önlere koydukları ciro hedefi 24 trilyon dolar; dünyadaki tüm sahici paranın dörtte biri. Böylesi bir güce doğru giden şirketler önündeki her türlü engeli kaldırmaya çalışır ve güçsüz hükümetler burada yetersiz kalabilir, ki birçok ülkede yetersiz kalıyor. Bunun için biz üreticiler, yarı üreticiler ve tüketiciler birlikte davranmalıdır diyoruz. Bilinçli tüketiciler için biz yarı üretici tabirini kullanıyoruz. Bunların birlikteliğiyle bir direnç noktası oluşturmak gerekiyor; tek başına hükümetlerin altından kalkabileceği işler değil.

Küresel kapitalizmin yaşadığı bu krizden çıkış noktası olarak doğal kaynaklar gösteriliyor. Bu kaynaklardan biri gıda biri su. Başka bir rakam vereyim size. Şu anda dünya üzerinde özelleştirilmiş olan suyun oranı %5. Bu kadar sudan yapılan ciro ne kadar biliyor musunuz? Tüm dünyada yapılan petrol cirosunun %54'ü. Bu

denli büyük paraların karşısında bizim gibi 5-10 tane Don Kışot çıkmışız konuşuyoruz. Buna bütün halkın ortak bir direnç noktası oluşturması lazım. Bunu birlikte durdurmamız lazım. Durdurmazsak sonumuz iyi değil.

GDO'dan önce tarımsal ürünler tam anlamıyla sağlıklı mıydı Türkiye'de? Tek sorun GDO mu yani?

Bir çiftçi olarak net söylüyorum, çok sağlıklı ürün tüketiyoruz diyemeyiz. Bu ürünlerin hepsi GDO'lu değil. Sebze, meyvede GDO yok. Henüz buğdayda da yok Türkiye'de. Ama kullandığımız zirai ilaç, kullandığımız kimyasal gübre GDO'dan çok da masum değil. Bu da kalıntı oluşturuyor ve ciddi sağlık sorunlarına neden oluyor. Topraklarımızı kullanılmaz, sularımızı içilemez duruma sokuyor. Çünkü kimyasal gübrenin içinde nitrit var. Bu nitritin hepsini toprak ve bitki absorbe edemiyor, yağmurlarla yeraltı ve yerüstü sularına karışarak denize kadar gidiyor. Dolayısıyla bunların hepsine ciddi önlemler alınması gerekiyor.

Ortada bir panik hali var. Bunu hepimiz görüyoruz ve hissediyoruz. Ama bu panik halinin karşılığı 'organik tarım' üretmek değildir. Organik tarım tek başına bu işin üstesinden gelemeyiz. Çünkü organik tarımda sonuç itibariyle organik gübre, organik ilaç vs. kullanıyorsunuz. Bunlar yine şirketlerin kontrolünde olan şeyler. Şu anda bir yandan da bazı şirketler bu varolan paniği ranta dönüştürmeye çalışıyor. Organik ilaç, organik gübre, sertifikalı organik ürün adı altında çok ciddi rakamlarla büyük paralar kazanıyorlar. Çözüm 'bilge köylü tarımı'dır. Bu köylü tarımı dünya nüfusunun birbuçuk katını kolaylıkla besler. Çünkü köylü tarımının verimliliği endüstriyel tarıma göre daha yüksektir. Bilge köylü tarımı binyıllardan süzölmüş bilgiyi kullanır. Biz pulbiber kullanarak böcek öldürücülüğü yaparız. Sarımsak kullanarak böceği öldürmeden tarladan uzaklaştırırız. Kendi tarlamızdaki ısırgan otumuzdan ilaç yaparız. Sütlegeen bitkisinden ilaç yaparız. Bunlar da bilimsel şeylerdir. Bunlar çok daha zahmetli ama çok daha güvenilir, çok daha kaliteli gıda elde etmeye yarayan güvenilir metodlardır. <

Dişhekimiği uygulamalarında periodontoloji disiplininin yeri

Periodontitis, kronik seyreden diğer enflamatuvar hastalıklarda olduğu gibi ağız ve genel vücut sağlığını etkileyen bir rahatsızlıktır. Hastalığın doğru teşhisi, gerekli tedavi seçeneklerinin doğru uygulanması ve hastanın bilgilendirilmesi konusunda dişhekimine önemli bir sorumluluk düşmektedir. Bu derlemenin amacı dişhekimiği pratiğinde hastaların periodontal sağlık açısından rutin kontrollerini sağlayan yeni yöntemleri tanıtmak ve dişhekimi tarafından uygulanabilecek periodontal tedavileri özetlemektir. Ayrıca, periodontal tedavi sonrası prognoz ve periodontal hastalık nedeni ile oluşan doku kayıplarının tedavisinde dişhekimi-periodontist ekip çalışmasının yeri tartışılmaktadır.

Diş ve dişi çevreleyen sert ve yumuşak dokuların yapısı, bu dokuları etkileyen hastalıklar ve gelişme mekanizmaları, ve de bu tür hastalıklar nedeni ile kaybolan dokuların rejenerasyonu son yirmi yıllık dönemde sürekli gelişen bir araştırma alanını oluşturmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen veriler sonucu güncel dişhekimiği uygulamalarında da bazı değişimler görülmektedir. Bugün alt çene dişsiz hastalarda implant destekli overdenture türü restorasyonlar, ya da tek diş eksikliklerinde sağlıklı komşu dişleri kesmek yerine dişsiz bölgeye yerleştirilen implanttan destek alan kuron yapımı rutin dişhekimiği pratiğinde yerini almıştır. Ayrıca, yeni teknik ve malzemelerin gelişmesi ile dişhekimiğinde uzmanlık dalları daha da zenginleşmiş, aynı zamanda ağız ve genel sağlık arasındaki ilişki nedeni ile dişhekimiği tıp bilimlerine daha da yaklaşmıştır. Bu anlamda sağlık taraması, hastanın bilgilendirilmesi ve de tedavi için doğru yönlendirilmesi konularında genel dişhekimlerine önemli bir görev düşmektedir. Bu derlemenin amacı son yıllardaki gelişmeler ışığında periodontoloji disiplininde güncel dişhekimiği pratiğini etkileyecek yenilikleri tartışmaktır.

Derlemenin başlangıç bölümünde periodontal hastalıklarının sınıflandırılması ve doğru teşhis için gerekli parametrelerin tanımı ile giriş yapıldıktan sonra dişhekimiği pratiğinde periodontal sağlık taramasının rutin ve standart bir şekilde uygulanması için geliştirilen teknikler irdelenmektedir. Periodontal hastalık gelişmesi açısından

bireyler arasında görülen farklılıklardan bahsedilmektedir. Aynı zamanda periodontal sağlık taraması öncesi anatomik olarak, aynı ya da yakın bölgeyi etkileyen baş-boyun bölgesi kanser taramasının yapılması önerilmektedir. Bu, özellikle periodontal sağlık taraması için önemlidir. Çünkü prekanserojenik lezyonların birçok periodontal hastalık belirtisi vermektedir. Her dişhekimi hastanın dosyasında sürekli tutabileceği ve rutin olarak uygulayabileceği baş-boyun bölgesi kanser taraması ve periodontal sağlık taraması ile ilgili formları kullanılmalıdır. Bu belgeleme işlemi genelde kronik seyreden ve tedaviye rağmen tekrarlayabilen bir hastalık özelliği taşıyan periodontal hastalıkların aşırı doku yıkımına neden olmadan teşhisi ve tedavi gören hastaların uzun dönem takibi için önemlidir. Aynı şekilde baş-boyun bölgesinde belirlenen normalin dışında aşırı renklenme, şişme ya da epitelyal tabakada aşırı keratinizasyon gibi özellikler bu tür formlar sayesinde dokümente edilip randevular arasında gözlemlenen değişimler takip edilebilir.

Derlemenin ikinci yarısında dişhekimi muayenehanesinde uygulanabilecek periodontal tedaviler tartışılmakta, ilgili endikasyonlar ve sınırlamalar listelenmektedir. Son olarak periodontal doku yıkımının aşırı olduğu bireylerde dişhekimi-periodontist ekip çalışması tartışılmaktadır. Protetik tedavi öncesi periodontal dokuların incelenmesi ve hangi durumlarda ne tür periodontal tedavilerin yapılması gerektiği özetlenmektedir.



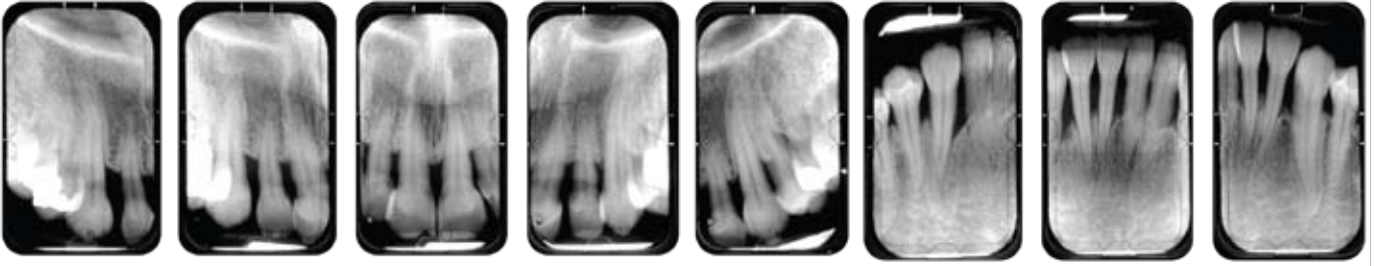
Resim 1A: Gingivitis

Yumuşak doku seviyesinde kırmızılık, ödem, sondalama da kanama gibi klinik enflamasyon belirtileri görülürken ataşman kaybı yoktur. Cepler 'yalancı cep' olarak adlandırılır. Kemik kaybı nedeni ile değil, yumuşak doku seviyesinde oklüzyona doğru büyümeden dolayı oluşmaktadır.



Resim 1B-a: Kronik Periodontitis

Resim 1A da görülen klinik enflamasyon belirtilerinin yanında dişeti çekilmesi ve papilla dokularının kaybı ile kendini gösteren ataşman kaybı vardır. Ayrıca hastalığın başlıca etkeni olan plak ve diştışı birikimi de belirgindir. Hastalığın yaygınlığı ve ciddiyeti bütün dişler son dalararak ve her diş etrafında, altı yüzye de cep derinliği ve dişeti kenarının mine-sement hududuna göre nerede konumlandışı belirlenerek hesaplanır.



Resim 1B-b: Kronik periodontitis. Resim 1B-a'daki olgunun radiografik bulguları. Ön sekstantta genelde yatay yönde ilerleyen ve her dişte %50 den fazla kemik desteği kaybı görülmektedir.

I- Periodontal Hastalıkların Sınıflandırılması Ve Doğru Teşhis İçin Bilinmesi Gereken Unsurlar

1990'ların son dönemlerine kadar periodontal hastalıkların sınıflandırılmasında özellikle yaş faktörü (örnek: prepübertyal ve juvenil periodontitis), tedaviye alınan yanıt ve hastalığın ilerleme hızı (örnek: tekrarlayan periodontitis ve hızlı ilerleyen periodontitis) esas olarak alınıyordu¹. Güncel dişhekimliği pratiğinde ise farklı periodontal hastalıkları sınıflandırmak için kullanılan birincil parametre ataşman kaybı (cep derinliği+dişeti çekilmesi)dir². Bu yaklaşım periodontal hastalığa her yaş grubunda rastlanabildiğinden, uzun dönem klinik belgelemenin zorluğundan ve hastalığın teşhisinde ortak bir dil ihtiyacından seçilmiştir². En basit şekilde özetlendiğinde, dişetlerinde ödem, kırmızılık ve kanama gibi iltihabın başlıca klinik belirtileri görüldüğünde ve de ataşman kaybı olmadığında 'gingivitis' teşhisi doğru olmaktadır (Resim 1A). İltihap belirtilerine ek olarak ataşman kaybı (derin cep derinlikleri, dişeti çekilmesi, furkasyon defektleri) olduğunda periodontitis teşhisi konulmalıdır. Periodontitis hastalığının sık görülen türü dönem dönem hızlı yıkım

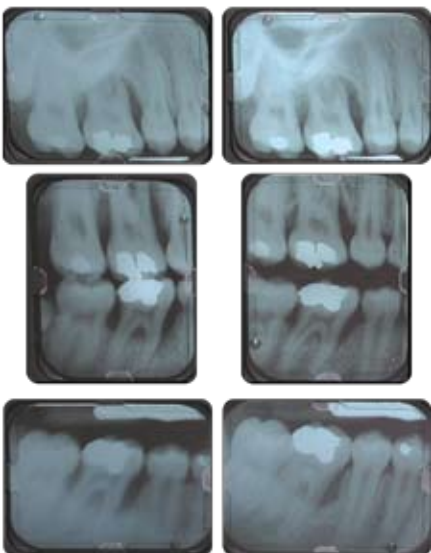


Resim 1C-a: Agresif periodontitis. Hastanın ön dişlerini ve birinci büyük azı dişlerini etkileyen, dişlerin ark içinde yer değiştirmelerine neden olacak ciddiye ataşman kaybı vardır. Genelde hastalığın birincil etkeni olarak bilinen plak ve diştaşı azdır. Ama sondalama da kanama yaygın olarak gözlemlenir.

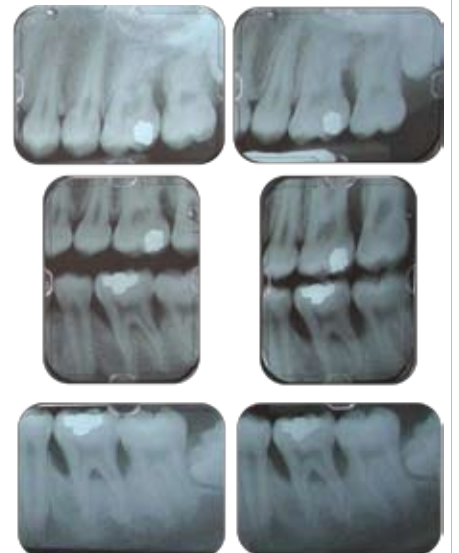
gösterebilse de genelde yavaş ilerleyen ve bu nedenle de 'kronik periodontitis' olarak tanımlanan türüdür (Resim 1B-a ve b)³. Kronik periodontitis ataşman kaybının miktarı ve etkilediği yüzey sayısına göre hafif, orta ya da ciddi ve, bölgesel ve yaygın olarak sınıflara ayrılmaktadır. Ağızda bulunan toplam diş yüzeylerinin %30 dan fazlasında ataşman kaybı görüldüğünde ve görülen ataşman kaybı 5 mm ve üzerinde ise 'yaygın ciddi kronik periodontitis' teşhisi konulmalıdır. Agresif periodontitis ise farklı bir hastalık olarak kendini gösterir⁴. En önemli özelliği birinci büyük azı ve kesici dişler etrafında görülen ciddi açıl kemik defektleridir (Resim 1C-a,b,c). Sadece bu dişleri etkilediğinde bölgesel agresif periodontitis hastalığından bahsedilirken,

bağışıklık yanıtının yeterli olmadığı bireylerde diğer bölgeleri de etkiler ve yaygın agresif periodontitis olarak tanımlanır.

Periodontal hastalıkların tanımında yaş başlıca etken olarak düşünülmesine de genel olarak kronik periodontitis yetişkin ve orta yaşta bireyleri etkilerken, agresif periodontitis gençlerde görülmektedir^{3,4}. Gingivitis, kronik ve agresif periodontitis hastalıkları gruplarına girmeyen periodontal hastalıklar Nekrotize Ülseratif Periodontitis (eski ismi ile ANUG) ve gingival lezyonlardır⁵. Gingival hastalıklar ve lezyonlar arasındaki en büyük fark hastalığa neden olan etkenin türüdür⁶. Gingival hastalıklara neden olan bakteri periodontal doku ve ağız boşluğuna özel iken, gingival lezyonların nedeni olan bakteri farklı deri ve mukoza lezyonlarına neden olabilen bakteri türleridir. Ayrıca, virus ve fungusun neden olduğu gingival lezyonlar da vardır⁶. Farklı mukokutanöz hastalıkların gingiva belirtileri de lezyon olarak tanımlanır⁷. Bunların dışında, klinik olarak dişeti hastalıklarına benzeyen ancak bazı yumuşak ve sert dokularla ilgili selim >



Resim 1C-b ve c: Agresif periodontitis radiografik bulgular. Resim 1 C-a da görülen olgunun posterior bölgeden alınan röntgen filmlerinde birinci büyükazı dişlerini etkileyen derin açıl kemik defektleri görülmektedir.



ya da habis tümörler de 'diğer periodontal hastalıklar' içinde sınıflandırılmaktadır⁸.

Periodontal hastalıkların başlıca etkeni diş plağı ve buna bağlı olarak spesifik mikroorganizmalardır. Ancak bazı sistemik hastalıklar (örnek: şeker hastalığı, HIV gibi bağışıklık sistemini etkileyen

hastalıklar) ve bazı sistemik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların (örnek: dilantin, nifedipin, siprofloksasin) yan etkisi olarak periodontal dokularda iltihap ve yıkım görülebilmektedir. Dolayısıyla bir dişhekimi için periodontal hastalıklarda farklı teşhis yetisini kazanabilmek ne ka-

dar önemli ise, bireylerin periodontal hastalıklara yakalanma risklerini tespit etme ve dişhekimliği pratiğinde yüksek risk taşıyan bireyleri yakından takip etmeyi sağlayacak yöntemleri uygulayabilmekte o kadar önemli olmaktadır.

II- Dişhekimliği Pratiğinde Periodontal Sağlık Kontrolünün Rutin Ve Standart Bir Şekilde Uygulanması

IIA- Periodontal hastalık açısından yüksek risk taşıyan hasta gruplarının belirlenmesi

Her dişhekimi hastasının genel sağlığını korumak ve olası komplikasyonları önlemek için kapsamlı anamnez alınmasının önemini bilir. Anamnez güncel dişhekimliği pratiğinde daha da önemli bir yer almaktadır. Periodontal hastalıklara yakalanma ve ilerleyen türde periodontal doku yıkımına yatkın olmak açısından farklı toplumlarda bireysel farklılıklar görülmektedir⁹. Bu tür bir ilişkiyi doğrulamak için uzun dönemli ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Varolan çalışmalara göre, bugün için kabul edilen ve periodontal hastalık için risk faktörü olarak bilinen şeker hastalığı ve sigara kullanımıdır¹⁰. Tedavi altında olmayan şeker hastaları ve uzun dönem sigara kullanan bireylerde periodontal hastalık geliştirme riski daha fazla olmaktadır ve gözlemlenen ataşman kaybı miktarı ve etkilediği kök yüzey sayısı daha yüksek bulunmaktadır¹⁰.

Benzer şekilde son on yıl içinde yapılan çalışmalar uzun dönem devam eden periodontal hastalıkların ciddi sistemik sorunların meydana gelmesinde risk oluşturabileceğini göstermektedir. Bütün dentisyonu etkileyen ciddi periodontal hastalıklarda, lokal olarak ağızda bulunan enfeksiyon, vücuttaki bağışıklık sistemini harekete geçirecek seviyeye ulaşmaktadır¹⁰. Endotelial duvarı ve tüm kan dolaşımını etkileyebilmektedir¹⁰. Sonuçta da uzun dönem devam eden bu şekildeki bir stimulus, kardiovasküler hastalıkların oluşmasına neden olabilmektedir¹¹. Benzer şekilde, periodontitis ile üst solunum yolu enfeksiyonları ve diabetik komplikasyonlar arasındaki bağlantı sorgulanmaktadır¹². Ciddi periodontal hastalığa sahip bireylerde bakteriyel

Ağızdışı inceleme

- Genel olarak yüz (deride renk farklılaşması, yüzde simetri-asimetri)
- Gözler
- Burun
- Kulaklar
- Boyun

Ağız içi inceleme

- Dudaklar
- Bukkal mukoza
- Dil ve dil kökü
- Ağız tabanı
- Damak
- Orofarinks bölgesi ve farinks yan duvarları
- Bademcikler
- Yumuşak damak bölgesi

İnceleme yöntemi

- Klinik gözlem
- Palpasyon
- Deri ve mukoza yüzeyinin gazlı bezle silinmesi
- Ağız aynası

Tablo 1: Baş-Boyun Bölgesi Kanser Taraması Rutin dişhekimi muayenesi sırasında patolojik oluşum açısından incelenmesi gereken anatomik bölgeler

stimulusun anne karnındaki bebeğe etkisi de irdelenmiş, periodontal hastalık varlığı ile prematür bebek doğumları arasındaki ilişki önemli güncel araştırma konuları arasına girmiştir¹³. Özetle, bir dişhekimi hastasından anamnez alırken ve mevcut sistemik hastalıkların periodontal sağlığa olası etkilerini sorgularken, periodontal sorunların neden olabileceği bazı sistemik sağlık sorunlarını ve komplikasyonlarını da irdelemek zorundadır.

Her dişhekiminin anamnez almaya benzer şekilde rutin olarak uygulaması gereken diğer bir işlemde baş-boyun bölgesi kanser taramasıdır (Tablo I)¹⁴. Güncel çalışmalar ağız kanserlerinin %68 oranında geç dönemde teşhis edildiğini göstermektedir^{14,15}. Bu özellikle periodontal sağlık taraması

açısından da önemlidir. Çünkü prekanserojenik lezyonların birçoğu periodontal hastalık belirtisi vermektedir¹⁵. Özellikle sigara kullanımının yüksek olduğu ülkemizde hastalarımızın çoğu bu riski taşıırken, gözlemlenen lezyonlara ayırıcı tanı koymak her zaman mümkün olmamaktadır. Tıbbın diğer dallarında hekime yardımcı kanser tarama testleri geliştirilirken (örnek: göğüs kanseri için rutin uygulanan mamografi, servikal kanser ve prostat kanseri için rutin uygulanması önerilen pap smear ve PSA testi), benzer testler baş-boyun bölgesi için yeni yeni düşünülmektedir (VELSCOPE® ve VIZILite Plus®)¹⁶. Dişhekimleri baş-boyun bölgesi kanser taramasını rutin olarak uygulamalıdır. Ayrıca bu konudaki yenilikleri de yakından takip etmelidirler. Önerilen 40 yaş üzerindeki her bireyin senede bir kere, sigara kullananların 6 ayda bir rutin baş-boyun bölgesi kanser taramasından geçirilmeleridir.

IIB- Periodontal sağlık taraması

Periodontal hastalıklara neden olan başlıca etken spesifik bakteri ya da bakteri gruplarıdır¹⁷. Ancak, bakteri ve bakteri virülans faktörlerine karşı bağışıklık sisteminin aktivasyonu ve bu yanıtta görülen bireysel farklılıklar, klinik olarak gözlemlenen doku yıkımına neden olmaktadır¹⁸. Bazı hastalarda ağız bakımı kötü, diştaşı ve plak birikimi çok fazla olduğu halde basit gingivitis ötesi belirti görülmezken, bazı hastalar ağız bakımına özen gösterebilirler de ciddi periodontal doku yıkımı geliştirebilmektedirler. Bu farklılık, spesifik bakteri ve ürünlerinin varolması, cep içinde üremesi ve virülans faktörlerini salgılamalarına bağlı olduğu kadar, bireyin bağışıklık sisteminin varolan bakteriyel stimülusa ya yeterince yanıt vermemesi ya da aşırı >



Resim 2A: Ataşman seviyesini belirlemek için sondalama tekniği. Periodontal sonda üst büyükazı dişi mezio-bukkal yüzeyinde 2 mm'lik bir cep derinliği göstermektedir. Aynı yüzeyde, dişeti kenarı mine-sement hududuna göre yaklaşık 2 mm apikalde konumlanmaktadır. Bu yüzeyde ataşman kaybı $2+2=4$ mm dir.



Resim 2B: Ataşman seviyesini belirlemek için sondalama tekniği. Periodontal sonda üst büyükazı dişi mezio-palatal yüzeyinde 5 mm'lik bir cep derinliği göstermektedir. Aynı yüzeyde, dişeti kenarı mine-sement hududuna göre yaklaşık 2 mm oklüzal yönde konumlanmaktadır. Bu yüzeyde ataşman kaybı $5-2=3$ mm dir.

yanıt vermesi ile de paralel gelişmektedir¹⁹. Dolayısıyla, periodontal hastalığın nedeni 'hastalığa yatkın bireyde spesifik bakteri ve bakteri ürünlerinin varlığı' olarak tanımlanmaktadır.

Periodontal patojen olarak tanımlanan bakteri sayısı uzun süre üç ile beş bakterinin üstüne çıkmamıştır. Ancak son dönemlerde, özellikle de moleküler mikrobiyoloji tekniklerinin gelişmesi ile bu konuda varolan bilgi büyük bir değişim göstermiştir. Klasik olarak bilinen *Agregatibacter actinomycetemcomitans* (eski ismi *Actinobacillus actinomycetemcomitans*), *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* (eski ismi *Bacteriodes forsythus*) bakteri isimlerinin yanına *Peptostreptococcus* sp. Oral klonları BS044 ve CK035, *Filifactor alocis* ve *Megashaera* sp. Oral klon BB166 gibi yeni adaylar eklenmektedir²⁰. İlginç olan bu yeni bilgi, beraberinde Periodontoloji-Mikrobiyoloji konseptlerinde bazı köklü değişiklikleri de getirecektir. Örneğin bugüne kadar kabul edilen 'periodontal hastalığa neden olan bakteri gram negatif ve anaerobik bakteridir' konsepti bugün sorgulanmaktadır. Çünkü yeni izole edilen bakteri türlerinden bazıları gram pozitif, hatta aerobiktir²⁰.

Bakteri ve bakteri ürünleri periodontal doku yıkımı için gerekli ancak yeterli değildir. Konağın bakteri ve bakteri ürünlerine verdiği yanıt, yıkımın miktarını ve hızını belirlemektedir. Nötrofil ve makrofaj gibi önemli iltihap hücrelerinin periodontal patojenlere karşı yanıtı ve bu yanıtın eksik ya da aşırı olduğu bireylerde görülen doku yıkımı uzun süredir bilinen bir ilişkidir²¹. Ancak son yıllarda, özellikle insan genom

projesinin tamamlanmasından sonra bilinen hastalıkların genetiksel temeli üzerine çalışmalar artmıştır. Bunlar arasında periodontal hastalıklar da yerini almıştır. Bugüne kadar elde edilen veriler periodontal hastalığa neden olan tek bir gen olamayacağını, büyük olasılıkla hastalığın oluşumunda birçok genin birlikte rol oynayabileceğini düşündürmektedir²¹. Irklar arasında görülen genetik poliformizm ve bazı ırklar da belli poliformizme sahip bireylerin periodontal doku yıkımına

daha yatkın olduğu ispatlanmıştır²². Bir dişhekiminin bu alanda edinmesi gereken en önemli bilgilerden biri, periodontal hastalıkların gelişimi ve ilerlemesi açısından bireyler arasında farklılık bulunduğu ve bununda bazı genetik faktörlere bağlı olduğudur. Bugün bu tür farklılıkları tespit etmek için klinisyenin kendi muayenehanesinde kullanabileceği diagnostik testler geliştirilmeğe çalışılmaktadır²³. Bu tür testler, periodontal hastalığa sahip bireylerden çok, henüz periodontal doku yıkımı göstermeyen ama genetiksel olarak hastalığa yatkın bireyleri belirlemek açısından önemlidir. Böyle bir araç bulunduğunda hekim özel bakım programları uygulayarak yıkıma yatkın bireyleri daha yakından takip etme ve hastalığı doku yıkımına neden olmadan önce yakalayabilme şansına sahip olacaktır.

Periodontal hastalığın gelişimi alanında bilimsel olarak uzun yol katedilmiş olsa da muayene pratiğinde büyük değişikliklere neden olabilecek ve hastalığın yıkıma neden olmadan teşhisini sağlayacak ya da periodontal tedavi görmüş hastalarda ilerleyen/tekrarlayan hastalığı tespit edecek araçlar halen eksiktir. Dolayısıyla, dişhekimini, diş çürüğü kontrolüne benzer şekilde rutin olarak uygulayabileceği periodontal sağlık tarama yöntemlerini bilmeli ve her hastasına uygulamalıdır.

IIC- Dokümente edilmesi gereken periodontal klinik parametreler

Periodontal sağlık taramasında amaç, varolan ataşman kaybının miktarı ve ağız içindeki yaygınlığını tespit etmenin yanında, ataşman kaybının varlığı ve miktarı ile ataşman kaybına neden olacak unsurlar arasında bağlantı kurabilmektir. Örneğin, diştaşı ve plak birikiminin fazla olduğu bireyde sondalamada kanama, derin dişeti cepleri ya da açığa çıkmış kök yüzeyleri ve furkasyon bölgeleri beklenen bir bulgudur. Ancak, periodontal doku kaybı diştaşı ve plağın aşırı olmadığı bireylerde de görülebilmektedir.

Veya bazı bireyler kabul edilebilir ölçülerde ağız bakımı uygulamasalar da dişetlerinde kanama şikayeti ile dişhekimine gelebilmektedir. Bu durumlarda neden-sonuç ilişkisi kurmak güçleşmektedir. Dişhekimini başlıca etken olarak bilinen >

KOD 0

- Renklendirilmiş band tamamı ile açıkta
- Sondalamada kanama yok
- Diştaşı ya da kötü kenarlı restorasyon yok

KOD 1

- Renklendirilmiş band tamamı ile açıkta
- Sondalamada kanama var
- Diştaşı ya da kötü kenarlı restorasyon yok

KOD 2

- Renklendirilmiş band tamamı ile açıkta
- Supra ve/veya subgingival diştaşı var
- Kötü kenarlı restorasyon mevcut

KOD 3

- Renklendirilmiş band kısmen açıkta
- KOD 1 ve 2 tanımlaması olabilir

KOD 4

- Renklendirilmiş band doku içinde (Cep derinliği 5.5 mm)

KOD *

- Furkasyon defekti
- Mobilite
- Yumuşak doku defektleri
- Renklendirilmiş banda ulaşan dişeti çekilmeleri

Tablo 2: PSR® Kod sistemi

diş plağı ve spesifik bakteri türünün yanı sıra genetiksel faktörleri, genel sağlık problemlerini ve sigara kullanımı gibi çevresel faktörleri irdelemek zorundadır. Burada önemli olan, varolan ataşman kaybının miktarı ve yaygınlığını tespit etmenin yanı sıra, doku yıkımının aktif olarak devam edip etmediğini belirleyecek ve diş-hekimliği pratiğinde rutin kullanıma girebilecek basit-

likte klinik parametreler geliştirebilmektir. Ne yazık ki, şu anda sondalamada kanama, aktif iltihap belirtisi olarak kullanılacak mevcut tek araçtır²⁴. Dişeti cep derinliği yerine klinik ataşman kaybı kullanılmaktadır. Çünkü cep derinliği için alınan veri her zaman kemik seviyesini belirlememektedir. Dişeti kenarının kök yüzeyi ve mine-sement sınırına kıyasla nerede olduğunu dokümanete etmek gerekmektedir. Sondalama ile okunan 6 mm lik cep derinliği, dişeti büyümesine bağlı olarak gelişmiş olabilir ve dişeti altındaki kemik kaybı minimum olabilir. Ama farklı bölgelerde sondalamada okunan aynı 6 mm lik cep derinliği, dişeti kenarının mine-sement sınırına göre konumuna bakılırsa dişeti çekilmesinin sıfır olduğu durumlarda bile ciddi ataşman kaybını gösterebilmektedir (Resim 2). Bu nedenle, ağızda mevcut her dişin etrafında, altı yüzde cep derinliği, dişeti kenarının konumu (dişeti çekilmesi veya dişeti büyümesi), sondalamada kanama, plak birikimi, dişlerde mobilite ve molarlar bölgesinde furkasyon defektleri, ilk randevu da dokümanete edilmeli ve dişeti problemlerinin ciddiyetine bağlı olarak altı ayda veya senede bir tekrarlanmalıdır.

Bu, hastalığın varlığı ve ciddiyetini teşhis etmek ve doğru tedavi planı yapabilmek için önemli olduğu kadar, tedavi sonrasında alınan sonucu irdelemek ve doku yıkımının ilerleyip ilerlemediğini tespit etmek açısından da önemlidir (Resim 3)²⁴. Ancak bu işlem, tüm dişlerini koruyan bir hastada ve asistan yardımı alan deneyimli bir dişhekimisi için bile yaklaşık 45 dakika sürmektedir²⁵. Bu nedenle de genel dişhekimliği muayenesi için rutin olarak uygulanabilmesi zor olabilir. Yine

Resim 3: Periodontal sağlık taramasında rutin olarak kullanılan formlara örnek. Bu formda maxillada konumlanan dişler 1'den (sağ üst yirmi yaş dişli) 16'ya (sol üst yirmi yaş dişli) kadar numaralandırılmıştır (ABD diş numaralama sistemi). Her diş için bukkal (B ile gösterilmiş) ve palatal olmak (L ile gösterilmiş) üzere kutular oluşturulmuştur. Periodontal sağlık taraması sırasında her diş etrafında ve 6 yüzeyde sondalamada derinlik (PD), dişeti kenarının mine-sement hududuna göre konumu (GM) ve bu iki sayıdan elde edilen ataşman seviyesi (AL) veri olarak dokümanete edilmektedir. Dişeti konumu mine-sement hududuna göre oklüzal yönde konumlanırsa, bu sayı (-) olarak belirtilmekte ve ataşman seviyesi belirlenirken elde edilen cep derinliğinden çıkarılmaktadır. Yukarıdaki formda romen rakamları, molarlar bölgesindeki furkasyon defektlerini, daire ya da kare olarak dişleri gösteren resimler üzerindeki sayılar dişlerdeki mobiliteyi dokümanete etmektedir. Boş kutular ise takip randevularda doldurulmak için planlanmıştır.

bu nedenle, son yıllarda periodontal sağlık taramasını kolaylaştırmak ve rutin olarak uygulayabilmek için sırf dişhekimlerine yönelik periodontal sağlık tarama sistemleri geliştirilmiştir.



Bu olguda görüldüğü gibi bazı durumlarda sondalamada dişeti oluşu sıkı iken, hastada aşın ataşman kaybı ve bu nedenle de mukogingival deformiteler görülebilir.

PSR® (Periodontal Screening and Recording) hastalığın ciddiyetine bağlı olarak geliştirilmiş bir kod sistemi içermektedir. Özel olarak tasarlanmış bir periodontal sonda yardımı ile ağızdaki her sekstantta bir kod verilmektedir²⁶. Kullanılan sondanın özelliği ucunun 0.5 mm çapında bir top şeklinde olması ve 3.5-5.5 mm mesafesini gösteren renkli bir

şerit taşımasıdır. Uçtaki top sondalama kuvvetlerini kontrol ederken, renkli şerit millimetrik sayıları okuma ve dokümanete gereksinimini salamaktadır. Sondalama sırasında renklendirilmiş band tamamı ile açıkta ise ve sondalamada kanama yoksa ve de diştışı ya da kötü kenarlı restorasyon yoksa kod sıfırdır. Kod 3 ve 4 te band kısmen açıkta ya da tamamı ile dişeti altında kalmaktadır (Tablo 2). Bu durumlarda muhtemelen orta ve ciddi seviye de ataşman kaybı varlığından ve aktif enfeksiyondan şüphelenmelidir. Ayrıca PSR® sisteminde furkasyon defektleri, mobilite, yumuşak doku defektleri, dişeti çekilmeleri (*) işareti ile gösterilmektedir (Resim 4). Bu tür bir dokümantasyon fazla detaylı olmasa da hekime hızlı bir şekilde uygulayabileceği ve hastanın dosyasında başlangıç verisi olarak kullanabileceği bilgiyi derleme imkanı sağlamaktadır²⁷. Herhangi bir sekstantta Kod 3, Kod 4 ve Kod (*) bulunduğu, PSR yerine detaylı periodontal sağlık taraması yapılması (mevcut her dişin altı yüzeyinde cep derinliği, dişeti kenarının mine-sement hududuna göre konumu, sondalamada kanama, dişte mobilite, molar ve üst premolar dişlerde furkasyon defekti ve mukogingival defekt varlığı) ve/veya periodontist ile konsültasyon önerilmektedir. Kod 0, 1 ve 2 ile gelen hastalık teşhisi sonrası genelde detertraj, polisaj ve restoratif tedavi yeterli olmaktadır^{26,27}. PSR® sadece yetişkin hastalara uygulanmak için tasarlanmıştır. Ayrıca, daha önce periodontal hastalık teşhisi konmuş ve tedavi görmüş bireylerde PSR® ile inceleme yeterli değildir²⁷. Karışık diş sürme dönemindeki çocuklarda periodontal sağlık taraması için, sondalamanın >

dışında ısırma yöntemi (bite-wing) ile alınan röntgen filmi gerekmektedir^{26,27}. Bu ek işlem, özellikle molar dişler bölgesinde sürekli birinci büyükazı dişi ile süt moları arasındaki kemik seviyesini ve süt dişlerinde fizyolojik kök rezorpsiyonunu incelemek ve klinik verilerle karşılaştırmak için kullanılmalıdır.

Yukarda belirtildiği gibi klinik parametreler dışında hastanın periodontal hastalık açısından taşıyabileceği risk faktörlerini de tanı ve tedavi planlaması içine dahil etmek, dokümanete etmek ve hastaya bilgi

vermek önemlidir. Bu konuda dişhekimi-ne yardımcı olmak amacı ile bazı bilgisayar programları hazırlanmaktadır²⁸. Uzun dönemde bu tür bilgisayar programlarının dişhekimleri ve sağlık sigorta şirketleri arasındaki yazışma işlemlerini de kolaylaştıracağı düşünülmektedir²⁹. Bir örnek olarak, PreViser (Periodontal Risk Calculator) verilebilir³⁰. Bu bilgisayar programı, yukarda verilen bilgileri kullanarak periodontal sağlığa sahip ve düşük risk grubuna ait bireyi tanımlayabilmektedir. Hekim hastadan aldığı verileri progra-

ma girdiğinde bilgisayar normal (sağlıklı) olarak tanımlanan temel verilerle bireyin verilerini karşılaştırmakta, bulguların yorumunu çıktı olarak vermektedir. Klinik parametreler ve risk faktörleri gözönüne alınarak hastaya bir puan verilmekte ve buna göre hastalığın tanımı ve gerekli tedavi planı hastaya sunulmaktadır. Ayrıca, işlem kontrol randevularında tekrarlanarak periodontal sağlık durumunun korunup korunmadığı dokümanete edilebilmektedir.

III- Periodontitis Başlangıç Tedavisinde Yenilikler

Periodontal hastalığa etken olan birden fazla faktör vardır. Dolayısıyla de tek bir tedavi yöntemi yoktur ve tedavi planlaması sırasında olası etkenlerin eksiksiz irdelenmesi gerekir. Örneğin, klinik olarak ataşman kaybı diye tanımladığımız bulgu, dişetlerinde meydana gelen enfeksiyon ve buna yanıt olarak gelişen enflamasyon ve de bütün bu aktivasyonu kontrol eden sistemik sağlık durumu ile yakından ilişkilidir. Ancak, aynı zamanda lokal olarak oklüzal problemler ve travma da gözönünde tutulmalıdır. Benzer şekilde, tedavi planlaması yaparken dişsel ve periodontal anatomi ve bunun neden olabileceği bazı teknik sınırlamalar düşünülmelidir³¹. Aynı şekilde özellikle ileri vakalarda periodontoloji, restoratif dişhekimliği ve ortodonti gibi birden fazla disipline gereksinim olabilir. Hastaya bağlı sübjektif faktörler de unutulmamalıdır. Hastanın tedaviye yaklaşımı ve hekimin deneyimi detaylı periodontal tedavi planlamasında önemlidir.

Genelde uyguladığımız periodontal tedavi aşamaları enfeksiyona neden olan etyolojik faktörleri yok etmeyi hedefleyen başlangıç tedavisi sonrası yumuşak ve/veya sert dokularla ilgili problemleri gidermek için uygulanan cerrahi işlemlerdir³². Mümkünse yönlendirilmiş doku rejenerasyonu teknikleri ile kaybolan destek dokuyu rejene etmeğe çalışmak, mümkün değilse yumuşak ve sert doku defektleri konturlanarak hastanın fırça ile ulaşım temizleyebileceği hijyenik bir ortam yaratmak cerrahi işlemlerden beklenen sonuçtur³³.

Periodontitis başlangıç tedavisi detertaj, küretaj ve kök yüzeyi düzeltme işlem-



Resim 5-a:



Resim 5-b:



Resim 5-c:



Resim 5-d:

Resim 5 (a,b,c,d):

Mekanik tedavi el aletleri ile.

Mandibüler ön bölge de derin cep varlığında Gracey küreti (örneğin Gracey 3/4) kullanımı. Bu aletin kesici yüzeyi dişe bakar ve yumuşak dokuyu yırtma tehlikesi minimaldir.

lerini içerir. Bu işlemlerin amacı hastalığa neden olan bakteri ve ürünlerini ortamdan uzaklaştırmaktır. Bu nedenle de farklı dişler için farklı açılara sahip ve derin cep diplerine ulaşabilecek şekilde tasarlanmış el aletleri (Gracey küretleri) mekanik olarak uygulanmalıdır (Resim 5)³⁴ Cavitron, Piezo ve benzeri sonik aletler diştaşı birikiminin çok fazla olduğu durumlarda yardımcı aletler olarak tasarlanmışlardır³⁵. Bu aletler özel uçları ile farklı kök yüzey konkavite-lerine ve furkas-yon defektlerine ulaşabilir ve kök yüzeyi düzeltme işleminde el aletlerine yardımcı olarak kullanılmalıdır. Kök yüzeyi düzeltme işlemi sırasında amaç, plak ile birlikte bakteri ürünleri ile kontamine olmuş hastalıklı sement tabakasını mikron seviyesinde kaldırmaktır³⁶. İşlem sonrasında kök yüzeyi sırf bu amaçla tasarlanmış sondalarla kontrol edilmelidir³⁷. Ayrıca plak retansiyonuna neden olan cilalanmamış dolgular, ikincil çürük taşıyan dolgu ve kaplamalar, doku ile uyumu iyi olmayan kenarlara sahip sabit protezler, periodontal dokulara zarar veren sabit ve hareketli protezler de tedavinin bu aşamasında en azından konturları ve doku uyumu iyi olan geçici dolgu ve protezlerle değiştirilmelidir³⁸. Ayrıca, oklüzyon kontrol edilmeli, gerekirse travmaya maruz kalan dişlerde bölgesel ve mine seviyesinde sınırlı kalmak üzere oklüzal düzeltme yapılmalıdır.

IIIA- Periodontal başlangıç tedavisinde lazer kullanımı

Lazerin periodontal tedavi de kullanımı başlıca üç alanda incelenmiştir: hastalıklı >

Cep küretajı	Bakteri	Diştaşı
Diode (810/980 nm)	Diode (810/980 nm)	377 nm
Nd:YAG (1064 nm)	Nd:YAG (1064 nm)	-
Er,Cr: YSGG (2780 nm)	Er,Cr: YSGG (2780 nm)	Er, Cr: YSGG (2780 nm)
Er:YAG (2940 nm)	Er:YAG (2940 nm)	Er: YAG (2940 nm)
CO2 (10600nm)	CO2 (10600nm)	-

Tablo 3: Cep küretajı, bakterisidal etki ve diştaşı kaldırmak için önerilen farklı lazer dalga boyları (Referans 41'den modifiye edilmiştir.)

cepte epitelium hücre tabakasını kaldırmak (bir tür yumuşak doku küretajı), cep içindeki mikroorganizmalara karşı lazerin bakterisidal etkisi ve, diştaşı temizliği ve kök yüzeyinin detoksifikasyonu^{39,40}. Bu işlemlerde farklı lazer dalga boyları farklı derecelerde etkili olmaktadır (Tablo 3). Lazer kullanımı sırasında sağlanan hemostaz, hem klinisyen hem de hasta açısından kolaylık sağlamaktadır^{40,41}. Kemik içi komponenti olmayan periodontal ceplerde hiperplastik yumuşak dokuyu kaldırmak ve bakteri yükünü azaltmak açısından lazer başarılı tedavi sonuçları verebilir⁴¹. Kemik içi defektleri gösteren bölgelerde ise alternatif tedavi yöntemleri önerilmiştir. Bunlardan biri lazer-ENAP (excisional new attachment procedure) işlemidir⁴². Bu işlem sırasında Nd-YAG (1,064 nm) lazer flap kaldırılmadan kullanılmaktadır. Bu işlemin farklı randevularda birkaç defa tekrarlanması ile derin periodontal ceplerin flap kaldırılmadan tedavisinin mümkün olduğu bazı klinisyenler tarafından savunulmaktadır^{42,43}. Lazer türleri bakterisidal etkileri açısından irdelendiğinde, kısa dalga boyu pigmentasyona sahip bakteri türlerinin kontrolünde faydalı iken⁴⁴, uzun dalga boyu hücre sıvı tarafından emilmekte ve hücre yapısının parçalanmasına neden olmaktadır⁴⁵. Diştaşı organik ve organik olmayan kristal yapısı, içerdiği bakteri türleri ve sıvı ile her türlü dalga boyunu emecek özelliğe sahip olarak düşünülmektedir. Ancak, diştaşının diş ve periodontal yapılara yakın konumu sınırlayıcı rol oynamaktadır⁴⁶. Çevredeki dokulara zarar vermemek için lazer gücünü mümkün olduğunca düşük düzeyde tutmak gereklidir^{41,47}.

Yukarda da belirtildiği gibi, periodontal hastalıklara neden olan lokal ve sistemik faktörler nedeniyle derin periodontal cepler komplike özelliklerini halen

korumaktadırlar ve tedavi açısından da teknik ilerlemelere rağmen alınan sonuç her zaman başarılı ve sürekli olmayabilir. Ayrıca, lazer uygulama cihazlarının çoğu aksial yönde ve aletin ucundan çıkan emisyonla bağlı çalışmaktadır. Aynı şekilde derin cep derinliklerini görmeden ve kök yüzeyleri hissetme duygusu olmadan tedavi uygulanması bazı sınırlamalar getirmektedir. Bugün için önerilen yöntem, lazer tedavisinin mekanik olarak uygulanan başlangıç periodontal tedaviye yardımcı olarak kullanılmasıdır^{41,48,49}. Lazer-ENAP işleminin yeni periodontal ataşman oluşmasını sağladığını savunan çalışma sayısı çok sınırlıdır^{42,43}. Bu nedenle de dişhekimlerinin periodontal hastalıkların tedavisinde lazer kullanımını rutin olarak uygulaması önerilmemektedir^{47,50}. Mevcut çalışmalar incelendiğinde, periodontal başlangıç tedavisi açısından el aletleri ile uygulanan detraj, küretaj ve kök yüzeyi düzeltme işlemlerine karşı lazer kullanılarak yapılan tedavi arasında klinik olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemektedir^{50,51}.

IIIB-Periodontal cebe uygulanan lokal antibiotik/antiseptikler

Derin cep varlığında, mekanik tedavi sırasında cebin en derin bölgelerine ve kök yüzeyinde ataşman kaybı ile ortaya çıkan furkasyon defektleri ve konkavitelere ulaşmadaki sınırlamalar nedeniyle özellikle 1980'lerde 'kontrollü salınım' tedavi araçları geliştirilmeğe başlamıştır^{52,53}. Bu teda-

vide amaç, antibiotik ya da antiseptiğin iyileşme döneminde cep içinde kalması, kök yüzeyine abzorbe olması ve kontrollü bir şekilde bölgedeki bakteri ürünlerini ve/veya doku yıkımı sonrası biriken metabolitleri yok etmesidir⁵⁴. Tablo 4 de bu amaçla geliştirilmiş başlıca ürünlerin listesi verilmiştir. Tedavi sırasında tetrasiklin grubu antibiyotiklere karşı dirençli bakteri geliştiğinden bu tür antibiyotik taşıyan kontrollü salınım araçlarının kullanımı güncel olarak sorgulanmaktadır. Ayrıca, son yıllarda özellikle sanal ortamda, PerioProtect™ adında, ilacın kaşık ile hasta tarafından uygulanması ekinde bir teknik lanse edilmektedir. Bu yöntemle uygulanan ilaç dişeti cebi içine ulaşmamaktadır ve teknik kontrollü salınım prensibine uymamaktadır. Ayrıca bu araç ile uygulanan antibiyotik hastalığın kanama, yumuşak dokuda kırmızılık ve ödem gibi klinik bulgularını maskeleydiğinden doku yıkımının ilerleme riski artabilmektedir. Bu nedenle periodontal hastalık tedavisinde önerilmemektedir^{53,86}. Kontrollü salınım yöntemi ile antibiyotik/antiseptik kullanımı rutin olarak yapılan periodontal tedavi sonrasında arta kalan bölgesel patolojik cep derinliklerini yok etmek için mekanik tedaviye yardımcı olarak önerilmektedir^{55,56}. Bütün dentisyonu içeren uygulamalarda, kandida enfeksiyonu ve periodontal abse gibi bazı komplikasyonlar yan etki olarak rapor edilmiştir. Kontrollü salınım araçlarına yardımcı olarak düşük dozda uzun dönem sistemik antibiyotik kullanımı yine mekanik tedaviye ek olarak bazı olgularda endike olabilir⁵⁷. Burada düşük dozda verilen doksisisiklin (20 mg, tablet, bid, 90 gün süre ile) antibiyotik olarak değil, bağ dokusu yıkımına neden olan enzimatik aktiviteyi yok ederek etkili olmaktadır⁵⁷. İlaç modifiye edildiğinden hastanın direnç geliştirme riski azdır^{57,58}.

Ürün Adı	İçerik
Atridox®	Doksisisiklin ve rezorbe olan polimer taşıyıcı
PerioChip®	Klorheksidin ve rezorbe olan jelatin
Arestin®	Minosiklin ve rezorbe olan polimer

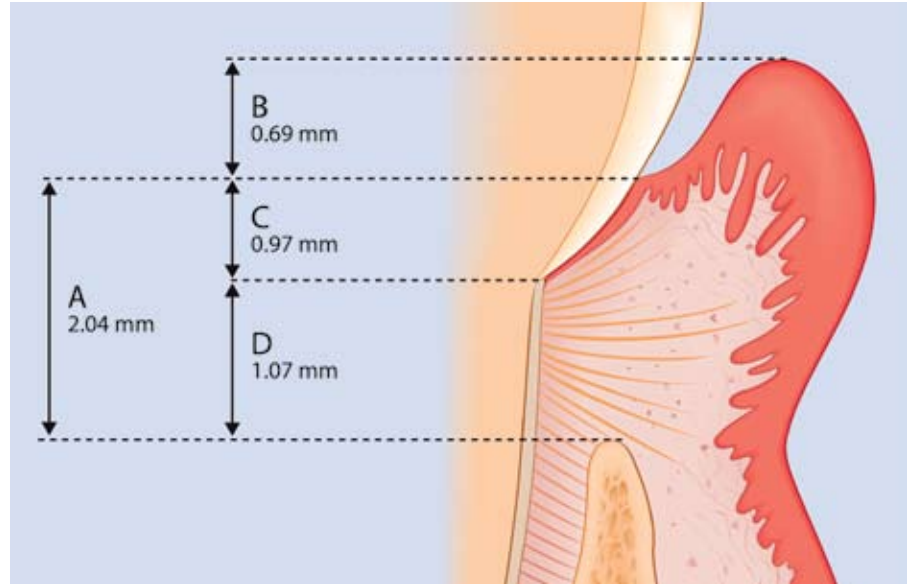
Tablo 4: Antibiyotik/antiseptiklerin lokal olarak dişeti cebine uygulanmasını sağlayan kontrollü salınım araçlarından bazıları

IV- İleri Periodontal Yıkım Görülen Olgularda Dişhekimi ve Periodontist Ekip Çalışmasının Önemi

IVA- İleri periodontal yıkım görülen olgularda cerrahi tedavi seçenekleri ve dikkat edilmesi gereken unsurlar

Periodontal tedavinin cerrahi aşamasına geçmeden önce başlangıç tedavisine alınan yanıtın değerlendirilmesi ve hastanın ağız bakımına gösterdiği özenin irdelenmesi gerekmektedir. Kök yüzeyi düzeltme işleminden yaklaşık 4-12 hafta sonra cep derinlikleri yeniden sondalanmalı, kanama yüzdesi ve plak birikimi başlangıçta belirlenen değerlerle karşılaştırılmalıdır⁵⁹. Plak birikiminde klinik olarak anlamlı bir azalma olmadan cerrahi işlemlere girişmek plağın yara iyileşmesine olumsuz etkisi nedeniyle yanlıştır⁶⁰. Aynı şekilde, plak birikiminde azalma olduğu halde sondalamada kanama yüzdesinde bir değişme yoksa, başlangıçta verilen hastalık teşhisi sorgulanmalıdır⁶¹. Bazı durumlarda kronik periodontitis bulguları agresif periodontitis bulguları ile karıştırılabilir. Böyle bir durumdan şüphelenildiğinde, arta kalmış subgingival plak ve dıştaşı mekanik olarak temizlenmeli ve sistemik antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır⁶².

Periodontoloji disiplininde cerrahi yaklaşımlar rezektif ve rejeneratif olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır⁶³. Bu yöntemlerden hangisinin nerede ve nasıl uygulanması gerektiği, varolan yumuşak ve sert doku defektlerinin şekline ve boyutlarına, dişsel anatomiye ve dişlerin dental ark içindeki konumuna bağlıdır⁶⁴. Örneğin yatay yöndeki kemik defektleri ve Klas III türü furkasyon defektleri rezektif yöntemlerle tedavi edilirken, özellikle dar açılı ve iki-üç duvarlı kemik içi defektleri ve Klas II türü furkasyon defektleri rejenerasyon için idealdir. Benzer şekilde, rejenerasyon işlemi için defekt içine yerleştirilecek biyomateryal ve/veya membranın stabilizasyonu önemlidir. Bunun için de kökler arası/dişler arası mesafenin yeterli olması gerekir⁶⁵. Aynı sorun furkasyon defektleri için de geçerlidir; Furkasyon bölgesine girişin sement-mine hududuna yakın olmaması gerekmektedir. Aksi takdirde, membran iyileşme sırasında açığa çıkar ve tedavi sonucunu olumsuz etkiler⁶⁵. Yine, mukogin-



Resim 6: Biyolojik genişlik konsepti.

Sağlıklı dişeti kenarı ve fizyolojik sulkus yapısının korunması için apikal-kronal yönde, alveolar krest seviyesi ile restorasyon kenarı arasında 3 ile 5 mm lik bir mesafenin korunması gerekmektedir. Bu mesafe, suprakrestal bölgede bağ dokusu ve epitelyal atışmanın oluşmasını ve krestal kemiğin korunmasını sağlar.

A: Biyolojik genişlik / B: Sulkus / C: Epitelyal atışman / D: Suprakrestal bağ dokusu atışmanı

gival defektlerin varlığında yumuşak doku seviyesindeki defektler sert doku seviyesindeki problemlerden önce müdahale gerektirir⁶⁶. Aksi takdirde, sert doku seviyesine yerleştirilen biyomateryaller iyileşme sırasında açığa çıkar ve tedaviden beklenen rejenerasyonu olumsuz etkiler.

Cerrahi öncesi dişlerde varolan mobilite cerrahi işlem için bir kontredikasyon içermez⁶⁷. Ancak, randevular arasında gözlemlenen ve dereceli şekilde artış gösteren mobilite ve fonksiyon sırasında gözlemlenen fremitus oklüzal travma belirtisidir ve cerrahi işlem öncesi tedavi edilmesi gerekir⁶⁸. Bazı durumlarda cerrahi işlemleri kolaylaştırmak için aşırı mobilite gösteren dişler geçici şinellerle sabitlenebilir⁶⁹. Bu yapıların, hasta tarafından temizlenebilecek türde, çevre doku ile uyumu mükemmel yüzey içermeleri iyileşme açısından önemlidir. Aynı şekilde çok derin ceplerde pulpal reaksiyon kontrol edilmeli, endodontik problem varsa periodontal cerrahi öncesinde çözümlenmelidir⁷⁰.

IVB- Sabit / Hareketli protez öncesi periodontal dokuların incelenmesi ve dikkat edilmesi gereken unsurlar

Yukarda özetlendiği gibi, periodontal hastalıkların teşhisi, gerekli tedavinin zamanında başlatılması, hastanın bilgilendirilmesi ve farklı cerrahi işlemler için doğru yönlendirilmesi, dişhekiminin sorumluluğundadır. Benzer şekilde, restoratif tedavi öncesi periodontal dokuların incelenmesi ve protetik rehabilitasyonun doğal yapılarla uyumlu olması için bazı kurallara dikkat edilmesi gerekmektedir. Periodontal dokuların sağlığı açısından kuron kenarlarının supragingival olarak konumlanması istenmektedir. Bunun uygun olmadığı estetik bölgelerde kuron kenarları periodontal sulkus içine 0.5 mm den daha fazla uzatılmamalıdır⁷¹. Metal ve/veya porselen yapıların kök yüzeyinde sıfırlanması gerekmektedir. Doku iritasyonu ve plak retansiyonuna neden olacak taşkın türde kuron bitimleri hem çürük oluşumuna hem de alveolar kemiğin rezorpsiyonuna neden olmaktadır⁷². Benzer şekilde, furkasyon konkavitesinin açığa çıktığı vakalarda diş kesiminde bu konkavite şekli korunmalı ve aynı şekil metal ve/veya porselen yapıya da verilmelidir⁷³. Aksi takdirde, metal ve/veya porselen bu bölgede retansiyon odağı oluşturacaktır.

Çürük ve/veya kırık hattının mine- >



Resim 7 (a,b,c,d): Biyolojik genişliğe dikkat edilmeden yapılan sabit protezlerde görülebilecek komplikasyonlara örnekler.

sement hududunu apikal yönde geçtiği durumlarda dişeti kenarı ve krestal alveolar kemik seviyesi incelenmeli, restorasyon çevresinde sağlıklı dişeti sulkus yapısının oluşması için yeterince yer olup olmadığına karar verilmelidir. Klinik olarak sağlıklı dişetinde sondalanan sulkus derinliği 1-3 mm arasında değişir. Histolojik olarak bu sayı alveolar krest ile dişeti kenarı arasında konumlanan suprakrestal bağ dokusu (yaklaşık 1.07 mm), epitelyal ataşman (yaklaşık 0.97 mm) ve sulkus derinliği (yaklaşık 0.69 mm) ne eşittir (Resim 6)⁷⁴. Diş herhangi bir nedenle restore edildiğinde etrafında sağlıklı dişeti sulkusu oluşabilmesi için restorasyon kenarı ile alveolar krest tepesi arasında 3-5 mm lik bir mesafe olması gerekir. Bu, suprakrestal bağ dokusu ve epitelyal ataşmanın oluşması için gereklidir. Aksi takdirde, restorasyon kenarı dişetini irite edecek ve kont-

rolsüz bir şekilde ilerleyen kemik kaybı ve dişeti çekilmesine neden olacaktır (Resim 7). Çürük ve/veya kırık hattının kök yüzeyine uzandığı olgularda, restoratif tedavi öncesi kuron boyu uzatma işlemi uygulanarak yerleştirilecek restorasyon kenarı gözönüne alınarak yukarıda belirtilen yer açılmalıdır⁷⁵.

Yumuşak doku seviyesinde görülen mukogingival deformiteler de restoratif tedavi öncesi yok edilmelidir. Bu sadece estetik açıdan değil, yapılan restorasyonun ve onu çevreleyen periodontal dokuların sağlığı için önemlidir. Mukogingival deformitelerin cerrahi olarak tedavisi için kabul edilen üç endikasyon vardır. Bunlar aşırı hassasiyet, estetik problem ve bölgede plak birikimi ve aktif iltihap belirtisidir⁷⁶. Bu tür problemler olmadığında rutin randevular sırasında dişeti çekilmesinde artış olup olmadığı kontrol edilmelidir. An-



Resim 8-a:



Resim 8-b:

Resim 8 (a,b): Yumuşak doku da fizyolojik farklılıklar; ince (8A), ve kalın (8B), biotip

cak, mukogingival deformite ya da defekt gösteren dişlerde restoratif tedavi ihtiyacı varsa restorasyon öncesi yumuşak doku grefti endikedir⁷⁷. Bu, sadece deformite varlığında değil, dişeti yapısı ince biotip olarak tanımlanan keratinize dokunun çok ince olduğu, kök silüetlerinin dişeti seviyesinde rahatlıkla gözlemlendiği vakalarda da düşünülmelidir (Resim 8). Bu dişler sabit/hareketli protez için kuronlanacaksa, protetik tedavi öncesi mutlaka yumuşak doku greftleme işlemi yapılmalıdır. Benzer şekilde kole kama defekti oluşan dişlerde, bu defektler kompozit dolgu maddeleri ile doldurulmak yerine yumuşak doku grefti ile daha hijyenik ve estetik olarak tedavi edilebilir (Resim 9)⁷⁸. Dişhekimi özellikle interproksimal bölgelerde kemik kaybı olmayan, papilla yapısının dişler arası bölgeyi tamamı ile kapadığı dişler için, kama şeklindeki kole defektlerinin tedavisinde bu alternatif yöntemi tartışmalıdır.

IVC- Dişhekimi-Periodontist ekip çalışması

Periodontal hastalıklar genelde kronik olarak seyrederek ve klinik semptom olarak ağrı ender görülür. Farklı toplumlarda nüfusun %30 ile 50 si gibi bir oranını etkilediği bi-linmektedir⁷⁹. Tedavide en önemli unsurlardan biri, hastalığın zamanında teşhisi ve doğru tedavi modalitesinin uygulanmasıdır. Dişhekimi periodontal sağlık taraması ve periodik olarak kontrolü, hastalık ve tedavi imkanları konusunda bilgi sağlamak, alternatif tedavi yöntemlerini tartışmak, tedavi edilmediği takdirde hastalığın genel vücut ve ağız sağlığına etkileri konusunda bilgi vermek açısından sorumludur⁸⁰. Dişhekimliğinde sık görülen hataların başında, periodontal hastalıkların zamanında doğru teşhis ve tedavi edilmemesi ve, gerektiğinde ve mümkünse hastanın uzman hekime gönderilmesinin gelmektedir⁸¹. Farklı ülkelerde yapılan retrospektif çalışmalarda ve anketlerin sonuçlarında uzman hekime danışmada tereddütün başlıca nedenleri olarak hastanın periodontal durumunu ameliyatsız tedavi ile sabit tutma çabası ve furkasyon ve cep derinliklerini rutin olarak dokümanete etmemek gösterilmiştir⁸²⁻⁸³. Kısaca, birçok dişhekimi ilerleyen ataşman kaybını ya da kötüleşen furkasyon defekt-



Resim 9-a:



Resim 9-b:



Resim 9-c:

Resim 9 (a,b,c): Kama şekli defektleri için alternatif tedavi; bağ dokusu grefti

lerini daha basit dişeti problemleri için önerilen yöntemlerle tedavi etmeğe devam etmektedir. Oysa derin cep derinliklerinin tedavisinde başlangıç tedavisinin sınırları bilinmektedir^{84,85}. Cep derinlikleri fazla olduğunda bütün lokal faktörleri yok etmek ve hastanın temizleyebileceği bir ortamı yaratmak güçtür. Bu nedenle, başlangıç tedavisi sonrası cep derinlikleri 5 mm veya daha fazla olduğunda cerrahi tedavi yöntemleri düşünülmelidir⁸⁵. Dişhekimi cerrahi işlemlerdeki deneyim seviyesine ve çalışma ortamının cerrahi müdahaleler için yeterli olup olmamasına bağlı olarak bazı basit periodontal ameliyatları kendisi uygulamayı tercih edebilir. Ancak, yukarıda da belirtildiği gibi ilerleme hızı, sistemik sağlık durumu ile periodontal patogenezi arasındaki ilişki açısından hastalık etken ve tür olarak farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle de tek tip bir tedavi yöntemi de yanlıştır⁸⁶. Bu aşamada hastalığın ve uygulanan tedaviye verilen yanıtın takibi açısından dişhekimi periodontist ile çalışmaya açık olmalıdır. Dişhekimi uygulamalarında periodontal konsültasyon ihtiyacı periodontal sağlık taraması, başlangıç tedavisi sonrası,

restoratif ve/veya farklı tedaviler sırasında veya rutin kontrol randevuları sırasında ortaya çıkabilir⁸⁶. Özetle, periodontal hastalıkların tedavisinde kısa ve uzun dönem başarı oranı dişhekimliğinde koruyucu uygulamaların yaygınlığına, hastalığın doğru tanısının zamanında konulmasına ve doğru tedavi yöntemlerinin zamanında uygulanmasına bağlıdır. Bu nedenle de güncel dişhekimliği uygulamalarında dişhekimi-periodontist ekip çalışmasına gereksinim büyüktür.

NOT

Dr. Binnaz Leblebicioğlu ve Dr. Lewis Claman'ın yukarıdaki derlemede adı geçen ürünler ve ilgili firmalarla maddi ve manevi bağlantısı yoktur. Bu derlemenin özeti 11-16 Haziran 2007 tarihlerinde düzenlenen Türk Dişhekimleri Derneği 14.Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nde kongre kitapçığında basılmış ve Dr. Leblebicioğlu tarafından sunulmuştur. Derleme hazırlanırken kullanılan klinik resimlerden bir kısmı OSU, Periodontoloji Bölümü Kliniği arşivinden elde edilmiştir. Dr. Leblebicioğlu ve Dr. Claman bu dokümantasyonu sunmalarına imkan veren öğrencilerine ve bölümdeki diğer öğretim üyelerine teşekkür eder.

KAYNAKLAR:

- 1- The American Academy of Periodontology. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago: The American Academy of Periodontology. 1989; 1/23-1/24.
- 2- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1-6.
- 3- Flemmig TF. Periodontitis. *Ann Periodontol* 1999; 4: 32-37.
- 4- Consensus report: Aggressive Periodontitis. *Ann Periodontol* 1999; 4: 53.
- 5- Novak MJ. Necrotizing Ulcerative Periodontitis. *Ann Periodontol*. 1999; 4:74-77.
- 6- Holmstrup P. Non-plaque induced gingival lesions. *Ann Periodontol*. 1999; 4: 20-31.
- 7- Nisengard RJ. Periodontal implications: mucocutaneous disorders. *Ann Periodontol* 1996; 1: 401-438.
- 8- Hollmstrup P, Reibel J. Differential diagnoses: Periodontal tumors and cysts. *En Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, edited by Lindhe J, Karring T, Lang NP. 4th edition, Chap 13, 298-318, 2003 Blackwell Munksgaard.
- 9- Van Dyke TE. Cellular and molecular susceptibility determinants for periodontitis. *Periodontol* 2000; 2007; 45: 10-13.
- 10- Seymour GJ, Ford PJ, Cullinan MP, Leishman S, Yamazaki K. Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clin Microbiol Infect*. 2007; 13: Suppl 4: 3-10.
- 11- Kuo LC, Polson AM, Kong T. Associations between periodontal diseases and systemic diseases: A review of the inter-relationships and interactions with diabetes, respiratory diseases, cardiovascular diseases and osteoporosis. *Public Health* 2007; 26 (Epub ahead

of print)

- 12- Needleman I, Hirsch N. Oral health and respiratory diseases. *Evid Based Dent* 2007; 8: 116.
- 13- Toygar HU, Seydaoglu G, Kurklu S, Guzeldemir E, Arpak N. Periodontal health and adverse pregnancy outcome in 3,576 Turkish women. *J Periodontol* 2007; 78: 2081-2094.
- 14- Sawyer DR, Wood NK. Oral cancer: Etiology, recognition and management. *Dent Clin North Am*. 1992; 36: 919-44.
- 15- Tezal M, Grossi SG, Genco RJ. Is periodontitis associated with oral neoplasms? *J Periodontol*. 2005; 76: 406-10.
- 16- Balevi B. Evidence-based decision making: Should the general dentist adopt the use of the VELscope for routine screening for oral cancer? *J Can Dent Assoc* 2007; 73: 603-606.
- 17- Matthews DC, Tabesh M. Detection of localized tooth-related factors that predispose to periodontal infections. *Periodontol* 2000; 2004: 34: 136-50.
- 18- Kinane DF, Mark Bartold P. Clinical relevance of the host responses of periodontitis. *Periodontol* 2000. 2007; 43: 278-93.
- 19- Taubman MA, Valverde P, Han X, Kawai T. Immune response the key to bone resorption in periodontal disease. *J Periodontol* 2005; 76: 11 Suppl: 2033-2041.
- 20- Kumar PS, Griffen AL, Moeschberger ML, Leys EJ. Identification of candidate periodontal pathogens and beneficial species by quantitative 16S clonal analysis. *J Clin Microbiol* 2005; 43: 3944-3955.
- 21- Kinane DF, Demuth DR, Gorr SU, Hajishengalis GM, Martin MH. Human variability in innate immunity. *Periodontol* 2000. 2007; 45: 14-34.
- 22- Yoshie H, Kabayashi T, Tai H, Galicia JC. The role of genetic polymorphisms in periodontitis. *Periodontol* 2000. 2007; 43: 102-32.
- 23- Kinane DF, Hart TC. Genes and gene polymorphisms associated with periodontal disease. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2003; 14: 430-449.
- 24- Luciak-Dansberger C, Piribauer F. Evidence-based rationale supports a national periodontal disease screening program. *J Evid Based Dent Pract*. 2007; 7: 51-59.
- 25- Galgut PN, Calabrese N. A comparison of diagnostic screening data derived from general dental practitioners and periodontists used for initial treatment planning in periodontitis patients. *J Int Acad Periodontol* 2007; 9: 106-111.
- 26- Carbet EF. Practical periodontal screening and diagnosis. *Int Dent J*. 1998; 48: 3 Suppl: 248-255.
- 27- Miller D. Data collection in periodontal treatment planning. *N M Dent J*. 1998; 49: 18-21.
- 28- Philstrom BL. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. *Periodontol* 2000. 2001; 25: 37-58.
- 29- Persson GR, Mancil LA, Martin J, Page RC. Assessing periodontal disease risk: a comparison of clinicians' assessment versus a computerized tool. *J Am Dent Assoc*. 2003; 134: 575-82.
- 30- Snoad R. Description of a system design to assist primary dental care clinicians in decision-making with regard to specialist periodontal referrals and report of two clinical audits using the system. *Prim Dent Care* 2005; 12: 135-141.
- 31- Mordahai N, Reshad M, Jivraj SA. To extract or not to extract? Factors that affect individual tooth prognosis. *J Calif Dent Assoc* 2005; 33: 319-328.
- 32- Murphy KG, Gunsolley JC. Guided tissue regeneration for the treatment of periodontal intrabony and furcation defects. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003; 8: 266-302.
- 33- Carnevale G, Kaldahl WB. Osseous resective surgery. *Periodontol* 2000. 2000; 22: 59-87.
- 34- Obeid PR, D'Hoore W, Beray P. Comparative clinical responses related to the use of various periodontal instrumentation. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 193-199.
- 35- Matthews D. Conclusive support for mechanical nonsurgical pocket therapy in the treatment of periodontal disease. How effective is mechanical nonsurgical pocket therapy? *Evid Based Dent* 2005; 6: 68-69.
- 36- Wennstrom JL, Tomasi C, Bertelle A, Dellasega E. Full-mouth ultrasonic debridement

- versus quadrant scaling and root planing as an initial approach in the treatment of chronic periodontitis. *J.Clin Periodontol.* 2005; 32:851-9.
- 37- Sherman PR, Hutchens LH Jr, Jewson LG, Moriarty JM, Greco GW, McFall WT Jr. The effectiveness of subgingival scaling and root planing I. Clinical detection of residual calculus. *J.Periodontol* 1990; 61: 3-8.
 - 38- Rawlinson A, Walsh TF. Rationale and techniques of non-surgical pocket management in periodontal therapy. *Br Dent J* 1993; 174: 161-166.
 - 39- Aoki A, Sasaki KM, Watanabe H, Ishikawa I. Lasers in nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol 2000.* 2004; 36: 59-97.
 - 40- Bader HI. Use of lasers in periodontics. *Dent Clin North Am.* 2000; 44: 779-91.
 - 41- Parker S. Lasers and soft tissue: periodontal therapy. *British Dental Journal* 2007; 202: 309-315.
 - 42- Gregg RA, McCarthy DK. Laser ENAP for periodontal ligament regeneration. *Dent Today* 1998; 17: 86-9.
 - 43- Yukna RA, Carr RL, Evans GH. Histologic evaluation of an Nd-YAG laser assisted new attachment procedure in humans. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2007; 27: 577-87.
 - 44- Assaf M, Yilmaz S, Kuru B, Ipci SD, Noyun U, Kadir T. Effect of the diode laser on bacteremia associated with dental ultrasonic scaling: a clinical and microbiological study. *Photomed Laser Surg.* 2007; 25: 250-6.
 - 45- Posten W, Wrone DA, Dover JS, Arndt KA, Silapunt S, Alam M. Low-level laser therapy for wound healing: mechanism and efficacy. *Dermatol Surg* 2005; 31: 334-340.
 - 46- Moritz A, Schoop U, Goharkhay K, Schauer P, Doertbudak O, Wernisch J, Sperr W. Treatment of periodontal pockets with a diode laser. *Lasers Surg med* 1998; 22: 302-311.
 - 47- Dederich DN, Drury GI. Laser curettage where do we stand? *J Calif Dent Assoc* 2002; 30: 376-82.
 - 48- Bader C, Kresjci I. Indications and limitations of Er:YAG laser applications in dentistry. *Am J Dent* 2006; 19: 178-86.
 - 49- Parker S. Surgical lasers and hard dental tissue. *Br. Dent J.* 2007; 202: 445-454.
 - 50- Cobb CM. Lasers in periodontics: a review of the literature. *J Periodontol.* 2006; 77: 545-564.
 - 51- Eberhard J, Ehlers H, Falk W, Acil Y, Albers HK, Jepsen S. Efficacy of subgingival calculus removal with Er:YAG laser compared to mechanical debridement: an in situ study. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 511-8.
 - 52- Goodson JM, Offenbacher S, Farr DH, Hagan PE. Periodontal disease treatment by local drug delivery. *J. Periodontol.* 1985; 56: 265-272.
 - 53- Lindhe J, Heijl L, Goodson JM, Socransky SS. Local tetracycline delivery using hollow fiber devices in periodontal therapy. *J.Clin.Periodontol.* 1979; 6: 141-149.
 - 54- Walker C, Karpinia K. Rationale for use of antibiotics in periodontitis. *J.Periodontol.* 2002; 73: 1188-1196.
 - 55- Drisko CH. Non surgical pocket therapy: pharmacotherapeutics. *Ann. Periodontol.* 1996; 1: 491-566.
 - 56- The role of controlled drug delivery for periodontitis. The Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. *J.Periodontol.* 2000; 71: 125-140.
 - 57- Greenstein G. The role of Periostat in the management of adult periodontitis: a critical assessment. *Compend.Contin.Educ.Dent.* 1999; 20: 664-668.
 - 58- Peterson JT. Matrix metalloproteinase inhibitor development and the remodeling of drug discovery. *Heart. Fail.Rev.* 2004; 9: 63-79.
 - 59- Segelnick SL, Weinberg MA. Reevaluation of initial therapy: when is the appropriate time? *J. Periodontol.* 2006; 77: 1598-1601.
 - 60- Heitz F, Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Effects of post-surgical cleansing protocols on early plaque control in periodontal and/or periimplant wound healing. *J.Clin.Periodontol.* 2004; 31: 1012-1018.
 - 61- O'Reilly PG, Claffey NM. Identifying losing sites at periodontal reevaluation. *Cur Opin Periodontol.* 1996; 3: 68-77.
 - 62- Kaner D, Christan C, Dietrich T, Bernimoulin JP, Kleiber BM, Friedman A. Timing affects the clinical outcome of adjunctive systemic antibiotic therapy for generalized aggressive periodontitis. *J.Periodontol.* 2007; 78: 1201-1208.
 - 63- Wang HL, Greenwell H, Fiorellini J, Giannobile W, Offenbacher S, Salkin L, Townsend C, Sheridan P, Genco RJ; Research, Science and Therapy Committee. Periodontal regeneration. *J.Periodontol.* 2005; 76: 1601- 22.
 - 64- Greenwell H, Fiorellini J, Giannobile W, Offenbacher S, Salkin L, Townsend C, Sheridan P, Genco R; Research, Science and Therapy Committee. Oral reconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. *J.Periodontol* 2005; 76: 1588-1600.
 - 65- Needleman IG, Giedrys-Leeper E, Tucker RJ, Worthington HV. Guided tissue regeneration for periodontal infra-bony defects. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2001; 2: CD001724 Review. Update in *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 2: CD001724.
 - 66- Trombelli L, Bottega S, Zucchelli G. Supracrestal soft tissue preservation with enamel matrix proteins in treatment of deep intrabony defects. *J.Clin.Periodontol.* 2002; 29: 433-439.
 - 67- Muzzi L, Mieri M, Cattabriga M, Rotundo R, Cairo F, Pini Prato GP. The potential prognostic value of some periodontal factors of tooth loss: a retrospective multilevel analysis on periodontal patients treated and maintained over 10 years. *J.Periodontol.* 2006; 77: 2084-2089.
 - 68- Serio FG, Hawley CE. Periodontal trauma and mobility. Diagnosis and treatment planning. *Dent. Clin. North Am.* 1999; 43: 37-44.
 - 69- Mosedale RF. Current indications and methods of periodontal splinting. *Dent.Update.* 2007; 34: 168-70, 173-4, 176-8.
 - 70- Britain SK, Arx T, Schenk RK, Buser D, Nummikoski P, Cochran DL. The use of guided tissue regeneration principles in endodontic surgery for induced chronic periodontic-endodontic lesions: a clinical, radiographic and histologic evaluation. *J.Periodontol.* 2005; 76: 450-460.
 - 71- Goldberg PV, Higginbottom FL, Wilson TG. Periodontal considerations in restorative and implant therapy. *Periodontol 2000.* 2001; 25: 100-109.
 - 72- Salinas TJ, Block MS, Sadan A. Fixed partial denture or single-tooth implant restoration? Statistical considerations for sequencing and treatment. *J.Oral Maxillofac. Surg.* 2004; 62: 9 Suppl 2: 2: 16.
 - 73- Dibart S, Capri D, Kachouh I, Van Dyke T, Nunn ME. Crown lengthening in mandibular molars: a 5 year retrospective radiographic analysis. *J.Periodontol.* 2003; 74: 815-821.
 - 74- Padbury A Jr, Eber R, Wang HL. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. *J.Clin Periodontol* 2003; 30: 379-385.
 - 75- Levine DF, Handelsman M, Ravon NA. Crown lengthening surgery: a restorative-driven periodontal procedure. *J.Calif. Dent.Assoc.* 1999; 27: 143-5.
 - 76- Trombelli L. Periodontal regeneration in gingival recession defects. *Periodontol 2000.* 1999; 19: 138-50.
 - 77- Levine RA, Makrauer Z. The use of periodontal plastic surgery procedures in aiding esthetic restorative results. *Compend Contin Educ Dent.* 2003; 24: 729-734, 736, 738, quiz 741.
 - 78- Oates TW, Robinson M, Gunsolley JC. Surgical therapies for the treatment of gingival recession: A systematic review. *Ann.Periodont.* 2003; 8: 303-320.
 - 79- Peterson PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J.Periodontol.* 2005; 76: 2187-93.
 - 80- Preshaw PM, Haesman PA. Periodontal maintenance in a specialist periodontal clinic and in general dental practice. *J.Clin Periodontol.* 2005; 32: 280-6.
 - 81- Lanning SK, Best AM, Hunt RJ. Periodontal services rendered by general practitioners. *J.Periodontol* 2007; 78: 823-832.
 - 82- Dockter KM, Williams KB, Bray KS, Cobb CM. Relationship between preferential periodontal care and periodontal status at time of referral. *J.Periodontol* 2006; 77: 1708-1716.
 - 83- Claffey N, Egelberg J. Clinical indicators of probing attachment loss following initial periodontal treatment in advanced periodontitis patients. *J.Clin Periodontol.* 1995; 22: 690-6.
 - 84- Svardstrom G, Wennstrom JL. Periodontal treatment decisions for molars: an analysis of influencing factors and long-term outcome. *J.Periodontol.* 2000; 71: 579-85.
 - 85- Glicksman MA. Referral of the periodontal patient to the periodontist. *Periodontol 2000.* 2001; 25: 110-3.
 - 86- American Academy of Periodontology website www.perio.org

Dişhekimliğinde fotoğrafın yeri



Planladığım yazı dişhekimliğinde fotoğraf çekiminin teknik yönü üzerine bir yazı idi. Konunun derinliğine indikçe konunun ne kadar geniş olduğunu gördüm. Dişhekimliğinde verilen fotoğraf eğitimleri net 8-16 saat arasındadır. Bu kadar sürede anlatılan konuları tabii ki sadece bir yazı ile okuyuculara aktarmak mümkün olmayacaktır. Dişhekimliğinde fotoğraf çekimi üzerine bir yazı dizisi ya da bir kitap(çık) yazılması gerekiyor. Konuyu tam anla(t)mak için ise yazı yanında uygulamalı eğitim de gerekiyor.

Sevgili Dişhekimleri,
Bu yazımda sizlerle dişhekimliğinde neden fotoğraflamaya ihtiyaç olduğunu, fotoğraflamada ne gibi ekipmanlara ihtiyaç olduğunu ve bir fotoğraf eğitiminin sonunda nelerin yapılabilmesi gerektiğini paylaşmak istiyorum.

Önce fotoğrafın kendisine eğilelim. Fotoğraf son yıllarda önemli ve hızlı değişim ve gelişim gösterdi. Fotoğraf filmi pratik uygulamada – sanat fotoğrafının bazı dalları dışında- nerede ise hiç kalmadı. Tümüyle sayısal (dijital) olan yöntemler kullanılmaya başlandı. Bilgisayara ve yazılım teknolojisinin hızlı gelişimi ile sayısal görüntüleme başta beklenenden çok daha ileri noktalara geldi ve halen gelişiyor. Sayısal fotoğraf görüntülemesinin avantajlarından bazıları, yapılan çekimin sonucunun anında görülebilmesi (filmlerde olduğu gibi sonucu görebilmek için banyo ve baskı aşamalarına ihtiyaç duyulmaması), ek masraf olmadan istenildiği kadar çekim yapılabilmesi, çekilmiş görüntülerin üzerinde değişiklik yapılabilmesidir.

Diğer taraftan fotoğrafa daha kolay ulaşabilmek, fotoğrafın üzerinde değişiklik yapabilmek ve başkaları ile paylaşabilmek, görün-

tü işleme ve akış programlarını öğrenmeyi ve kullanmayı gerektirmektedir. Fotoğrafın hangi amaç için kullanılacağına göre farklı şekilde üretilmeleri ve işlenmeleri gerekebilir.

Dişhekiminin hastasının güncel durumu genelde sadece bir kere fotoğraflama şansı olduğunu düşünecek olursak, her seferinde tek veya birkaç çekim ile hızlı, kaliteli ve güvenilir bir görüntüleme sağlamak önemlidir. Bu da ağız ve çevresindeki dokular ile yüzün ve duruşun hangi teknik ekipman ile ve nasıl görüntülenebileceğini bilmekten ve uygulamaktan geçer.

Dişhekimliğinde fotoğraf çekimi

Serbest uygulayıcı dişhekimleri Dişhekimliği yardımcıları ve Dişhekimliği eğitim ve öğretim elemanları için önemlidir.

Fotoğraf çekimini dişhekimliği kendisi yapmasa bile, en iyi çekimi yapabilecek bilgilendirilmelidir.

Dişhekimliği fotoğrafı klinik/tıp fotoğrafçılığının bir alt dalı olarak görülebilir. Dişhekimliğinde çekilen fotoğraflar eksternal yüz fotoğrafından, intraoral fotoğrafa kadara çok çeşitli fotoğraf tiplerini içerebilir.

Tipik olarak dişler ve çevresi çekilir. Diş

hastalıkları, malformasyonlar, yumuşak doku, oral kavitenin oluşması yanında mandibüler ve maksillofasyal formasyonlar görüntülenir.

Fotoğraf sadece bir durumun tespiti için değil, zaman içindeki değişiminin takibinin yapılması veya farklı boyutları olan bir hastalığın çeşitli metotlar (kızılötesi ve ultraviyole ışık gibi başka metotlar ile görüntülenemeyen) ile görüntülenmesi için de kullanılabilir.

Dişhekimleri bugün fotoğrafları işlerinin bir parçası olarak tedavi planlarını düzenlemek ve tedaviyi takip etmek, öğretme, bilimsel yayın yapma ve/veya araştırma amaçlı kullanılmaktadırlar. Çekilen diş fotoğrafları adli (malpraktis veya travmatik) olgularda delil olarak önem kazanmaktadır. Fotoğraf ayrıca diş hekimliğindeki yeni teşhis ve tedavi yöntemleri, alet, gereç ve aparatlarının tanıtımında kullanılmaktadır.

Ağız içi iyi bir görüntüleme için ağız içindeki farklı dokuların, patolojilerin ve kullanılan materyellerin (diş, palat, dil, gingiva, amalgam, kalkülüs ve enamel gibi) fotoğrafik özelliklerini bilmek gerekir.

Ortodonti ve çene cerrahisi gibi branşlarda yüz çekimleri de yapılır: Önden yüz çekimi

ile sağ ve sol lateral yüz çekimleri hem teşhis hem de tedavinin takibi için önemlidir.

Ağız içi çekimler daha fazla ekipman ve deneyim gerektirir. Görüntüler genelde ön dişlerin oklüzyondaki tam görünümünü içerir. Ek olarak palatal ve lingual yüzeyler ile sağ ve sol bukkal görüntüler ile sağ ve sol lingual görüntüler alınabilir. Çekimler için standart protokoller uygulanmasında yarar vardır. Ağız içi görüntü almak normal fotoğraf makineleri mümkün olmadığı için özel objektifler ve aynalar kullanılır.

Dişhekimliğinde fotoğraf çekimi gereken fotoğraf ekipmanı

Dişhekimliğindeki uygun fotoğraf çekimi için 35 mm SLR fotoğraf makinesi, yakın çekim yapabilecek makro objektif ve elektronik flaş gerekir. SLR makinelerin özelliklerinden biri objektifin makinenin gövdesinden ayrılabilmesi böylece aynı gövde ile farklı objektiflerin kullanılabilmesidir. Pozlamanın otomatik yapılması fotoğraftan çok hastaya konsantre olunmasını sağlar, ama özellikli durumlarda manüel ayarlama yapmak gerekebilir.

Yapılan çekimlerde gözün gördüğü büyüklüğün 1:2'den 1:7'ye kadar değiştirilmesi mümkündür. 1:2 oranının üzerinde makro objektifler kullanılması gerekir.

Ağız içi çekimlerde tüm dişlerin net olarak görüntülenmesi önemlidir. Bunu sağlamak için diş hekimliğinde kullanılacak objektiflerin diyafram değerlerinin en az f:22 olması gerekir.

Seçilecek objektif çalışma uzaklığı ile de ilgilidir. Odak uzaklığı ne kadar kısa ise, objektif de hastaya o kadar yaklaştırılmalıdır. Odak uzaklığı 100 mm objektifler hastaya fazla yaklaşımadan istenilen büyüklükte çekim yapmayı sağlarlar.

Otofokus sistemler birçok durumda iyi sonuç verebilirler. Ama bazı ağız içi çekimlerde oftofokus sistemler yanlılırlar. Bu durumlarda manüel netleme yapmak daha iyi sonuç verebilir.

Kullanılacak ışık

Dişhekimliği fotoğraf çekimlerinde kaliteli ve doğru çekimler için elektronik flaş ile çekim yapılması gerekir. Gün ışığı ya da çevrede bulunan ampul ve/veya flöresan ışığı hem çekimin tekrarlanabilirliği için, hem de



görüntüdeki renklerde sapma olabileceği için uygun değildir.

Flaşların hemen tümü artık TTL (objektifin içinden geçen ışığı değerlendirdiği) için ağız içi çekimlerinde de kullanılabilir ve ayrıca düzeltme yapmaya gerek kalmaz.

Flaşlar ring (çember) veya noktasal flaş şeklinde kullanılabilir.

Ring flaş ışığı ağız derinliğinin gölgesiz aydınlatılmasında kullanılabilir. Işık eşit dağılımlıdır ve kontrast düşüktür.

Noktasal flaşlar ise küçük elektronik flaş birimleridir. Bir miktar gölge oluştururlar. Böylece ring flaşlara göre daha fazla kontrast oluşturur ve çeşitli anomalileri daha iyi görüntüleyebilirler. Diş hekimliğinde daha çok twin (ikiz) flaş sistemi kullanılır. Twin flaş sistemi ağızın uzak kısımlarında kullanılırken yanak ve dudakların gölgelerinin dişlerin görüntülenmesini engelleyebileceği akılda tutulmalıdır.

Dişhekimliğinde fotoğraf çekimi için kullanılması gereken ağız ekipmanları

- > Tam retraktörler
- > Yarım retraktörler
- > Oklüzyon aynaları
- > Lateral aynalar

Ağız içi çekimlerde özel aynalara ihtiyaç vardır. Dişhekimliğinde kullanılan bu aynalar üzeri cilalanmış metal veya yansıyan yüzü cam olan aynalardır. Her iki tip ayna da yeterli kalitede sonuç verirler. Aynaların çekim yönüne göre üç ayrı tipi vardır: Palatal, bukkal ve lingual. Aynaların ayrıca erişkinler ve çocuklar için olan farklı boyları vardır. Aynalar ile yeterli alanın fotoğraflanabilmesi için dudaklarının retrakte edilmesi gerekir. Kullanılan retraktörlerde plastik materyalin tercih edilmesi metal ile oluşabilecek

yansımaları azaltacak ve parlamaları yok edecektir.

Dişhekimliğinde alınan fotoğraf eğitimi, ağız içi fotoğraflaması açısından iyi bir görüntünün nasıl alınacağını öğrenilmesini, görüntünün kompozisyonunun ve pozlama değerlerinin belirlenmesini, önceden zor gelen görüntülemelerin başarılmasını ve her zaman başarılı bir şekilde maksiller oklüzyon ve tam lateral ark görüntüsünün alınabilmesini içermelidir.

Aynalar

Ayna ağız içi fotoğraf çekimlerinde önemli rol oynadığı için bazı noktalara dikkat etmek gerekir. Aynalar oda sıcaklığında tutulmalı, kullanılmadan önce vücut sıcaklığına getirilmelidir. Böylece ağız içine konulduğunda üzerinde buharlanma olması önlenmiş olur. Aynalar kullanılmadan önce iyice temizlenmeli ve kurulanmalıdır. Üzerinde kalacak su, sıvı veya lekeler görüntülemeyi olumsuz etkileyecek, hatta bozabilecektir. Aynalar cam ya da cilalı metal materyalden yapıldıkları için kolayca çizilebilirler. Bu nedenlerin aynaların temiz kalmalarına, uygun şekilde temizlenmelerine ve saklanmalarına dikkat edilmelidir.

Uygun çekim ve takip yapılabilmesi için tüm fotoğraflar orta akstan çekilmelidir. Böylece tüm fotoğraflarda en az distorsiyon ile çeşitli doku ve aparelerin üç boyutlu ilişkisi görüntülenebilir.

Sayısal görüntü düzenleme ve görüntü akış programları

Sayısal görüntüleme sayesinde dişhekimlerinin hasta, laboratuvar, sigorta sağlayıcıları ile iletişimlerini yanında, meslektaşları olan iletişimlerini de kolaylaşmış ve yoğunlaşmıştır.

İyi bir görüntülemeyi yapabilmeyi yanında, çekilen görüntülerin işlenmesi ve uygun şekilde sunulması da önemlidir. Görüntü işleme programları ve görüntülerin sunum programlarının da bu bağlamda öğrenilmesi gerekir.

Sayısal görüntü düzenleme programları

Çekilmiş görüntünün düzenlenmesi aşaması, görüntü düzenleme programları ile görüntülerin üzerinde hemen her türlü değişiklik yapmayı, görüntüyü hızlı ve kolay döndür- >



meyi, kontrastı düzenlemeyi, “netleştirmeyi” ve düzeltmeyi ve iyi bir görüntü oluşturarak teşhis kabiliyetini artırmayı içerir.

Görüntü akış programları

Görüntü akış programları öğrenilmesi ve kullanılması kolay programlardır. Görüntülerin programa nasıl aktarılacağına öğrenilmesinden sonra, her hasta için kişiselleştirilmiş sunumlar hazırlanması uygun olur. Hastaya (ve ebeveynine) için gerekirse görüntünün üzerine işlenmiş oklarla önemli olan yerler gösterilebilir ve/veya yazı ile anlatılmak istenen güçlendirilebilir.

Hastalar için hazırlanmış genel içerikli sunumlar ise, hekim orada olmadan da anlatılmak isteneni aktarabilir. Böylece sunumu izlemiş olan hastaya direkt olarak nasıl bir tedavi arzu ettiği aşamasına geçilebilir.

Dişhekiminin öğrenmesi gereken fotoğrafik bilgiler:

- > Sayısal fotoğrafın temeli
- > Nasıl bir fotoğraf makinesi ve elektronik flaş alınması gerektiği
- > Fotoğraf makinesinin nasıl kullanıldığı
- > Çekilen görüntülerin üzerinde nasıl çalışılabildiği ve kalıcı olacağı.

Bir dişhekiminin fotoğraf çekiminde hakim olması gereken konular:

Sayısal SLR fotoğraf makineleri, “makineyi doğrult ve çek” makineler, JPEG, RAW ve TIFF görüntü dosyalarının işlenmesi, histogramların anlaşılması ve düzeltilmesi, ring flaş ve ikiz flaşın gölge oluşturma açısından karşılaştırılması, makro objektifler, alan derinliği, ağız dışı çekimler ve portre teknikleri, dosyaların aktarılması, sabit çekiş teknikleri, fotoğraf makinesi ve flaş ayarları ve çekim değerleri.

Dişhekimliğinde fotoğraf çekimi ve işlenmesi için gereken asgari ekipman

- > Bilgisayar
- > SLR fotoğraf makinesi
- > Makro objektif (100 mm)
- > Ring flaş / İkiz flaş.
- > Görüntü işleme programı (RAW görüntüler için genelde ücretli programlar gerekir)
- > Görüntü paylaşma ve akış programları (genelde ücretli)
- > Fotoğraf basılabilecek bir yazıcı

Bu arada dişhekiminin kendi renk görmesini değerlendirmesi de uygun olur. Elde edilecek görüntüleri değerlendirirken buna bağlı hatalar yapılabilir. Erkeklerin % 8’inde, kadınların % 0,5’inde renk görme bozukluğu olduğunu hatırlamakta yarar var.

Dişhekimliğinde fotoğraf için işlenmesi uygun olabilecek konular

Eğer editörlük ve okurlar tarafından arzu edilir ise, bundan sonra aşağıdaki şablona uygun olarak bir yazı dizisini sizlerle paylaşabilirim:

1. Fotoğraf bilgisi

Fotoğrafın temel bileşenleri
Sayısal fotoğraf tekniği
Dişhekimliğinde fotoğraf gereksinimi
Dişhekimliği için uygun olan fotoğraf makinesi sistemleri

2. Dişhekimliğinde fotoğraf çekimi uygulamaları

- > Ağız çevresi ve ağız içi çekimleri
- > Portre ve profil çekimleri
- > Diş hekimliği ve diş hekimliği laboratuvarındaki küçük nesnelerin

- (protez ve kalıp dahil) çekimleri
- > Dişlerin zaman içindeki karşılaştırma çekimleri
- > Genel mekan çekimleri
- > Kopyalama işlemleri
- > Radyolojik çekimlerin sayısal ortama aktarılması
- > Slaytların sayısal ortama aktarılması

3. Sayısal görüntü dosyalarının işlenmesi ve kullanımı:

- > Görüntü aktarımı
- > Görüntü işlenmesi: Temel ayarlar
- > Görüntülerin arşivlenmesi
- > Veri çıktıları
- > Sayısal fotoğrafa has sorunlar
- > Görüntünün işlenmesi
- > Görüntülerin sunumu

Görüldüğü gibi dişhekimliğinde iyi fotoğraf çekmek için birçok detay bilmek gerekiyor. Genel önerilen durumlar çekilen hastanın özellikleri veya o çekim için geçerli olmayabilir. Yine de diş hekimliğinde fotoğraf çekerken kullanılması uygun olabilecek bazı özellikleri akılda tutmakta yarar var:

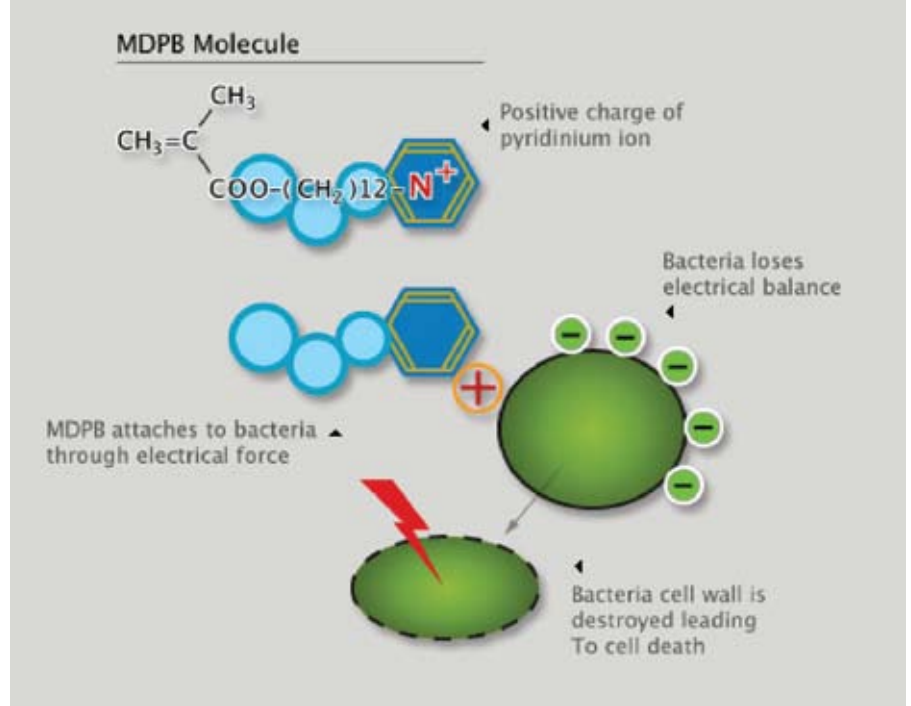
- > “Film” hızı: ISO 200
- > Diyafram değeri: Ağız içi için: f: 22. Portre veya profil için: f: 2,8 - 5,6 - 8,0.
- > Enstantane değeri: Fotoğraf makinesinin sizin verdiğiniz diyafram değerine göre verdiği değer.
- > Pozlama alanı: Merkez ağırlıklı veya sadece merkez.
- > Beyaz dengesi: AWB (otomatik) veya Flaş.
- > Dosya büyüklüğü: RAW veya JPEG (Büyük).
- > Netleme şekli: Otofokus.

Rahat ve keyifli fotoğrafik görüntülemenin başarılı olarak yaptığımız mesleğinizi belgelediği nice günler dileği ile... <

Dentin bonding sistemler ve antibakteriyel etkinlik

Son yıllarda adeziv dişhekimliğindeki odontoteknik gelişmeler, diş rengindeki restorasyonların sıklıkla uygulanabilmesine olanak sağlamıştır. Diş hastalıklarının tedavi gereksinimlerinin yanı sıra diş dokularının estetik amaçlar ile de restore edilmeleri adeziv dişhekimliği uygulamaları ile olasıdır. Günümüzde operatif dişhekimliği, 'minimal invaziv' ve 'ultrakonservatif' diş tedavileri yaklaşımlarını temel alır. Çeşitli nedenlerle madde kaybına uğramış dişlerin, sağlam diş dokularına bağlanan materyaller ile restore edilmesi, kenar renklemesi veya kenar bozulması gösteren restorasyonların tümünün değiştirilmesi yerine; 'destekleme ve tamir' olanağı sunan bu yaklaşımlar klinikte çeşitli uygulamalar ile adeziv tekniğin kullanımını destekler⁴. Bu yaklaşımının benimsenmesi üzerine restorasyon için dişte kavite hazırlanması amacıyla diş dokularının olabildiğince korunmasına olanak sağlayacak minimum hastalıklı dokunun kaldırılması sonucunda kavitede bakteriler kalabilmektedir³⁸. Restoratif tedavinin başarısı için, kavite hazırlanmasından sonra dentin dokusunda enfekte çürük lezyonunun tümüyle uzaklaştırılıp, ortamda var olan mikroorganizmaların eliminasyonu gereklidir. Pekçok araştırmacı restorasyonların klinik başarısını; bakteri ve ürünlerinin diş-restorasyon arayüzüne geçişinin engellenmesinin yanı sıra restoratif materyallerin iyi bir hermetik örtücülük sağlayabilmelerine bağlamışlardır^{36,41}. Restorasyon ve diş dokuları arasında varolan karyojenik bakteriler tekrarlayan çürüklere, pulpada iltihapsal ve patolojik reaksiyonlara neden olabilirler³⁶.

Kavite hazırlanırken kalan çürüklü dokunun teşhisi için sond ve göz ile yapılan sertlik ve renk muayenesinin yeterli olmaması, enfekte çürük dokusunun saptanmasında yardımcı yeni yöntem ve araçların, kavitede kalan bakterilere etki edebilecek antibakteriyel materyallerin geliştirilmesini yönlendiren



Resim 1 : MDPB molekülü

dirmiştir. Bu nedenle objektif kriterleri ön plana çıkararak, çürük dokusunu görsel olarak saptayabilen çürük boyalarının kullanılması önerilmektedir. Geleneksel ayna sond yöntemi ile çürüksüz olduğu tanısı konulan dişlerin %72 sinde bazik fuksin ile, %57 sinde ise asit red ile boyanma saptanmıştır^{1,25}. Her ne kadar boyalar kullanılarak enfekte dokular saptanıp uzaklaştırılsa da, kavite içerisindeki tüm mikroorganizmalar elimine edilememektedir. Yapılan araştırmalarda, çürük boyası ile saptanan çürüklü dokuların kaldırılmasından sonra da farklı oranlarda mikroorganizmaların saptandığı bildirilmiştir^{1,3,26}.

Çürük lezyonunun temizlenmesinden sonra restorasyonun altında ve kavite duvarında kalan bu residüel karyojenik bakteriler pulpa hassasiyetini artırarak, pulpa enflamasyonuna ve sekonder çürük oluşumuna neden olmaktadır^{6,5}. Adeziv restorasyonlar ve restorasyonların yenilenmesini gerektiren en büyük nedenlerden bir tanesi sekonder

çürüklerdir. Restoratif tedavilerden sonra tekrarlayan çürük sıklığının artması nedeniyle; dolgu materyallerinin terapötik etkilerine daha çok önem verilmeye başlanmıştır⁴³. Çürük dentinin uzaklaştırılmasından sonra dentin kanallarında kalan bakterilerin elimine edilmesi gereklidir. Restorasyonların altındaki bakteriler, kavite hazırlanması sırasında çürük dokunun mekanik olarak uzaklaştırılamaması ve kavitenin yetersiz sterilizasyonu sonucu yaşamlarını sürdürmektedirler^{6,3}. Bu bakteriler; restorasyonun yerleştirilmesi sırasında oluşabilecek kavitenin kontaminasyonundan, diş dokusu ve restorasyon arasında oluşan mikroaralıktan kaynaklanarak, dentin kanalları ve mine dentin sınırı boyunca ve smear tabakası içerisinde bulunabilirler⁶. Bakterilerin neden olduğu sekonder çürük ve pulpa iltihaplanması gibi komplikasyonların engellenmesi için restorasyonların hazırlanması süresince antibakteriyel etki gösteren materyallerin kullanılması önerilmektedir^{8,9,14,34}. Bu amaç-



Resim 2 : Sekonder çürük

la çürük lezyonunun temizlenmesinden sonra kavite dezenfektanlarının uygulanması önerilmektedir^{14,15,28,30}. Diş dokusunun dezenfekte edilmesi amacıyla Brannström ve Nyborg benzalkonyum klor esaslı dezenfektan olan Tubulicid materyalinin kullanımının lezyonun temizlenmesinden sonra kavite duvarındaki bakterileri ortadan kaldırdığını ve pulpada herhangi bir reaksiyona sebep olmadığını bildirmişlerdir⁷. Kavite dezenfektanlarından bir diğeri ise klorheksidin glukonat olup geniş spektrumlu etki göstererek diş çürüklerinin ve bakteri plağı oluşumunun kimyasal olarak önlenmesi için kullanılır¹⁰. Kavite dezenfektanlarının kullanılması adeziv sistemlerin bağlanma dirençlerinde olumsuz etki gösterebilmektedir³⁰. Karşıt bir görüş olarak, kavite dezenfektanı uygulanması ile kavite duvarlarının tekrar nemlenerek adezyonu daha güçlendirecek iyi bir yüzey halini alması da sunulmaktadır³¹. Total-etch sistemlerde asitleme sonrası uygulanan yıkama işleminin kavitede kalan bakterileri uzaklaştırabileceği için kavite dezenfektanı kullanılmasının gerekli olmadığını öne sürülürken son yıllarda total-etch sistemlere göre daha kolay uygulanan adeziv sistemlerin geliştirilmesiyle asitleme ve yıkama işlemleri ortadan kaldırılmış, smear tabakası ve altındaki bakteri içeren demineralize dentin tabakası korunmuştur³⁵.

Dentin bağlayıcı sistemler bakteri kontaminasyonunu iki yolla önleyebilir; kavite duvarlarını bakteri ve toksinlerinin girişini önleyebilecek biçimde örtük veya diş-restorasyon arayüzüne ulaşan bakterileri yok etmek amacıyla antibakteriyel etki gösterebilir.

Günümüzde değin kusursuz bir örtücülük sağlayan ve bakterilerin fiziksel girişine olanak vermeyen restoratif bir materyal geliştirilememiştir. Kullanımda olan adeziv sistemler, dentine 20 MPa'dan daha yüksek değerlerle bağlanabilmektedirler³². Fakat bu adezivler bile diş ile restorasyon arasında mikroaralık oluşumuna engel olamamaktadır ve bu aralığa penetre olan bakteriler de

ikincil (sekonder) çürüklere neden olmaktadır.

Adeziv sistemlerin gelişmesi; geleneksel yöntemlere oranla daha küçük boyutlu kaviteler açılmasına olanak tanımaktadır⁴². Daha az diş dokusunun kaldırılmasına çalışılırken, kavitede bakteri bırakma olasılığı da artar²⁷. Çürük lezyonunun tam olarak temizlenmediği geniş yüzeyli kök çürüklerinde; az da olsa infekte dentin kaldığı için antibakteriyel etkili adeziv sistemlerin kullanılmasından olumlu bir sonuç elde edileceği öne sürülmüştür³⁸.

Adeziv sistemler, ağız sağlığını iyileştirmek amacıyla biyofonksiyonel ve biyoaktif materyaller olarak hizmet vermelidir. Adeziv sistemlerin bu anlamda yararlı bir biyomateriyal olarak kullanılmasını sağlayan başlıca özelliklerinden bir tanesi de antibakteriyel etki göstermeleridir²⁰. Restorasyonların yerleştirilmeleri sırasında dentin bağlayıcı sistemler antibakteriyel etki gösterirlerse; kavitede kalan bakterilerin inaktive olmasını sağlayabilirler. Restorasyon sonrasında, dentin bağlayıcı sistemlerin antibakteriyel etkileri mikrosızıntı sonucu diş ve restorasyon arasına sızan bakterilerin inaktive olmasını sağlayabilir^{11,17,33,34,37,39}.

Reçine esaslı dentin bağlayıcı sistemlerin yapısal monomerlerinin antibakteriyel etkileri çok düşük değerdedir. İçeriklerine bağlı olarak antibakteriyel etki gösteren dentin bağlayıcı sistemlerden bir tanesi de gluteraldehit içeren adezivlerdir. Gluteraldehit; dentine bağlanmayı artırıcı bir yapı



Resim 3 : Antibakteriyel dentin bonding; Clearfil Protect Bond

olarak dentin bağlayıcı sistemlere katılmasının yanı sıra, güçlü dezenfektan özelliğiyle klinikte aletlerin dezenfeksiyonunda kullanılmaktadır. Sertleştikten sonra bir süre antibakteriyel etki gösterme özellikleri olan gluteraldehit içeren dentin bağlayıcı sistemler (Gluma, Bayer Dental), Syntac (Vivadent), Probond (LD Caulk/Dentsply)) agar difüzyon yöntemiyle mikrobiyolojik testler ile değerlendirildiğinde, streptokok, laktobasil ve actinomyces türlerine karşı belirgin bir inhibisyon zonu oluşturmuşlardır^{11,29,39}. Felton ve arkadaşları gluteraldehitin antibakteriyel etkinliğini test ettikleri vivo çalışmalarında; dentin kanalları boyunca varolan bakterilerin öldüğünü bildirmişlerdir¹³.

Dentin bağlayıcı sistemlerin antibakteriyel etki göstermelerinin diğeri bir nedeni de düşük Ph değerine sahip olmaları olarak gösterilmiştir^{11,17,29}. Primer ve adezivler iyi bir bağlanma için adezyonu güçlendirici monomerler içermektedirler. Moleküllerinin bir ucunda hidrofilik gruplar olan bu adeziv monomerler genellikle hidrojen fosfat ya da karboksilat gibi asidik yapıya sahiptirler. İçerdikleri bu monomerlerin yapıyla bağlantılı olarak asidik etkileri zayıf ya da kuvvetli olur. Mine ve dentini asitlemek amacıyla fazla miktarda asidik monomer içeren self-etch primer solüsyonların pH değerleri 3 ve 3'ün altındadır. Materyallerin asidik karakterlerine bağlı olarak, bazı self-etch dentin bağlayıcı sistemlerin S.Mutans bakterilerini öldürme yetenekleri vardır^{17,33}. Fakat laktobasiller gibi aside dirençli bakteriler karşısında zayıf asidik yapıya sahip primerler çok etkili değildirler. Dentin dokusu ile temas ettiğinde self-etch primerin asitliliğinin; dentin sıvısı tarafından tamponlanarak seyreltilmesi sonucu antibakteriyel etkisi azalmaktadır¹⁶.

Dentin bağlayıcı sistemlerin yapılarına antibakteriyel bileşenlerin katılmasıyla ilgili çalışmalar vardır. Bu konuda; Bapna ve arkadaşları, çeşitli kimyasal ajanların içeriğine katılmış olan adeziv reçinenin Scotchbond'un antibakteriyel etkinliğini inceledikleri ça-

ışmada polimerize olmuş dentin bağlayıcı yapısındaki NaF, dodesilamin ve bipiridin s.mutans'ın gelişimini ve tutunmasını engellediğini bildirmişlerdir. Direk pulpa kuafajı için antibakteriyel dentin bağlayıcı sistem geliştirmek amacıyla; 4-META/MMA-TBB reçine yapısına vankomisin ve metranidazol katılan çalışmalarda % 1 - 5 oranında vankomisin içeren reçinenin tüm streptokok ve actinomices türlerine karşı inhibisyon geliştirdiği belirtilmiş ve vankomisinin reçinenin çekme dayanım direncini etkilemediği bildirilmiştir. Daha önceleri; antibakteriyel ajan içeren bir dentin bağlayıcı sistem olan TRIPTON (Ic Dental) piyasaya sunulmuştu. Tripton'un primeri polihexadinin sulu solüsyonunu içermekte ve kavitedeki karyojenik bakterileri yok etmekte idi. Daha sonraları içerdiği antibakteriyelin zayıf etkiye sahip olduğu ve bakterileri öldürmede primer solüsyonun etkisiz olduğu ortaya çıkmıştır^{11,21}.

İmazato ve arkadaşları, dentin bağlayıcı sistemler içerisine antibakteriyel bir monomer olan 4 değerlikli amonyum ve metakriloyl grubunun birleştirilmesiyle elde edilen MDPB (12-metacryloyloksidodesil piridin-yum bromid) katmışlar. Materyalden salınım yapmayan, polimerize olmamış MDPB kuvvetli bir bakterisit etki gösterirken, MDPB içeren dentin bağlayıcı sistemlerin yüzeyinde; bakterilerin inaktive olduğu belirtilmiştir. Böylece MDPB'nin dentin bağlayıcı sistemlere katılmasıyla polimerizasyon öncesi ve sonrası antibakteriyel etkinin ortaya çıktığını bildirmişlerdir^{20,21}. Araştırmacılar bu ajanın materyalden salınım yapmadan, yüzeye tutunan bakterilere karşı temas inhibisyonu oluşturarak antibakteriyel etki gösterdiğini vurgulamışlardır^{22,23}. Bu materyallerin en önemli avantajı; uzun süreli antibakteriyel etki göstermeleridir. İmazato ve ark.'nın (1994), % 0.2 oranda MDPB katılmış kompozitin 3 ay suda beklemesinin ardından, S.Mutans plak akümüasyonunu inhibe ederek başlangıç düzeyinde kaldığını gösteren çalışmaları vardır. Bu salınım yapmayan yapıların katıldığı materyallerde; suda bekletme ve materyalin eskitilmesi sonucunda da mekanik özellikler ve polimerizasyon davranışlarında herhangi bir olumsuz etki görülmemiştir. Bu konuyla ilgili; in vitro antibakteriyel aktivite, bağlanma kabiliyeti, sitotoksiste ve MDPB içeren self-etch primer adizlere karşı pulpanın yanıtı ile ilgili pek çok çalışma yapılmış olup, MDPB içeren primerin antibakteriyel etki gösterebileceği de kanıtlanmıştır¹⁸⁻²¹.

Yapılan çalışmalarda MDPB içeren dentin bağlayıcı Clearfil Protect Bond'un dentin üzerinde antibakteriyel etki gösterebilen kavite dezenfektanları ve ozon uygulanması gibi antibakteriyel etkili yüzey hazırlıkları ile beraber veya ayrı olarak kullanılması durumunda kavitede kalan bakterilerin elimine edilmesi açısından yeterli antibakteriyel etkinlik gösterdiği sergilenmiştir. Elde edilen bu verilerin klinik uygulamalarının değerlendirilmesi ile materyallerin ve yöntemlerin klinik performansı açısından daha gerçekçi sonuçlar elde edilecektir. <

KAYNAKLAR:

- 1) Anderson, M., Charbeneau, G.T. A comparison of digital and optical criteria for detecting carious dentin. *Journal of Prosthetic Dentistry* 1985; 53, 643-646.
- 2) Bapna, M.S., Murphy, R., Mukherjee, S. Inhibition of bacterial colonization by antimicrobial agents incorporated into dental resins. *Journal of Oral Rehabilitation* 1988; 15, 405-411.
- 3) Boston, D.W., Graver, H.T. Histological study of ana acid red caries-disclosing dye. *Operative Dentistry* 1989; 14, 186-192
- 4) Bouschlicher, M.R., Reinhart J.W., Vargas M.A. Surface treatment techniques for resin composite repair. *American Journal of Dentistry* 1997; 10, 279-28.
- 5) Brannstöm, M. Class II resin composite restorations: Reducing sensitivity, pulpal damage and seconder caries. *Esthetic Dentistry Update* 1994; 5, 86-90.
- 6) Brannstöm, M. The cause of postoperative sensitivity and its prevention. *Journal of Endodontics* 1986; 10, 475-481,
- 7) Brannstöm, M., Nyborg, H. Cavity treatment with a microbial fluoride solution: growth of bacteria and effect on the pulp. *Journal of Prosthetic Dentistry* 1973; 30, 303-310.
- 8) Chan, D.C.N., Lo, W.W. Residual antimicrobial action of benzalchonium chloride-containing etchant. *Dental Materials* 1994; 73, 226 (Abstr 493).
- 9) Chandler, N.P., Helling, I. Efficacy of three cavity liners in eliminating bacteria from infected dentinal tubules. *Quintessence International* 1995; 26, 655-659.
- 10) Emilson, C.G. Potential efficacy of chlorhexidine against mutans streptococci and human dental caries. *Journal of Dental Research* 1994; 73, 682-691.
- 11) Emilson, C.G., Bergenholtz, G. Antibacterial activity of dentinal bonding agents. *Quintessence International* 1993, 24, 511-515.
- 12) Featherstone, J.D.B. Fluoride remineralization and root caries. *American Journal of Dentistry* 1994; 7, 271-274.
- 13) Felton, D., Bergenholtz, G., Cox, C.F. Inhibition of bacterial growth under composite restorations following GLUMA pretreatment. *Journal of Dental Research* 1989; 68, 491-495.
- 14) Gultz, J., Do, L., Boylan, R., Kaim, J., Scherer, W. Antimicrobial activity of cavity disinfectants. *Genetic Dentistry* 1999; 47, 187-190.
- 15) Gwinnett, A.J. Effect of cavity disinfection on bond strength to dentin. *Journal of Esthetic Dentistry* 1992, 4, 11-13.
- 16) Harper, D.S., Loesche, W.J. Growth and acid tolerance of human dental plaque bacteria. *Archs Oral Biol* 1984, 29, 843-848.
- 17) Imazato, S., Imai, T., Ebisu, S. Antibacterial activity of proprietary self-etching primers. *American Journal of Dentistry* 1998; 11, 106-108.
- 18) Imazato, S., Imai, T., Russell, R.R.B., Torii, M., Ebisu, S. Antibacterial activity of cured dental resin incorporating the antibacterial monomer MDPB and an adhesion-promoting monomer. *Journal of Biomedical Material Research* 1998; 39, 511-515.
- 19) Imazato, S., Ehara, E., Torii, M., Ebisu, S. Antibacterial activity of dentine primer containing MDPB after curing. *Journal of Dentistry* 1998; 26, 267-271.
- 20) Imazato, S., Kinomoto, Y., Tarumi, H., Ebisu, S., Tay F.R. Antibacterial activity and bonding characteristics of an adhesive resin containing antibacterial monomer MDPB. *Dental Materials* 2003; 19, 313-319.
- 21) Imazato, S., Kinomoto, Y., Tarumi, H., Torii, M., Russell, R.R.B., McCabe, J.F. Incorporation of antibacterial monomer MDPB into dentin primer. *Journal of Dental Research* 1997; 76, 768-772.
- 22) Imazato, S., McCabe, J.F. Influence of incorporation of antibacterial monomer on curing behavior of a dental resin composite. *Journal of Dental Research* 1994; 73, 1641-1645.
- 23) Imazato, S., Torii, M., Tsuchitan, Y., McCabe, J.F., Russell, R.R.B. Incorporation of bacterial inhibitor into resin composite. *Journal of Dental Research* 1994; 73, 1437-1443.
- 24) Jedrychowski, J.R., Caputo, A.A., Kerper, S. Antibacterial and mechanical properties of restorative materials combined with chlorhexidines. *Journal of Oral Rehabilitation* 1983, 10, 373-381.
- 25) Kidd, E.A., Joyston-Bechal, S., Smith, M.M., Allan, R., Howe, L., Smith, S.R. The use of a caries detector dye in cavity preparation. *British Dental Journal* 1989; 167, 132-134.
- 26) List, G., Lommel, T.J., Tilk, M.A., Murdoch, H.G. Use of a dye in caries identification. *Quintessence International* 1987; 18, 343-345.
- 27) Lynch, E. Antimicrobial management of primary root carious lesions: A review. *Gerodontology* 1996; 13, 118-129.
- 28) Meiers, J.C., Kresin, J.C. Cavity disinfectants and dentin bonding. *Operative Dentistry* 1996; 21, 153-159.
- 29) Meiers, J.C., Miller, G.A. Antibacterial activity of dentin bonding systems, resin-modified glass ionomers, and polyacid-modified composite resins. *Operative Dentistry* 1996; 21, 257-264.
- 30) Meiers, J.C., Shook, L.W. Effect of disinfectants on the bond strength of composite to dentin. *American Journal of Dentistry* 1996, 9, 11-14.
- 31) Miller, M.B. Ed. *Cavity cleaners/disinfectants*. *Realty* 1995; 9, 37.
- 32) Nakajima, M., Sano, H., Burrow, M. Tensile bond strength and SEM evaluation of caries affected dentin using dentin adhesives. *Journal of Dental Research* 1995; 74, 679-1688.
- 33) Ohmori, K., Maeda, N., Kohno, A. Evaluation of antibacterial activity of three dentin primers using an in vitro tooth model. *Operative Dentistry* 1999; 24, 279-285.
- 34) Palenik, C.J., Setcos, J.C. Antimicrobial abilities of various dentin bonding agents and restorative materials. *Journal of Dentistry* 1996, 24, 289-295.
- 35) Pashley, D.H., Carvalho, R.M. Dentin permeability and dentin adhesion. *Journal of Dentistry* 1997, 27, 673-676.
- 36) Peumans, M., Van Meerbeek, B., Lambrechts, P., Vanherle, G. The five year clinical performance of direct composite additions to correct tooth form and position. II: Marginal qualities. *Clinical Oral Investigations* 1997; 1, 19-26.
- 37) Prati, C., Fava, F., Gioia, D.D.I., Selighini, M., Pashley, D.H. Antibacterial effectiveness of dentin bonding systems. *Dental Materials* 1993; 9, 338-343.
- 38) Ratledge, D.K., Kidd, E.A.M., Beighton, D. A clinical and microbiological study of approximal carious lesions. Part 2: Efficacy of caries removal following tunnel and Class II cavity preparations. *Caries Research* 2001, 35, 8-11.
- 39) Scherer, W., Cooper, H., Antonelli, J. Antimicrobial properties of dental dentin-enamel adhesives. *Journal of Esthetic Dentistry* 1990; 2, 140-142.
- 40) Takemura, K., Sakamoto, Y., Staninec, M., Kobayashi, S., Suehiro, K., Tsuchitani, Y. Antibacterial activity of a BIS-GMA based composite resin and antibacterial effect of chlorhexidine incorporation. *Japanese Journal of Conservative Dentistry* 1983; 26, 540-547.
- 41) Tay, F.R., Pashley, D.H., Yoshiyama, M. Two modes of nanoleakage expression in single step adhesives. *Journal of Dental Research* 2002; 81, 472-476.
- 42) Tyas, M.J., Anusavice K.J., Frencken, J.E., Mount, G.J. Minimal intervention dentistry-a review. *FDI Commission Project 1-97. International Dental Journal* 2000; 50, 1-12.
- 43) Wilson, S.J., Wilson, H.J. The release of chlorhexidine from modified dental acrylic resin. *Journal of Oral Rehabilitation* 1993; 20, 311-319.



Yaşam kalitesinin iki düşmanı:

Horlama ve uyku apnesi

Horlama, boşanma sebebi olacak kadar insanları rahatsız eden bir sorun olarak binyıllardır bilinirken uyku apnesi yeni keşfettiğimiz bir sorun. Horlama ve uyku apnesiyle ilgili görüşlerine başvurduğumuz Vakıf Gureba Hastanesi'nden Op.Dr. Nilgün Sürmen Önder'e göre uyku apnesi ölümcül sonuçları olabilen ciddi bir sorun.

Öncelikle horlamanın nasıl oluştuğunu öğrenebilir miyiz?

Horlama, üst hava yolları darlığı olan kişilerde soluk alma sırasında hava akımının dar olan bölgelerden geçerken dokularda yarattığı titreşimden kaynaklanır. Bu titreşimlerin kaynağı çoğunlukla yumuşak damak ve küçük dil bölgesidir. Burun tıkanıklığı yapan nedenler de bu duruma katkı sağlayabilir. Basit horlaması olan kişilerin birçoğunda horlama her gece ya da her pozisyonda olmaz. Çoğunlukla sırt üstü yatıldığında, çok yorgun olduğunda ya da alkol alınan bir akşamdan sonra yumuşak damak kaslarındaki gevsemeye bağlı olarak ortaya çıkar.

Horlama bir hastalık göstergesi midir?

Horlama sosyal bir problem olmasının

yanında çoğu kez uyku apne sendromu ile birlikte olduğundan ciddi bir hastalığın göstergesi olabilmektedir. Aslında sosyal problem olarak da ciddiye alınması gereken bir durumdur. Horlama, boşanmaların önemli bir nedeni olarak gösterildiği gibi, horlama hastaları da diğer aile bireyleri için uykusuz gecelerin sorumlusu, ayrıca tatil ve iş gezilerinin istenmeyen oda arkadaşlarıdır. İşlek bir ana caddenin yarattığı gürültü 80 desibel civarındadır. Kimi zaman buna ulaşan, kimi zaman Guinness rekorlar kitabına geçecek şekilde bunu da aşan horlamalar kişinin çevresini canından bezdirebilmektedir. Horlamanın hastalık olarak ciddiyeti ise uykuda nefes durmaları oluyorsa ortaya çıkar. Tıkanma esnasında soluksuz kalınan süre 10 saniyeden uzun ise biz bunu 'apne' olarak adlandırıyoruz. Gece boyunca bu

apnelerin ve hipopne dediğimiz apne olmadan hava akımında azalma olması durumunun sık sık tekrarlanması **uyku apne sendromu** adını verdiğimiz hastalığın var olduğunun göstergesidir.

Uyku apne sendromu tanısı nasıl konur?

Horlama ile birlikte uykuda tıkanma ve gündüzleri uyuklama şikayeti olan kişi bir gece uyku laboratuvarı kliniğinde uyutularak, kalp ritmi, kan oksijen seviyesi, beyin EEG'si, uykuda nefes kaç kez ve ne süreyle kesildiği gibi bir çok parametre incelenir. **Polisomnografi** denen bu tetkike göre saatteki tıkanma sayısı beşin üzerinde olan hastalara uyku apne sendromu tanısı konur. Tıkanma sayısı beşten az ise basit horlama şeklinde adlandırılır.

Uyku laboratuvarı dediğiniz merkezler yaygın mı yoksa sadece belli kentlerde mi var?

Ülkemizde henüz uyku laboratuvarlarının sayıları malesef toplumun ihtiyacını karşılayabilecek düzeyde değil. Büyük şehirlerin birkaçında birden çok olmakla beraber, birçok ilimizde malesef bulunmuyor. Birden çok sayıda olduğu illerde bile randevu aylar, hatta yıllar sonrasına verilebiliyor. Bunun nedeni hastalığın toplumun çok büyük bir kısmını etkilemesine karşın en büyük merkezde bile bir gecede en fazla dört hasta uyutulabiliyor olması.

Uyku apne sendromunun çeşitleri var mıdır?

Aslında santral (solunum merkezinin solunum kaslarına komut vermeyi durdurması) ve tıkaçıcı (solunum merkezinden uyarı çıkıp solunum eforu oluşmasına rağmen üst solunum yolundaki tıkanıklığa bağlı olarak nefes alınamaması) olmak üzere iki tipi mevcuttur. Ancak tıkaçıcı tip çok daha sık görüldüğünden uyku apnesi dendiğinde genellikle bu tip kastedilir. Benim bahsedeceğim de tıkaçıcı uyku apne sendromudur

Uyku apne sendromu ile horlama arasında nasıl bir ilişki var?

Horlama, uyku apnesinin en erken ve en sık semptomu olmakla birlikte horlayan her hastada uyku apnesi vardır anlamına gelmez. Ayrıca horlamayan bir hastada da uyku apnesi bulunabilir. Horlama sesi çoğunlukla yumuşak damağın titreşmesi ile oluşur. Apnelere ise büyük oranda yumuşak damak ya da dil kökünün uykuda gevşeyip geri kaçarak solunum yolunu tıkamasına bağlı gelişir. Apnesi olan kişilerin büyük bir çoğunluğu horlar, ama horlayan hastaların çoğunda uyku apnesi görülmez.

Peki, horlamayan hasta uyku apnesinden nasıl şüphelenebilir?

Horlamayan bir kişi de uykusundan



Op.Dr. Nilgün Sürmen Önder

'Özellikle gündüz uykulama şikayeti olanların bu durumu çok ihmal etmeden bir Kulak Burun Boğaz uzmanına başvurmaları yerinde olacaktır. Hatırlatmak isterim, uykusunda mışıl mışıl uyunken ölenlerin büyük çoğunluğu aslında boğularak ölmektedir.'

tıkanarak uyandıktan sonra huzursuz uykuya ya da aşırı terleme ile birlikte gündüz uykulamalarından şikayet edebilir. Yine yakınları tarafından bu tıkanmalar fark edilebilir.

Apne belirtileri neler?

Bu hastalarda horlama ve gündüzleri uykulama en sık belirtiler olmakla beraber; uyku esnasında el ve ayaklarda kasılmalar, vücudun sürekli pozisyon değiştirmesi, uykuda sık sık tuvalete kalkma, sabahları baş ağrısı, yüksek tansiyon, kalple ilgili sorunlar, mideyle ilgili sorunlar, depresyon, aşırı sinirlilik, cinsel soğukluk, öğrenme zorlukları, unutkanlık sıklıkla birlikte olduğu durumlardır. Bu durumların temelinde, tıkanmalara bağlı olarak kandaki oksijen düzeyinde düşme ve buna bağlı hormonal mekanizmalar ile yeterli ve kaliteli uykuya uyuyamama vardır.

Kimler bu hastalıktan en fazla etkileniyor?

Özellikle orta yaş ve üzeri erkekleri etkilemekle beraber kadınlar ve çocuklarda da sıklıkla karşılaşılan bir durum. Ayrıca hastaların çok büyük bir kısmı şişman, geniş ve kısa boyunlu kişiler. İnsanlar kilo aldıklarında yağ dokuları sadece göbek çevresi, bel gibi görünen bölgelere yığılmaz. Üst solunum yollarında, boğaz ve çevresinde de birikerek hava yolunu daraltır. Yine de zayıf kişilerde de uyku apne sendromu olabileceği unutulmamalıdır.

Horlama ve uyku apnesinin nedenleri neler?

Hastalığa, üst solunum yolunda burun, yumuşak damak ve dil kökü düzeyindeki sorunlar yol açabilir. Burunda tıkanmaya neden olabilecek kemik ve kıkırdak eğrilikleri, burun etlerinin büyümüş olması, geniz eti, burun içerisinde polip dediğimiz etlerin varlığı, yumuşak damağın ve küçük dilin uzaması, sarkması, bademciklerin iriliği, bademciği çevreleyen mukoza bölümlerinin fazlalığı, dil kökünün iri olması, çenenin küçük ve geri yerleşimli olması, bu hastalığın gelişimini kolaylaştırır. Ayrıca üst solunum yolu üzerindeki kasların solunum yolunu açık tutma görevleri vardır. Alkol alımı, uyku ilaçları, kas gevşeticiler bu kasların gevşemesine neden olarak tıkanmaların sayısını ve süresini artırır.

Hastalar doktora nasıl başvurur?

Hastalığın erken evrelerinde uykuda nefes kesilmeleri kişinin uyku kalitesini bozacak kadar sık olmayabilir. Bu nedenle hastaların büyük çoğunluğu eşlerinin zoruyla bize başvurur. Bunun nedeni bazen horlama sesinden duydukları rahatsızlık, bazen de soluğun kesilmesinden duydukları endişedir. Hastalığın ilerlemiş evrelerinde ise uykudan boğulma hissi ile uyanma, sabahları yorgun kalkma, gün içinde olmur olmaz yerlerde uykulama şikayetleriyle hasta kendi isteğiyle de başvurabiliyor.



Apneler uyku kalitesini nasıl bozar?

Uykuda belirli sürelerde nefesin kesilmesi, kesilme sayısına ve süresine bağlı olarak, kandaki oksijen seviyesini azaltır ve karbondioksit seviyesini yükseltir. Bu durum beynin uyarılmasına ve kişinin uykudan uyanmasına neden olur. Arousal denen bu uykudan uyanma hali (aslında tam anlamıyla uyanma olmayan bu durum 'uyanayazma' olarak tanımlanır ve hastalar bu durumun çok da farkında olmazlar) gece boyunca sık sık tekrarladığından, hasta uykunun asıl dinlendirici fazı olan **derin uykuya dalamaz**. Bunun sonucunda sabahları yorgun kalkar, baş ağrısı ve gün boyu uyuklamaları olur. Bu uyuklamalar nedeniyle iş kazaları olduğu gibi, bu kişilerin trafik kazası geçirme ihtimalleri de uyku apnesi olmayanlara göre çok yüksek olmaktadır. Birçok kazada fren izine rastlanmaması hastaların direksiyon başında uyuduklarının göstergesidir. Dünya üzerinde yapılan araştırmalarda, gerçekleşen trafik kazalarının üçte birinin bu hasta grubu tarafından yapıldığı tespit edilmiştir.

Tedavisinde neler yapılır?

Uyku apne sendromu tedavisinin ilk adımı önerilerden oluşur. Hastalar kilolu ise diyet yapmaları, alkol ve sigaradan uzak durmaları ve sportif bir yaşam sürmeleri tavsiye edilir. Ayrıca şikayetleri sırt üstü



Polisomnografik incelemede vücudun birçok bölgesine elektrotlar yerleştirilir. Kafaya yerleştirilen EEG, yüz ve çeneye yerleştirilen EMG elektrotlarının uygulaması (yanda). İleri evre uyku apne sendromu hastalarında uygulanan nazal CPAP maskesinin çok çeşitli örneklerinden biri (üstte solda). Özellikle horlama tedavisinde başarılı olabilen dişhekimliği uygulamalarından, mandibula ilerletici aparey (üstte sağda).



yattıklarında artıyorsa (hastaların büyük çoğunluğunda sırtüstü yatışta horlama ve tıkanma şikayetleri artar) pijamalarının sırtına bir cep yapıp buraya bir tenis topu yerleştirmeleri önerilerek hastanın **sırtüstü yatması engellenmeye çalışılır**. Ancak bu önlemlerin hepsi çok kıymetli olmakla beraber hastalığı ortadan kaldırmaktan ziyade şiddetinin azaltılmasında faydaları olmaktadır. Öte yandan hastalar da bu önerileri uygulama konusunda çok da başarılı olamamaktadırlar.

Kesin bir çözümü yok mudur?

Uyku apnesinin bugün için kökten çözümü çok zordur. Tedavide birçok ilaç, cihazlar ve cerrahi yöntem denenmiş olmasına rağmen, cerrahi tedavide **trakeotomi** (soluk borusuna nefes almak için delik açılması) dışında kesin çözüm diyebileceğimiz yöntem yoktur. **CPAP** (Continuue Positive Airway Pressure) adı veren cihaz gece boyunca bir maske yardımı ile burundan hava üfleterek uyum sağlayabilen hastalarda % 100'e yakın bir tedavi sağlanabilmektedir. Ne var ki hastalarımız nefes almak için boğazlarına delik açılmasını kabul etmedikleri gibi, ömürleri boyunca bir maske ile uyuma konusunda da çok istekli olmamaktadır.

Başka bir tedavisi yok mu?

Uyku apnesinin belki de başka hiçbir hastalıkta olmadığı kadar çok tedavisi mevcut ve bunun nedeni de biraz evvel söylediklerim dışında hastaların kabul edebileceği basit, uygulanabilir bir kesin çözüme ulaşılamamış olması. Tabii bu söylediğim özellikle uyku apnesi için

geçerli. Horlama içi durum daha kolay denebilir. Basit horlaması olan kişilerde varsa burun problemlerinin düzeltilmesi ya da yumuşak damağa yapılan girişimlerle başarılı olma ihtimali oldukça yüksek. Ayrıca dişhekimlerinin uyguladığı hastaya özel yapılmış birtakım protezler de horlamada kullanılabilir. Fakat bu protezlere de her hasta uyum sağlayamıyor ve protezler uyku apnesi olan hastaları tedavi etmede yetersiz kalıyor.

Peki ya uyku apnesinde?

Uyku apnesi tedavisinde patolojinin seviyesini (burun, yumuşak damak, dil kökü) belirlemek özellikle önemli ve hastalarda çoğunlukla da birden çok patoloji bulunmakta. Varsa burun patolojilerinin düzeltilmesinin yanında, yumuşak damak ve dil köküne uyguladığımız çok çeşitli cerrahi teknikler var. Hastalığın şiddeti, hastalığın yatış pozisyonu ile ilişkisi, hastanın anatomisi, kilo ya da yaşı bizi uygulayacağımız cerrahi ya da CPAP kullanımını tercihimizde yönlendiriyor.

Bu yönde şikayeti olan hastaların, özellikle gündüz uyuklama şikayeti olanların bu durumu çok ihmal etmeden bir Kulak Burun Boğaz uzmanına başvurmaları yerinde olacaktır. Hatırlatmak isterim, uykusunda mışıl mışıl uyurken ölenlerin büyük çoğunluğu aslında boğularak ölmektedir. Horlama ve uyku apnesiyle ilgili, hocamız Prof.Dr. Mehmet Ömür'ün bilgilendirici olmasının yanında çok da eğlendirici olan 'Horlama Kitabı'nı yazmasına neden olan üstgeçide asılı pankartın sloganıyla uyaralım: 'Direksiyon başında uyku ebedi uyku getirir.'

'Domuz gribi' hakkında en çok sorulan sorular...

'Domuz Gribi' diye bilinen H1N1 salgını etkisini artırarak yayılmaya devam ediyor. Derгимiz baskıya girerken Sağlık Bakanlığı'nın açıklamalarına göre H1N1 virüsü nedeniyle yaşamını yitiren yurttaşların sayısı 73'ü bulmuştu. Türk Tabipleri Birliği, domuz gribi ile ilgili güncel gelişmeler doğrultusunda, Prof. Dr. Murat Akova ve Doç. Dr. Alpay Azap'ın katılımıyla bir basın toplantısı düzenledi. Akova ve Azap'ın domuz gribi hakkında en çok sorulan sorulara verdikleri yanıtları aktarıyoruz.

Domuz gribi hakkında kısa bilgi...

Pandemik İnfluenza A (H1N1) virüsünün neden olduğu domuz, kuş ve insan grip virüslerinin bir karışımı olarak karşımıza çıkmış olan yeni grip türüdür. İlk defa Mart 2009'da Meksika'da insanlar arasında görülmeye başlayan grip salgını hızla dünyaya yayılmış ve hatırlanacağı üzere Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Haziran 2009'da pandemi (faz 6) alarmı vermiştir. Geçen dönem güney yarı kürede görülen hastalık, kış mevsiminin gelmesiyle birlikte son haftalarda kuzey yarı kürede yayılmaya başlamıştır.

Hastalığın klinik seyri nedir?

Hastalığın klinik belirtileri mevsimsel gripten farklı değildir. Pandemik grip (H1N1) şu aşamada mevsimsel influenzadan daha ağır seyretmemektedir. Ancak hızlı yayılma özelliğine sahiptir. Mevsimsel influenzadan en önemli farkı toplumun büyük kesiminin daha önceden bu ve benzeri olan viruslarla karşılaşmamış olmasıdır. Bu nedenle dünya nüfusunun önemli bir kısmı hastalığa açıktır. Pandemik H1N1'in öldürme hızı binde 3-5 arasındadır. Bu normal influenzadan daha düşük bir orandır. Ancak hastalığa yakalananlar arasında belli gruplarda ölüm oranı normal influenzaya göre daha yüksektir.

Kimler daha çok etkileniyor?

Hastalığın bugüne kadarki seyri incelendiğinde, 6 ay-24 yaş arası çocuk ve gençlerin daha çok etkilendiği görülmüştür. Hamileler, hasta olan kişilerle ilk temas edebilecek hizmet grupları hastalıktan etkilenecek gruplar arasında sayılmaktadır.

Hastalık 65 yaş üzerindeki kişilere kolay bulaşmamaktadır. Bunun 1918'de meydana gelen büyük salgın ile ilgili olduğu düşünülüyor. 1918'de meydana gelen grip salgınındaki virus bugünkü viruse çok benziyor. O virus 1950'lere kadar dolaştığı için 65 yaş üzerindeki kişilerin kısmi bağışıklık geliştirdiği kabul ediliyor.

Endişeli olunan nokta nedir?

Endişeler influenza A virusunun çok kolay yapı değiştirmesinden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda, ilerleyen süreçte hastalığın seyrinin daha ağır olup olmayacağı hakkında kesin bir şey söylenememektedir. Geçtiğimiz yüzyılda yaşanan grip salgınlarında, başlangıçta hafif enfeksiyona neden olan virüsün sonradan daha öldürücü hastalık yapma yeteneğine kavuştuğu izlenmiştir.

TTB Pandemik İzleme Kurulu uyardı:

Salgının ciddiyetle yönetilmesi gerekiyor

H1N1 salgınının etkisini artırması üzerine Türk Tabipleri Birliği (TTB) çeşitli dallardaki uzmanlardan oluşan bir izleme kurulu oluşturdu. 12 Kasım 2009 tarihinde İstanbul Tabip Odası'nda ilk toplantısını yapan TTB – Pandemik Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu bir basın açıklaması yaparak çeşitli uyarılarda bulundu ve kafalarda oluşan soru işaretlerine ilişkin açıklamalarda bulundu.

Bu süreçte aşı konusunda yaşanan tartışmalara da değinen Kurul "Aşıların bulaşıcı hastalıklarla savaşta etkinliği bilimsel olarak tartışma götürmeyecek biçimde kanıtlanmıştır. Aşıların yan etkileri sağlanan yararın yanında ihmal edilebilecek denli azdır. Aşılar



toplumsal erişime olanak sağlayan ucuz ürünlerdir" açıklamasında bulundu. Sağlık Bakanının kamuoyunu ikna etmek için büyük bir çaba harcadığı, bu amaçla basın önünde aşı olduğu sırada Başbakan'ın aşı konusunda şüphe uyandıran tavırının büyük bir talihsizlik olduğunun dile getirildiği açıklamada "bu ve benzeri durumlarda açık, tutarlı, sürekli ve güven veren politikalar uygulanması gereken ulusal sağlık otoritesinin kendi içinde bile ikircikli ve kararsız bir durumla yüz yüze kalması toplum için kaygı vericidir" dendi.

Hasta olmamak için ne yapılmalı?

Öncelikli risk grubu olarak ifade edilen çocuk-geç yaş grubunu hastalıktan korunması için kişisel hijyene dikkat başta gelmektedir. Okullarda hijyene, özellikle el hijyenine maksimum önem verilmesi, eller sık sık yıkanmalıdır. Küçük yaş gruplarında eğer çocukların sık sık ellerini yıkamaları sağlanamıyorsa alkollü el dezenfektanları kullanılmalıdır. Okullarda, çocukların bir arada bulunmalarının zorunlu olmadığı sınıf dışı faaliyetler sınırlandırılmalıdır. Ne kadar çok farklı gruptan çocuk bir araya getirilirse riskin o kadar artacağı unutulmamalıdır. Okul gezileri sınırlandırılmalıdır.

Hastalık görüldüğünde, okulların kapatılması için bir ölçüt var mıdır?

Bunun için geliştirilmiş rakamsal bir ölçüt ne yazık ki yok. Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ), okul kapatma ve benzeri uygulamaların salgının başlangıcında yapıldığı takdirde infeksiyonun yayılmasını yavaşlatacağını dolayısıyla sağlık otoritelerine gerekli hazırlıkları yapmak için zaman kazandıracağını belirtmektedir. Bugün için ülkemizde gerçekleştirilen okul kapatma uygulamaları da aşı sağlanana kadar infeksiyonu olabildiğince sınırlı tutabilmek amaçlıdır.

Berber çalıştığımız birisinde ya da çocuğumuzun sınıf arkadaşında hastalık olunca ne yapılmalı? Koruyucu ilaç alınmalı mı?

Hasta olduğu düşünülen kişilerle temas etmiş olanların rutin olarak bu virüsün varlığı yönünden taranmasına gerek yoktur. Hastanın grip semptomları yönünden takip edilmesi yeterlidir. Ancak semptom çıkması durumunda hasta tedavi yönünden değerlendirilmelidir. Semptom gözlenen hastaların önemli bir kısmında da

tedaviye ihtiyaç duyulmayacaktır. Uluslararası bilimsel kurumların hastalığa yakalanan herkesin tedavi edilmesine yönelik önerisi bulunmamaktadır. Belli bir takım risk faktörü taşıyan kişilerin tedaviye alınması gerekecektir.

Belirtileri neler ve görülünce/hasta olunca ne yapılmalı?

Pandemik grip (H1N1) in belirtileri mevsimsel griple aynı olup ateş, öksürük, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları ve daha geri planda kalan burun akıntısı, ishal, bulantı-kusma gibi belirtilerdir. Hastalanan çocuklar okula gönderilmemeli, veliler bu konuda uyarılmalıdır. Hastalanan çocuklar hastalık tamamen iyileşene kadar -ki bu süre genellikle 7 gündür- evde tutulmalı, hastalığın daha uzadığı durumlarda ise ateş düştükten en erken 24 saat sonra okula gönderilmelidir. Hastalanan çocukların iyi beslenmesi ve bol sıvı alması sağlanmalıdır. >

SOĞUK ALGINLIĞI MEVSİMSEL GRİP ve DOMUZ GRİBİ BELİRTİLERİ ARASINDAKİ FARKLAR

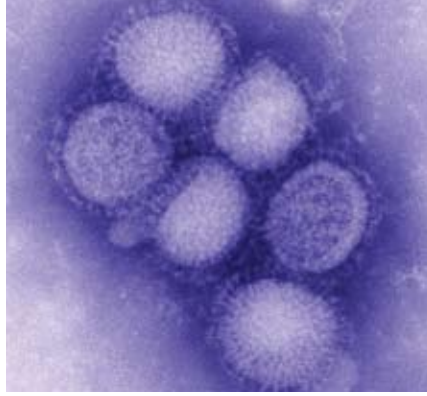
BELİRTİLER	SOĞUK ALGINLIĞI	MEVSİMSEL GRİP	DOMUZ GRİBİ
ATEŞ	Çok nadir görülür	Genellikle görülür	Sıklıkla rastlanır Domuz gribine yakalananların yüzde 80'inde 38.5 derece ateş görülür
ÖKSÜRÜK	Kesik ve balgamlı öksürük olarak görülür	Kuru ve kesik öksürük belirtilerinden biridir	Kesinlikle balgamsız ve halk arasında kuru öksürük olarak bilinen şekilde görülür
AĞRI	Hafif vücut ağrıları görülebilir	Orta dereceli vücut ağrısı olarak görülür	Ciddi boyutlarda acı verici vücut ağrısı domuz gribinde yaygındır
BURUN AKINTISI	Kendi kendine geçecek bir haftalık burun akıntısına rastlanır	Yaygın bir belirtidir	Domuz gribinde çok az görülür
SITMA	Soğuk algınlığında sık rastlanır bir belirti değildir	Hafif ve orta dereceli bir sitma görülebilir	Domuz gribi olanların yüzde 60'ında sitmalanma görülmüştür
HALSİZLİK	Hafif derecede halsizlik görülebilir	Yaygın ve orta dereceli olarak görülür	Ciddi derecede halsizlik görülür
HAPŞIRMA	Yaygın görülen belirtidir	Sıklıkla görülür	Domuz gribinde sık görülmez
ANI SEMPTOMLAR	Bir iki gün arasında belirtiler görülür	Bir iki günde içinde yüzde kızarıklık, iştah kaybı, baş dönmesi ve kusma gibi görülen belirtiler 4 ila 7 gün sürebilir. İshal de yaygın olarak görülür	Domuz gribinin belirtileri 3 ila 6 saat arasında hızlı bir şekilde gelişir. Yüksek ateş, ağrı ve sızı gibi görülen belirtilerin süresi hastaya göre 4 ila 7 gün arasında değişebilir İshal yaygındır
BAŞ AĞRISI	Sık rastlanmaz	Yaygın olarak görülür	Domuz gribinde sık olarak görülmez
BOĞAZ AĞRISI	Sık olarak görülür	Genelde rastlanır	Domuz gribinde sık olarak görülmez
NEFES DARLIĞI	Hafif bir şekilde görülebilir	Orta dereceli nefes darlığı görülebilir	Acı verecek şekilde görülür

Halen var olan grip aşısı yeterli mi? Domuz gribi aşısı farklı mı?

Pandemik grip (H1N1) için geliştirilen aşı şu anda ABD, İsveç ve Macaristan'da kullanılmaktadır. Şu an Türkiye'de var olan aşı bir yıl öncesinin influenza virüsüne karşı geliştirilen mevsimsel grip aşısıdır. Pandemik grip (H1N1) aşısının üretim çalışmaları Temmuz ayı başından bu yana devam etmektedir. Yaklaşık 5 bin civarında çocuk ve erişkinde denendiğini ve belirgin bir yan etkisinin izlenmediğini biliyoruz.

Tek bir aşı mı var, farklı aşılardan hangisi tavsiye ediliyor?

ABD ve Avrupa'da üretilen iki tip aşı var. Bu iki tip aşının etken maddeleri birbirinden farklı. Birinde zayıflatılmış canlı virüs var diğeri ise ölü virüs içeriyor. Aşılar içerisinde üç önemli madde var. Bunlardan birisi, antijen denilen vücutta esas bağışıklığı sağlayacak olan virüsün parçasını içeren kısım. İkinci madde ise ABD'de olmayan ve Avrupa'da olan adjuvan denilen ve aşının bağışıklık yapma gücünü artıran madde. Aşılar bu amaçla uzun yıllar alüminyum kullanılmıştı. ABD, var olan ancak bilimsel olarak kanıtlanmış bulunmayan iddialar nedeniyle, aşıların içinde adjuvan madde kullanılmasına izin vermiyor. Adjuvanların çok nadir olarak alerjik reaksiyonlara yol açtığı, bazı romatolojik hastalıklar gibi istenmeyen bazı yan etkilere yol açtığı öne sürülüyor. Bu nedenle de ABD'de hukuki olarak sorumlu tutulan çok sayıda dava olduğu için bu maddenin aşılar konulmasına izin verilmiyor. Avrupa'daki aşıların içinde adjuvan maddesi var. Bu aşılar 5 büyük firma tarafından üretiliyor. Türkiye'ye gelecek aşıların içerisinde büyük olasılıkla bu madde olacak. "Bunun bulunmasının bir zararı var mı" sorusuna kesin bir yanıt verilemiyor ancak Avrupa Birliği'nde adjuvanlı (sequalen veya alüminyum) aşılar yıllardır uygulanıyor ve ciddi bir yan etki hali hazırda bildirilmiş değil. Ama bu sadece Türkiye'ye özgü bir şey değil, ABD dışındaki tüm ülkelerdeki aşıların içerisinde adjuvan maddesi olacak. Üçüncü madde ise cıvalı bir bileşik. Aşının, başka mikroplarla kontamine olmasını, bulaşmasını engelleyen koruyucu bir madde.



İşte o; altı aydır tüm dünyada binlerce insanın ölümüne yol açan H1N1 virüsü.

ABD'deki aşıların içerisinde bu da bulunmuyor. Cıva olması çok da bir önem taşıyor. Çünkü, arka arkaya çok dozda aşı yapıldığı takdirde, vücutta birikip özellikle çocuklarda bir takım rahatsızlıklara yol açabiliyor, ancak tek doz yapımında bir sorun bulunmuyor.

Aşıların yan etkileri söylendiği gibi mevcut grip aşılarından daha fazla mı?

Grip aşısı dünyada 50 yıldan daha uzun süredir üretilen bir aşı. Üretim teknolojisinin de gelişmesiyle çok daha iyileşmiş olmakla birlikte temel olarak üretim basamakları on yıllardır hep aynı. Embriyonlu tavuk yumurtasından üretiliyor. Son yıllarda doku kültürlerinden de üretilse de bunların sayısı çok az. Dolayısıyla dünyada bu konuda ciddi bir deneyim ve birikim var. Domuz gribi aşısının mevsimsel influenzadan daha fazla bir yan etkisi olduğu bugüne kadar tespit edilmedi. Ancak lokal yan etkiler olabiliyor; aşı yerinde hafif kızarıklık, aşı yerinin hafif ağrması gibi. Buna karşılık ciddi yan etkiler çıkması olasılığı son derece düşük ve mevsimsel grip aşısında beklenen yan etki oranından daha fazla değil. Ancak dünyada ilk kez böyle büyük bir kitlesel aşılamaya faaliyeti olacağı için milyonda bir ya da daha nadir görülen yan etkilerin de ortaya çıkma olasılığı da ihmal edilmiyor. Dünya Sağlık Örgütü bunları takip ediyor. Aşının kanser yaptığına dair söylenceler kesinlikle doğru değil.

Söylendiği gibi geçmiş yıllarda, 1950-60 larda yaşanmış olumsuz tecrübeler var mı?

Grip aşılarının üzerine haksız bir şekilde

yapışık kalan kötü şöhret, 1976 yılında ABD'deki aşılamaya sırasında sinir sistemini tutan bir hastalık olan Guillain-Barre hastalığının sıklığında bir artış tespit edilmesinden kaynaklanıyor. Ancak bu artışın aşılardan kaynaklandığı kesin olarak gösterilemediği gibi sonraki on yıllar boyunca grip aşılarının bu hastalığa neden olduğu ispatlanamamıştır. Arada doğrudan bir nedensellik ilişkisi kurulamamıştır. Bu hastalık her toplumda 100.000'de 4-5 sıklıkta görülmekte ve viral enfeksiyonlar tarafından da başlatıldığı düşünülmektedir. ABD'de aşı yan etkilerini takip eden kuruluş yıllar içerisinde yüz binlerce aşı uygulamasını değerlendirdikten sonra grip aşılarının bu hastalık riskini artırmadığını tersine bir miktar azalttığını belirtmiştir.

Aşı yapımı nasıldır? Adjuvan etki nedir?

Aşı adjuvanla birlikte yapıldığı zaman bağışıklık potansiyeli çok daha yükseliyor. Birisi yüzde 70 bağışıklık kazandırıyor, birlikte olduğunda bu oran yüzde 90'a çıkıyor. "Adjuvana bağlı yan etki görülebilir mi" sorusuna da kesin yanıt verilemiyor, çünkü dünyada hiç bu kadar çok yaygın bir aşılamaya uygulanmadı. Nadir olasılıklar olacak diye insanların aşıdan mahrum kalması doğru değildir. Böyle bir yan etkisinin olup olmayacağını şu anda bilmeden bu konuda spekülasyon yaratmak doğru bir yaklaşım değil.

Aşı olunmasını öneriyor musunuz?

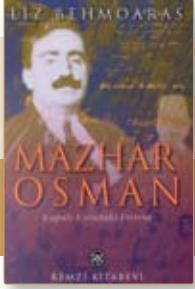
Evet. Aşının faydası olası yan etkinin yaratacağı zarardan çok daha büyüktür. Bu nedenle yan etki olabileceği endişesiyle aşı yaptırmamak büyük hata olur. Çünkü aşının alternatifi hastalığa yakalanmaktır. Bunun sonuçları ise daha kötü olabilir.

Kimler aşı olmalı?

65 yaş altı tüm nüfusun belli bir öncelik sırasına göre aşılanması gerekmektedir. Sıranın başında hastalığa en açık kesim olarak nitelenen 6 ay - 24 yaş arasındaki kişiler, hamileler, altta yatan kronik hastalığı olanlar, hastalıkla öncelikli karşılaşabilecek hizmet grupları; sağlık çalışanları, itfaiye, güvenlik görevlileri vs. yer alıyor. <

Psikiyatrinin babası

Liz Behmoaras'ın kaleminden Türkiye'nin değerli psikiyatristlerinden Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin kurucusu Dr. Mazhar Osman'ın renkli hayatını okurken onun yakın arkadaşlarından biri olan Dişhekimi Mustafa Sami Mortom'u da tanıma fırsatı buluyorsunuz. Yaşamı kadar sanata olan ilgisi nedeniyle de zaman zaman bazı sanatçıların söyleşilerinde adı geçen bu meslektaşımıza ait satırları sizlerle paylaşmak istedim. Kitap, Osmanlı'nın son dönemi ve Cumhuriyet'in ilk yılları hakkında da bilgi veriyor.



Mazhar Osman Kapalı Kutudaki Fırtına

Liz Behmoaras
Remzi Kitabevi
Üçüncü basım, Eylül 2001

Sabahın erken saatlerinde vardığı mektebin kapısının önünde, kırmızı ve lacivert üniformalı birkaç genç doktor konuşuyor ve gülüşüyorlardı. Bunlardan bilhassa biri delikanlının dikkatini çekti. Geniş pantolonlu, hafif paytak yürüyüştü, kıvrıkcık uzun saçları küçük fesinden yakasına taşmış, 'pince-nez'⁽¹⁾ gözlüklü, gözlüğünün ardında mavi gözleri iki mavi boncuk gibi parıldayan bir genç hocaydı. Mazhar, onu önce hayranlıkla süzdü; sonra henüz tanımadığı, kendisiyle birlikte geniş kapıdan içeri giren başka bir gence, bu dikkat çekici zatın kim olduğunu sordu. Sorusunu yönelttiği öğrencinin herkesi tanıyor, her şeyi biliyor gibi bir hali vardı. Bilgiç bilgiç başını sallayarak, cevabını anında verdi: "Adı Besim Ömer, nisaiyyecidir kendisi."

Sonra da kendini tanıttı:

"Ben Mustafa Sami, nam-ı diğer 'Çörçöp Sami', bana sadece Çörçöp desen de olur!"

Mazhar, bu tuhaf lakaplı yeni arkadaşına fazla önem vermedi. Besim Ömer'e büyülenmiş gibi bakıyordu... Besbelli, onu çok yakışıklı, üstündeki kıyafeti de son derece havalı buluyordu. Onu tanımak, onunla dost olmak, onun gibi olmak arzusuna kapılmıştı. Nisaiyyecilik çok yeni bir uzmanlık dalıydı. Sadece Avrupa görmüş



1920'lere gelindiğinde Mazhar Osman artık iyice ünleniyor ve karikatürleri çiziliyordu.

paşalar ve zengin ekalliyet, kadınlarını, doğururken erkek ellerine daha yeni yeni teslim etmeye başlamışlardı... Nisaiyyeci olmak, yeni öğrenciyi o an çok cazip gördü. (sayfa 40)

* * *

Gençlerin gece eğlencenlerinden biri de, yat borusundan sonra 'meddah' gösterisi düzenlemektir. Güzel taklit yapan ve

bol hikaye bilen Mazhar, kısa zamanda bu eğlencelerin yıldızı olmuştu. Kendisini büyük sınıflardan da çağırmaya başladılar. O da gider, yatakların başucundaki yüksek dolapların birinin üzerine oturur, meddahlık yapardı. Herhangi bir baskın durumunda içine girebilsin diye, dolabın hemen önündeki yatak boş bırakılırdı, diğer öğrenciler zaten soyunup yataklarına yatar, öyle dinlerlerdi. Gözcü genellikle Çörçöp Sami olurdu. Parola da, şiddetli bir öksürük nöbeti!...

Bir gece Mazhar, dolabın üstünde hikayeler anlatır, diğerleri yataklarında keyfli keyfli dinlerken, Çörçöp Sami ciğerleri parçalanacakmış gibi öksürmeye başladı. Meddah, anında önündeki yatağa atladı. Birdenbire yatakhaneyi kaplayan sessizliği, artık sadece derin horultular bozuyordu. Gelen zabıt, şüphe dolu bakışlarını yataklara dikti, sonra şöyle bir dolanıp çaresiz uzaklaştı.

Mazhar'ın en çok şaşırdığı şey, bu eğlenceler sırasında onları basan zabıtların suskunluğu ve çekimserliğiydi; sebebini, çok bilmiş Çörçöp anlatmıştı toy delikanlıya:

"Bana tecavüz etti veya tecavüze kalkıştı,' gibi laflar ederiz diye ödleri kopuyor. Hiç olmamış şeyler değil ki bunlar!"

Edindiği ilk iki ardaştan, Servet ne kadar çekingen ve içe dönükse, Çörçöp Sami o kadar 'fırlama', şakacı ve konuşkandı. Ayrıca, kendisi gibi edebiyata ve şiire merak duyar, şiir okur, şiir yazardı! Babası Teselya muharebesinde şehit düşmüştü. Çörçöp'ün, Gelibolu'da başlayıp, paşa kızı olan annesinin doğum yeri Priştine ve Üsküdar'dan geçerek, Galatasaray

(1) Burnun üzerine konan sapsız gözlük.

Sultanisi'nde devam eden eğitimi, verilen aralar yüzünden epey uzamıştı. Mazhar'dan yedi yaş kadar büyüktü. Mazhar, arkadaşının 'engin' hayat tecrübesine, her daim şık ve havalı giyimine, her durumda sergilediği rahat tavırlara, mükemmel Fransızcasına hayrandı. (sayfa 47-48)

* * *

Bazı cumalar, Çörçöp Sami ve Selanikli Tevfik'le Üsküdar'dan faytona binerek, Küçük Çamlıca'daki kır kahvesine gidiyorlardı. Çörçöp'ün getirdiği bir mandolin elden ele dolaşüyor, Mazhar'ın onun eşliğinde, arkadaşlarının kulaklarını elleriyle tıkayıp gözlerini havaya kaldırmalarına aldırış etmeden, şarkı söylediği bile oluyordu. İstanbul'u tepeden seyrediyordu: şehir, ufalmış camileri, incelmış minareleri, küçülmüş binalarıyla önünde uzanıyordu. (sayfa 56)

* * *

Akşamüstü Çörçöp Sami mektebin avlusunu bir aşağı, bir yukarı arşınıyordu, abartılı el-kol hareketleriyle ve tumturaklı bir üslupla, nefret edilen müdürün ardından yazdığı mersiye ile kıt'ayı arkadaşlarına okuyordu.

"Bu bendergehte kim söyle emelçini beka oldu

Gelen her biri bir derd ile mahvü heba oldu"⁽²⁾

diye başlayan mersiye,

"Sadakatten o rütbe hissemendi istifa di kim

Ölürken son sözü 'Padişah'ım çok yaşa' oldu"⁽³⁾

diye devam ediyordu. Kıt'a ise şöyle başlıyordu:

"Cümlemiz kurtulduk ey ihvanı mektep vartadan

Namını bil ki, kaza sildi habisin hari-tadan"⁽⁴⁾

Cenazaden hemen sonraki Perşembe günü, Mazhar'a ne Çamlıca tepelerinde mandolin konserleri, ne de Sarafim'de şiir dinletileri cazip geldi.

Liz Behmoaras

1950'de İstanbul'da doğdu. Çeşitli yayınlarında edebi eser çevirmenliği, çeşitli yerli ve yabancı yayın kuruluşlarında serbest gazetecilik yaptı.

İlk kitabı "Türkiye'de Aydınların Gözüyle Yahudiler" adını taşıyor. Kimsin Jak Samanon?, Yüzyıl Sonu Tanıklıkları, Suat Derviş ve Bir Kimlik Arayışının Hikâyesi yazarın diğer kitaplarıdır.



firi karanlığında, yokuşun alt başında, eski, viran bir kahvehane duruyordu. Kapıdan içeri girdiklerinde, halka halka, baylıtıcı bir kokuyla yayılan dumandan boğulacak gibi oldular... O kesif kokuya biraz alıştıktan sonra, etraflarına bakındılar: Dört-beş metre genişliğinde, han odası gibi ber yerd. Sağda bir kahve ocağı

Çörçöp'ün, "Hadi, Setli Kahve'ye" demesiyle, Selanikli Tevfik, Yüksekaldırımı Sermet, Üsküdarlı Mazhar ve daha birkaç öğrenci, Sultanahmet'te bulunan Arif'in kıraathanesinin yolunu tuttular. Setli Kahve diye bilinen kıraathaneye varınca, önce efendi efendi oturup caddeyi seyrettiler; ardından meddah gösterisini izlediler, sonra da nihavent makamından şarkılar söyleyen fasıl heyetini dinlerken dalıp gittiler. Ama nedense, bu akşamda bir başkalık vardı. Sanki o akşam, hep birlikte Müdür İhsan'ı bir daha ve farklı bir şekilde 'gömme'ye' bunca yılın baskısından kurtulmaya karar vermiş gibiydiler. "Burada uyuşuk uyuşuk oturacağımıza, Direklerarası'na kanto dinlemeye gitsek!" dedi.

Ceplerinde kalan paraları sayıp birleştirdikten sonra, oraya pek yakın olmayan Direklerarası'na yaya gittiler. (sayfa 58)

* * *

Çörçöp'ün kendisinin hiçbir hırısı, hiçbir isteği yok gibiydi. Böylece rahat bir memuriyet bulak ve istediği kadar şiir yazmak... Bütün istediği buydu. Görünürde başka hiçbir şey ilgilendirmiyordu onu... Ne kadın, ne para, ne şan şöhrat!... (sayfa 61)

(...) Düşüncelerini, her zaman yaptığı gibi Çörçöp'e anlattı.

Arkadaşı omuz silkti:

"Birader, şu adamı kafaya takma artık! Gel, seni değişik bir yere götürüyem de, biraz düşüncelerin değişsin!"

"Nereye?"

Çörçöp cevap vermeden, tebesüm etmekle yetindi. Gece vaktiydi ve Üsküdar'daydılar. Meydan'dan Ağahamamı'nın arkasına, Menzilhane yokuşuna doğru yürüdüler. Gecenin zi-

duruyordu. Karşı duvarda, camları kırık bir gömme dolap. Dolabın raflarında bir sürü sukabağı, hind istancevizi kabuğu, cam şişeler, bir-iki de nargile şişesi. Gelişigüzel atılmış, kırık dökük lüleler. Kamış marpuçlar, meşin mapuçlar...

Kahvenin duvarları ve tavanı dumandan kapkara kesilmişti. Köşelerinde örümcek yuvaları oluşmuştu. Dört taraf tahta peykeydi. Bu peykenin bir-iki yerinde, kirden iyice keçeleşmiş, üç-dört koyun postu seriliydi. Postların üzerine bağdaş kurmuş olan külahlı dervişler, yalınayak hamallar, beygir sürücüler, kürklü, hırkacı, entarili beyler, Mazhar ve Çörçöp Sami gibi gencecik mektepliler... Özetle, çeşit çeşit insanlar, hepsi efkarlı bakışlarını boşluğa dikmiş, marpuç yerine kamışlara yapışmış, nefesleri birbiri ardına çekmekteydiler...

İki genç, ürkek adımlarla bir koyun postuna yönelik üstüne çöküverdiler. Kahveci onlara yaklaştı, "Hoş geldiniz beyler, kabakları getireyim," diye fısıldadı. Çörçöp başıyla onaylarken, Mazhar reddetti. Su kabağını getiren kahveci, nargile başı üstündeki lüleeye, kat kat, bir sıra tütün, bir sıra esrar yerleştirdi, cakalı bir hareketle ateşledi, kamışı üfleyerek öttürdü. Çörçöp'ün yanında bağdaş kurmuş yaşlıcı beye sundu. Adam kamışa yapışıp birkaç nefes çektikten sonra, Çörçöp'a verdi. O da çekip kabağı Mazhar'a sessizce uzattı. Genç adam çok kısa bir tereddütten anından sonra yine reddetti. Onun yanındaki hemencecik kabağa uzandı. Kahve esrar dumanlarına iyice boğulmuştu. Esrarıcılar, boğula boğula öksürüyorlardı.

"Mastor olmuşlar," dedi Çörçöp, yine bir fısıltı halinde... >

⁽²⁾ Bu limanda kim söyle emeline kavuştu / Gelen her biri boşuna harcandı.

⁽³⁾ Sadakati sayesinde rütbe alan kimse / Ölürken son sözü Padişahım çok yaşa oldu.

⁽⁴⁾ Tehlikeden hepimiz kurtulduk ey mektep arkadaşları / Bilin ki bir kaza, bu fesatçının kaydını sildi bu dünyadan.

Oradakiler gittikçe gevşemeye başlıyorlardı. Mektepliler özellikle İmparatorluğu dillerine dolar olmuşlardı. Saraya, tahta, padişaha veriştirip dalga geçmeye başladılar... Mazhar arkadaşını dürttü, kulağına eğildi:

“Bunlar hezeyan içinde; hadi, başımıza bir iş gelmeden, bir an evvel gidelim buradan.”

Öbürü onu duyacak halde değildi. Çektiği birkaç nefesle rengi solmuş, bakışları dalmıştı.

Tam karşılarında duran kıvrıkcık saçlı, Mazhar'a tanıdık gibi geliyordu. Kim olduğunu, adam birkaç nefes çektikten sonra ney üflemeye başladığı zaman anladı: Güneş Kiraathanesi'nin kademlisi Neyzen Tevfik'ti bu...

Bir ara, Tevfik ney üflemeye ara verip Mazhar'a baktı:

“O zayıf suratlı arkadışın nerede?” diye sordu. Necati'yi kastediyordu.

Bu soru, Mazhar için bardağı taşıran son damla oldu. Yerinden nerdeyse hışımla kalktı, külçe gibi ağırlaşan Çörçöp'ü de sürükleyerek, kahvecinin eline biraz para tutuşturduktan sonra, kendini dışarı atıverdi.

Dışarının erguvanlı bahar kokusunu derin derin soluduktan sonra, ona efkırlı efkırlı bakan Çörçöp'e çattı:

“Deli misin? Divane misin? İşimiz ne burada? Çok mu gıpta ediyorsun, şu serse-rilerin hem gülünecek, hem de ağlanacak haline? Beni esrar tekkesine götürceğini şöyleseydin, hayatta gelmezdim!”

Arkadaşı, gevrek gevrek gülüyordu şimdi:

“Fena mı birader! Mademki hezeyan içindeler, sen de hezeyanlarını inceler, kitabına yazarsın, al sana, senin şubeni alakadar eden bir konu!”

Gülmesi hiç durmayacak gibiydi. Mazhar ise burnundan soluyordu. Oysa, tekkeye ilk girdiğinde, kendini o tuhaf havaya neredeyse kaptırıyordu! İyi ki çabuk toparlanmış, şu zavallıların arasından hemencecik sıyrılmıştı. Faytona verecek paraları olmadığı için, Mazhar, Çörçöp'ü sürükleyerek, güç bela evine götürdü. O gece onu evinde misafir etmekten başka çaresi yoktu. Arkadaşı biraz daha güldükten son-



Toptaş Bimarhanesi'nde bir muayene sırasında.

ra derin bir uykuya dalmıştı. Mazhar'a gelince, o, nerdeyse bütün geceyi düşünerek geçirmişti. Esrar tekkelerinde kaybedecek ne vakti, ne de parası vardı. Hayatı yine bir dönüm noktasındaydı. (sayfa 80-82)

* * *

O sırada, Mazhar da düşünüyordu: Kızın ayağındaki ayakkabılar delikti. Diş ağrısından şikayet edip duruyordu. Besselli ne yeni ayakkabı alacak, ne de dışıye gidecek parası vardı. Elini çabuk tutmaya karar verdi. Oldukça güzeldi Saadet; hele hele çok genç, çok tazeydi. Bu yoksul haliyle uzun süre koca bekleyemezdi. (sayfa 259)

* * *

Çörçöp Sami Askeri Tıbbiye'deyken dişhekimliği de okumuştı; savaştan sonra bir süre için donanmadan ayrılmış, mütarekede, biraz kendi kısıtlı imkanları, biraz akrabalarının yardımıyla, Paris'te diş hekimliği ihtisasını tamamlamaya gitmişti. Mazhar sürekli mektuplaştığı arkadaşının bu kararına hayret etmiş ama herhangi bir tenkitte bulunmamaştı. İstanbul'a dönmeden önce hem Paris'i tanımak hem de eski arkadaşını görmek istiyordu. Bu vesileyle de Fransa'nın büyüleyici başkentini onunla birlikte bir hafta boyunca doyasıya gezmiş oldu. (sayfa 266)

* * *

Çörçöp Sami'nin ya da şimdiki adıyla Sami Mortan'ın hayatı 30'lu yıllara kadar kendisinininkinden çok farklı şekilde seyretmişti. Gülhane'de dahiliye stajından sonra **Mecidiye** kruvazöründe tabiplik... Donanmayla aylarca denizlere açılma.

Sonra ani bir kararla Askeri Tıbbiye'de okuduğu diş hekimliği ihtisasını ilerletmek için Paris'e yolculuk... Bir süre Paris'te, parasızlığına rağmen gönlünce sürdürülen deli dolu bir yaşam... Artık aykırılığına hiç gem vurmamanın keyfi...

Mazhar'ın arkadaşı İstanbul'a döndüğünde diş hekimi olarak muayenehane açacağına, 'daha az zahmetli olur' diye, Kasımpaşa'da Deniz Hastanesi'nin ikinci hekimi

olmuştu. Kabataş'ta Setüstü'nde, gelip geçici aşklarını yerleştirdiği küçük bir evde yaşıyor, orayı tuka basa antikalarla dolduruyor, hiç durmadan da hiciv şiirleri yazıyordu.

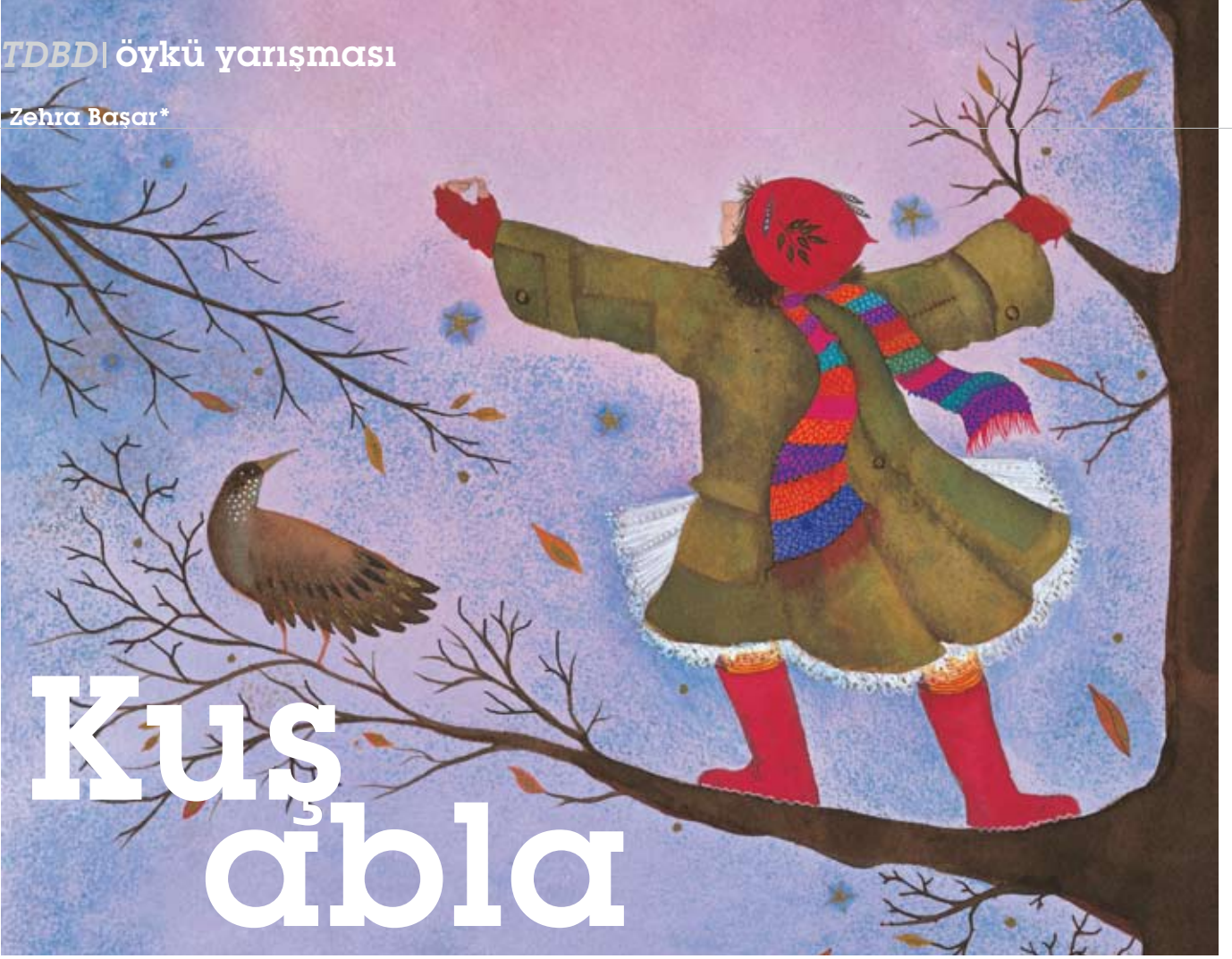
Cağaloğlu'na sık sık uğruyordu. Bazen eski arkadaşına, cebinden çıkardığı esrarengiz bir defterden şiirler okuyordu; şiirler kendisinin değil, bizzat Mazhar Osman'ındı. Mazhar, bunları ne zaman, ne için ya da kimin için yazmış olduğunu unutup gitmişti. Geçmiş çok uzaklarda kalmıştı! Kime yazmıştı ki, mesela bu aşk şiirini? Nedime'ye mi, Almanya'da ratlanan bir 'azgın freulein'a mı, yoksa... Saadet'e mi?

Çörçöp, evde misafirler için bulunduran kanyak ya da viskiyle kadehini doldurup, hüpürdeterek keyifle yudumluyordu; nefret edilesini sigarasını Mazhar Osman'ın burnunun dibinde tütürüyor; sonra da gözünün içine baka baka, kahve fincanının içine bastırıp söndürüyor. Olsun! O fincan, sonra yere fırlatılıp tuzla buz olacak, pencereler ardına kadar açılacak!... Çörçöp, bu tuhaf hareketlerine, hatta herkesçe bilinen aykırı özel hayatına rağmen, yine kabul görecekti. Bir o kaldı kendisine kafa tutabilen. Ama her defasında, şakalarıyla, sigarası ve içkisiyle, hocanın tahammül sınırlarını zorluyor; sanki dostluklarını sınamak isterbir bir hali var! (sayfa 329-330)

* * *

En yakın arkadaşı Dr. Mustafa Sami Mortan (Çörçöp Sami) Hoca'nın ölümünden bir ay sonra, yalnız yaşadığı Setüstü'ndeki evinde hayata veda etti. (sayfa 422)

Zehra Başar*



Kuş abla

Kardeşimle aramızda beş yaş var. Ama inan, o bunun hiç farkında değildi. Hep benimle oynamak isterdi. Arkadaşlarımla tepedeki mağaraya çıkarken, süslü, kısıcık elbiseleriyle, kucağından ayırmadığı Prenses Bebek'iyle peşime takılırdı hep:

'Abla... Bekle, ben de geliyorum.'

Kaçabilmek için ondan, tepeye bir an önce ulaşabilmek için, kayaları hızla tırmanırdım. Geri dönüp bakardım sonra. Bir kayanın üzerinde dikilirken, rüzgârda uçuşup yüzünü örten upuzun saçlarını eliye ardına savururken görürdüm onu:

'Çabuk eve dön!'

Durup beklerdi. Arkamı döner dönmez, beni izleyeceğini bilirdim. Tepeye çıktığımda, çalılırların ardına saklanırdım. Kayalıklarda yapayalnız kalsın. Korksun ve geri dönsün, diye. Korkardı. Hıçkırıklar içinde, bebeğiyle konuşmaya başladığını duyardım: "Kuş abla, işte! N'olacak, kuş abla! Sen korkma canım. Bütün bunlar geçecek..."

Birbirimize hiç benzemediğimiz doğru. O, kahkahalarla gülüyor, şarkı söylüyor, dans ediyordu. Müzik yeteneği, hemence-

cik keşfedilivermişti! Keman dersi alıyordu. Gevezeydi, hep konuşuyordu. Bebekleriyle bile, kendi uydurduğu bir dilde konuşuyordu. Onları giydirip soyarken, yemeklerini yedirirken başını sallayışını, dudaklarının kımlırtısını izliyordum. Bebeklerin uyku saatinde, parmağını dudaklarına götürerek sustururdu beni: "Stakatto," derdi. Keman dersinde öğrenmiş: "Sus!"

Ben, o zaman da sessizdim. Konuşmayı, anlatmayı hiç sevmedim. Sanki dünyaya, bakıp gözlemek için gelmişim. Dünyanın sesini dinlemek için. Ama... Sanki... Konuşmayınca yok oluyor insan...

Bu kez konuşsam, diyorum o yüzden. Sana anlatsam... Prenses'in başına gelenin bir kaza olduğunu söylesem... Gerçeği anlatsam, inanır mısın bana?

Kardeşim anlatmama izin vermiyor. Yıllardır yazıyorum ona, mektuplarım birer birer geri geliyor. Cezalandırıyor beni, biliyor nasıl sevineceğimi, beni bir tek sözcükle yanıtlasa, yaşamımın o sözcüğün bittiği yerden başlayacağını biliyor... Oysa...

İlkokulu bitiriyordum. Matematiği çok seviyordum. Her yerde matematik çalışıyordum, elimde defterim, kitabım, ka-

lemimle geziyordum. Masada, yatakta... En çok da, bahçedeki büyük dut ağacının üst dallarında problem çözmeye bayılıyordum. Dalların arasından aşağıya baktığımda... İşte! Uzun sarı saçlarını savurarak, kucağında bebekleriyle bahçede dolaşıyor. Ağacın altına gelip dikiliyor. Başını yukarı kaldırıyor. Annemin gün içinde özenle, şefkatle defalarca taradığı, renkli tokalarla süslediği lüle lüle saçları güneşin altında ışıltıyor, sırtında oynuyorlar. Yapmacık sesiyle yalvarıp duruyor :

- Abla... Söz veriyorum, sana bir daha 'kuş abla' demeyeceğim. Haydi, aşağıya in de oynayalım.

- Hayır, diyorum. Çekil, git başımdan. Görmüyor musun, problem çözüyorum!

- N'olur, abla. Biraz oynayalım.

- Olmaz. Hem sen küçüksün. Ben o saçma sapan bebeklerle de oynayacak değilim!

En çok sevdiği, ona en çok benzetilen Prenses Bebek'ini bana uzatarak soruyor:

- Neden saçma sapan abla?

Çekip gidiyor. Biraz sonra, annemle birlikte evin kapısından bahçeye çıkıyorlar. Elleri kolları oyuncaklarla dolu. Konuşa konuşa, neşe içinde ağaca yaklaşıyorlar.

Merak ediyorum neler diyorlar, ama öyle yüksekteyim ki, onlar ağacın dibine gelmeden konuştuklarını duyamam! Hızla alçak dallara inip onları dinlemek geçiyor aklımdan. Buna hiç gerek yok aslında. Kılımlı kıpırdatmama gerek yok. Nasıl olsa, gelip yine ağacın gölgesine oturacaklar. Oturmadan önce, annem başını kaldırıp bana bakacak:

- Gene mi oradasın?

Kaşlarını çatacak. Ben de ona bakacağım. Yapraklar, aramızda kımıldamadan, sessizce duracak. Onun deyişle, ötmeyi bilmeyen bir kuşum ben...

Gölgeye oturuyorlar. Kasabamızda her yıl yapılan yarışmaya hazırlanıyorlar. 'Oyuncak bebeğine en çok benzeyen, en güzel kız', yarışmasına. Para ödülü, annemi heyecanlandırıyor. Kardeşime, bebeğinkiyle bir örnek elbise diyor annem. Elbise provalarında, onun annemle konuşurken incelttiği sesinin kırılıp dökülmesini duyuyorum...

Oyuncaklar ağacın gölgesinde, çimenlerin üzerine yayılıyor. O günkü oyuna göre bir ev kuruluyor. Bir sokak. Ya da park. Bebekler yerlerine yerleştiriliyor. Oyun başlıyor. Prenses Bebek, her zaman olduğu gibi ağaca yaslıyor sırtını. O, durup durup bebeğin saçlarını okşuyor. Annem, bu kez Prenses bebeğin elbise boyunu ölçüyor. Kardeşim elbiseyi çok beğeniyor. Sevinç çığlıkları atıyor:

- Anneciğim, yarışmayı ben kazanacağım, değil mi? Prenses çok güzel oldu, bana çok benziyor değil mi?

- Elbette benziyor, benim güzel kızım. Baksana, şu ipek saçlara... şu küçücük ağza, buruna... Tıpkı sen... Bebeğim benim...

Prensesin ismi hiç değişmiyor. Öteki bebeklere yeni isimler veriyor kardeşim.

dışında, kendisiyle konuşurken çıkardığı dalgın mırıltıların dışında, kardeşimin, bebekleriyle mırıldanan sesinin dışında... Bir sessizlik başlıyor. Hiç bitmeyecekmiş gibi duruyor sessizlik. Bir kuşun, korkusuzca gelip yanı başıma konduğunu görüyorum. Kuş, bana bakıyor. Kitabımla defterimi kapatıyorum. Sessizlik sürüyor. Dallarda... Bekliyorum.

En uygun anda, kardeşim dalıp gitmişken oyuna, "Tam zamanı," diyorum. Defterimle kitabımı ağacın üzerinden, çimenlerin üzerine fırlatıyorum. Yanıbaşındaki kuş, korkudan uçup gidiyor. Daldan dala atlayarak hızla alçalıyor. Kardeşim, olabileceklerini biliyor. Oyuncaklarını toplamaya çalışırken çığlıklar atıyor. Aşağıdan, kaygılı bağırışlar duyuyorum:

- Anne, geliyor... Prensesi kurtaralım...

Annem düşüncelerinden sıyrılıyor. Kardeşime yardım ediyor. En alçak dala indiğimde ağacın gövdesine fırlatıyorum kendimi. Gövdeye sarılarak bedenimi aşağı bırakıyorum. Kayıyorum. Olabildiğince hızlı kayıyorum. Yere oturuyorum. Toprağın sertliğini duyduğumda, Prensesin gene kurtarılmış olduğunu anlıyorum. Kardeşim biraz ötede, sıkı sıkı sarıldığı bebeğini kucığında tutuyor. Korkulu gözlerle bana bakıyor:

- Kuş ablasın, işte! Ya Prenses'e bir şey olsaydı... Ben onunla yarışmaya gireceğim, bilmiyor musun? Kuşsun sen! Kuş abla...

Gülüyorum. Prensesi ağaçtan inen büyük kuştan kurtarma telaşı gülünç. Ayağa kalkıyorum. Defterimi, kitabımı, kalemi mi çimenlerin üzerinden alıyorum. Annemin, çatık kaşlarıyla bana uzanan öfkeli bakışlarını sırtımda duyarak eve doğru yürüyorum.

Annemin hasta olmadığı ender zaman-

sine kaçırdım. Kardeşim ona doğru koşar, hareketsiz bedeninin üzerine eğilirdi. Onu, Prenses'i kucaklıyormuş gibi şefkatle kucaklardı:

- Anneciğim, uyan...

Hep aynı olurdu, bilirdim. Kolonya şişesini almak için mutfığa giden babam henüz dönmeden onun kendine geleceğini, gözlerini yavaş yavaş açacağını, mırıldanmaya başlayacağını... Usul usul ağlarken, üzerine eğilen kardeşimin saçlarını okşayacağını bilirdim:

- Korkma canım! Korkma, güzel bebeğim benim, geçti işte.

Kardeşim kemanını eline alıp annemi neşelendirmek için çalmaya başladığında, başını kaldırıp çevresinde beni göremeyince:

- Ablan nerede? Korkup kaçtı mı gene? diyeceğini de bilirdim.

Yarışmaya birkaç gün kalmıştı. Babamla uzun süren bir tartışmadan sonra, gene düşüp bayılmıştı annem. Ayıldığında, onun için keman çalan kardeşimin neşesi nasıl da gözümün önünde şimdi...

- Mozart'ı ister misin anne?

Annem, başıyla onaylıyor. Gülümsemeye çalışıyor.

- Babacığım, sen de dinle...

- Dinleyeceğim kızım. Balkonda dinleyeceğim.

Babamın ardından yürüyorum. Balkona gidiyoruz. Babamın beni görebileceği yerdeki bir sandalyeye oturuyorum. Kemanın sesi salondan balkona, balkondan sokağa yayılıyor. Babam, sigarasını yakıyor. Gözünü bana değil, uzaklara diyor. O tanımadığımız, annemle kavgasını ettikleri kadını düşünüyor babam. Onun dalgın oturuşu da, neşeli oluşu da sinirini bozuyor annemin. Tülün ardında duruyor şimdi an-

"...üstelik böyle zamanlarda, halinden memnunmuş gibi annem. Kendinden geçerek yere yattığında kim yüzüne baksa, duyduğu huzuru anlayabilir. Geri dönmek istemiyor. Annem, nasıl olduğunu bilmediğimiz o sessiz dünyadan hoşlanıyor gibi..."

Onları oyuncak mücevherlerle süslüyor, konuşuyor onlarla. Sonra, anneme o bilmediğimiz dili tercüme ediyor. Ağacın en yüksek dallarından birindeyim, annemin yüzünü görmüyorum, sesi çıkmadığında gene dalıp gittiğini anlıyorum. Zaman zaman, kardeşimi gölgeye çağırın sesinin

lardaydı, ağaç gölgesindeki bu oyunlar. Hep hastaydı annem. Hep bir yeri ağrırdı. Midesi bulanır, gözü kararırdı. Uzun süren ayrılıklardan sonra babam eve döndüğünde, önce usul usul konuşurlardı. Yüksek sesle tartışırken de, düşüp bayılırdı. Ben, annem yerde yatarken odanın diğer köşe-

nem. Uzun uzun, babama bakıyor. Babam keyifliyse, 'mutlular,' diye mırıldanıyor. Hüznünlüyse, 'özledi', diyor.

Kemanını elinden bırakan kardeşim koşarak balkona geliyor. Öyle hızlı koşuyor ki, kucığımda tuttuğum defterime çarpıp yere düşürüyor. Babamın ince uzun >

bacaklarına sarılıyor :

- Beğendin mi babacığım?

- Beğenmez olur muyum, çok güzel çaldın. Eee, yarışma hazırlıkları nasıl gidiyor bakalım?

- Annem elbisemi dikti. Prenses'inki de hazır. Yarın, keman dersinden önce vapurla karşıya geçip şapka alacağız.

- Ne şapkası?

- Prensesin şapkasının ayısından bana da alacağız.

Sesini alçaltarak soruyor babam:

- Annen dikemiyor mu?

- Ben şapka dikemem, diyor.

- Şapkasız olmaz mı? Hem... Masraf etmemiş olursunuz...

- Şapkasız olur mu baba? Prenses'e benzemem ki o zaman... Nasıl olsa, yarışmayı kazanınca paramız olacak, diyor annem.

Salona geçiyorum. Annem masanın başında oturuyor. Kendi kendine konuşarak sebze ayıklıyor. Sonra bir köşeye çekiliyor. Gazete okuyor. Zaman zaman başını kaldırıp, duvara dayalı büyük akvaryuma diyor gözünü. Balıklar kararsızca suda dönüp duruyor. Annem dalgın, suya bakıyor. Mırıldanıyor.

Onun kendisiyle konuşması beni düşündürüyor. İçinde başka biri varmış gibi. Annemin içine gizlenmiş, başka bir anne olmalı. Kaşlarını çatmayan, hastaliksız, mutlu. Üstelik, bayılmayan. Ama o anne, içinden bir türlü çıkmıyor.

Babam ya ayırdında değil, ya da üzerinde durmuyor.

Ben farkındayım, annemin baygınlığı her seferinde daha uzun sürüyor. Ben farkındayım, üstelik böyle zamanlarda, halinden memnunmuş gibi annem. Kendinden geçerek yere yattığında kim yüzüne baksa, duyduğu huzuru anlayabilir. Geri dönmek istemiyor. Annem, nasıl olduğunu bilmediğimiz o sessiz dünyadan hoşlanıyor gibi...

Yarışmaya iki gün var. Dalları arasından görünen gökyüzünü nasıl hatırlamam,

çünkü gökyüzü hep daha yakın oldu bana. Bulutlu, karanlık bir gün. Büyük bulutlarla, gri gökyüzü. Rüzgâr... Sabahtan beri dut ağacındayım. Dut yiyerek problem çözüyor, ağacın altına gelip bebek oyunu kurmalarını bekliyorum. Prenses'i ağaca dayamalarını... Onlar da beni gözlüyor. Bazen annem, bazen elinde oyuncaklarıyla kardeşim evin kapısında dikiliyor, başlarını kaldırıp ağaca bakıyorlar. Dalları üzerine iyice yerleştiğimi görünce, dışarı çıkmaktan vazgeçiyorlar.

Vakit öğleyi buldu. Öğleden sonra, arkadaşlarımla tepedeki mağaraya çıkacağız. Bugün annemle kardeşimin gölgede oyun kurmalarını daha fazla bekleyemem. Tam, ağaçtan inmeyi düşünürken... Evin üst katından gelen, yanı başımdaki sesleri duyuyorum. Yatak odasındalar. Oturduğum dalın uzandığı açık pencerenin önünde. Sırtları bana dönük. Aynanın karşısında duruyorlar. Onları, büyük boy aynasından görüyorum. Yeni saç biçimleri deniyorlar. Kardeşimle Prenses'in elbisesine, hangi renkte takının uygun olacağını tartışıyorlar. Renkli boncuk küpeleri, kol-yeleri takıp çıkartıyorlar. Kardeşim,

kıpır kıpır. Annemin yüzü gülüyor. Bundan sonra hiç bayılmayacakmış gibi duruyor annem.

Aynadaki görüntüleri beğendiklerinde dönüp birbirlerine sarılıyorlar.

Prensesi hava-ya kaldırıyor kardeşim, öpüyor.

Annem kardeşimi öpüyor. Kahkahaları açık pencereden bahçeye yayılıyor.

Her şeyi unuttular. Günlerdir, evde yemek saatleri bile unutuldu. Kardeşimle Prenses'in güzelliği dışında her şey unutuldu.

Defterimle kitabımı aşağı fırlatıyorum. Kayalıklarda beni bekliyorlardır. Bir an önce, tepedeki mağaranın yolu-

nu tutmalıyız. İnmek için ayağımı alt dallardan birine uzattığımda, annemle kardeşimin bulunduğu odanın hemen yanındaki odanın penceresinden, oda kapısının açıldığını görüyorum. Babam, ayaklarının ucuna basarak odaya giriyor. Aşağı inmekten vazgeçiyorum. Ona öyle yakınım ki... Sessizce izlemeye başlıyorum. Kapıyı yavaşça kapatıyor babam. Kilitliyor. Odanın ortasında bir süre dikilip bekliyor. Sonra yere eğiliyor. Karyolanın altından büyük bavulu çıkartıyor. Yatağın üzerine koyuyor. Kapağını açıyor. Gardrobun çekmecelerinden çamaşırlarını, pijamasını, askılardan gömleklerini, pantolonlarını topluyor. Hep-sini özenle katlayarak, bavula yerleştiriyor.

Annem pencereden başını uzatıyor. Çarşıya çıkacakmışız. Sonra, kardeşimi keman dersine götürecekmişiz. Benim de onlarla gitmemi istiyormuş...

Gözüm, babamın penceresinde. Bavulu kapatıyor babam, yeniden karyolanın altına koyuyor.

- Hayır! Ben gitmeyeceğim.

Babam şimdi yatağa uzanıyor. Üzerine yatak örtüsünü çekiyor. Kollarıyla yüzünü kapatıyor.

- Arkadaşlarıyla tepeye çıkacaksın, değil mi?

- Sizinle gelmeyeceğim.

Yatakta dönüyor babam. Yüzü bana dönük, öyle yakınız ki, beni görmüyor olmaz.

- Çabuk ağaçtan in de hazırlan!

Babamın beni görmesi için başımı uzatıyorum. Beni hatırlaması için...

- Ben evde kalacağım...

Neden görmüyor? Anladım! Aramızda dut yaprakları var. Göremez tabii, dalların arasında kaybolmuş olmasam, gördürdüm. Annem ısrar ediyor:

- Vapurla karşıya geçeceğiz, kardeşine şapka arayacağız...

- Hayır! Hiçbir yere gitmem ben.

Babam kıpırdamıyor. Belli ki uyuyor... Çaresiz, onu orada bırakıp, annemlerle yola koyuluyorum. Vapurda kıyıya oturuyoruz. Suyun yanbaşındayız. Kardeşim oturmuyor, annemle benim oturan. Deniz hafif dalgalı. Aklım babamda. Çabuk dönsek... Ona yetişsem... Beni de götürse... Her neyeye gidiyorsa...

Kardeşim, vapurun metal korkuluğuyla bankların arasındaki daracık alanda, sırtında kemani, elinde Prenses Bebek ile hoplayıp zıplıyor. Zıpladıkça, kılıfının içindeki keman, ses çıkartıyor. "Stakatto", diye mırıldanıyor kardeşim. Yarışmaya iki gün >



kala, başına bir iş gelmesin diye naylon torbada gezdiriliyor Prenses. Onu okşuyor.

- Anne bak... Torbayı parmağımınla deldim. Prensesin saçlarına değiyorum anne... Kahkahayla gülüyor.

Sudaki dalgın bakışlarını, sudan ayırmıyor annem.

- Benim küçük kızım, diyor. Annesinin neşesi.

Kıpırtısı artıyor kardeşimin, daha çok gülüyor. Prensesi yukarı, aşağı, sağa, sola sallıyor. Burnunun ucuna dayıyor şimdi. Kokluyor. Sonra koşuyor birden. Bağırıyor:

- Açmadan duramıyorum, anne... Bak... İşte elbisesine değiyor parmağım.

Annem :

- Eve dönmeden açma demedim mi ?

- Bak... Torba iyice delindi.

Kıkır kıkır gülüyor. Annem de gülüyor şimdi, bir yandan, denizde kendi kendisiyle konuşuyor. İçindeki annemle. Dudaklarıyla, elleriyle... Kardeşim, bebeğine bilmediğimiz dilde bir şeyler söylüyor gene. Yüzü ciddileşiyor birden, gözü bende, bebeğine sıkı sıkı sarılıyor. Onu öpüyor...

- Bugün, gene Mozart'ı çaldırarak bana. Öğretmenim beni beğeniyor anne...

Parmağı, naylon torbanın içinde büyük çemberler çiziyor. Torba iyice dağılıyor. Gözlerini suya bırakmış annem. Görmüyor. Bebeği yırtık torbadan çıkarıyor kardeşim.

- Gel Prenses'im, diyor. Gel bana...

Kendisiyle konuşması hızlanıyor annemin. Hararetle bir şeyler anlatıyor kendine. Denize. Kimseyi duymuyor.

Yükselen bir dalga, ayaklarımıza ulaşıyor. Dizlerimizi ıslatıyor. Annem sığıyor. Suyla koşuyor kardeşim. Yüzünü denize dönüyor. Kollarını havaya kaldırıyor. Prenses, küçük kollarında yükseliyor. Birdenbire coşan denize bağırıyor :

- Stakatto...

Deniz, susuyor bir süre. Islanan ayaklarına bakıyor. Annem, susuyor. Kısa bir sessizliğin ardından,

- İslandık, diyor.

- Bebek ıslanmadı anne. Yukarı kaldırdım, bak...

Annem, denizle konuşmasına dalıyor gene, kardeşim anneme dönüyor. Denizi sırtına alıyor şimdi, büyük bir dalga, sırtındaki kemana çarpıyor. Tok bir ses çıkıyor kutudan. Yüzünü denize dönüyor şimdi. Bir dalga daha... Prenses ıslanıyor. Annemin konuşması hızlanıyor. Dudakları titriyor annemin. "Stakatto," diye bağırıyor denize kardeşim. Bir dalga daha... Kısa, kesik. Güverteye çarpıp geri dönü-

"Babam, ayaklarının ucuna basarak odaya giriyor. Aşağı inmekten vazgeçiyorum. Ona öyle yakınım ki... Sessizce izlemeye başlıyorum. Kapıyı yavaşça kapatıyor babam. Kilitliyor. Odanın ortasında bir süre dikilip bekliyor..."

yor. Anneme, "Kalkalım," diyorum. Ayağa kalkıyorum. Ama orada kalmak istiyordum annem. Denizdeki sözü bitmedi, çırpınıyor, elleriyle, dudaklarıyla suya derdini anlatmaya çalışırken, çırpınıyor. Ne yapmam gerektiğini bilmiyorum, onlara yaklaşıyorum. Kardeşim, annemin karnına atılıyor. Bakışlarını benden ayırmıyor:

- Prenses'i sen sakla anne...

Annem duymuyor. Denize dönüyor kardeşim. Bir anneme, bir denize dönüp bağırıyor:

- Stakatto... Stakatto...

Ne deniz, ne de annem susuyor. Kardeşimle yanyanayız şimdi. Korkuyla bana bakıyor. Kollarını yukarı kaldırıyor. Kollarını yukarı kaldırıyorum. Elindeki Prenses'e değişiyor elim. Bir dalga daha çarpıyor. Prenses, kardeşimin elinden kurtulup havalanıyor. Denize doğru uçuyor şimdi. Annem, denizdeki uykusundan uyanıyor:

- Tut, diyor bana. Kolları suya uzanıyor. Kollarım suya uzanıyor. Kardeşim çığlıklarla bağırıyor. Onunla göz göze geliyorum.

Prenses, suda büyük bir dalgayla dönüyor, dönüyor, dönüyor...

Aynı vapurla geri dönüyoruz. Eve bir an önce ulaşmak için, yokuş yukarı koştuğumu hatırlıyorum. Vapurda, yol boyunca hiç durmadan ağlayan kardeşimin sesi hâlâ kulaklarımda. Artık içindeki anneyi bana hiç vermeyeceği belli olan annem, oldukça uzağımda. Nefes nefeseyim. Eve yaklaşıyorum. Hiç kıpırtı yok. Gitti mi? Bahçekapısının varlığında, sokak kapısı açılıyor. Babam, elinde bavuluyla hızlı hızlı merdivenleri iniyor. Şaşırıyor:

- Çabuk dön-

dünüz...

- Baba... Beni de götür...

- Seni mi? Olmaz...

- Baba, n'olur. Bekle, hemen dönerim. Defterimle kitabımı alayım... İçeri koşarken, ardımdan babamın uzaklaşan ayak seslerini duyuyorum. Nasıl olsa, yetişirim, diyorum. Acele edersem... Onları nereye koyduğumu bilmiyorum ama, odaların içinde dört dönüyorum, onlarsız olmaz. Babamsız da olmaz. Sonunda buluyorum. Koltuğumun altına alıp koşarak evden çıktığımda, kardeşimin hıçkırıklarını duyuyorum. Gelmişler. Babam elinde bavuluyla, bahçe kapısının önünde kalakalıyor. Anneme bakıyor.

Annem, tahta parmaklıklara dayanıp, bahçeyi seyrediyor:

- Fasulyelerin sulanması gerek!

Düşüp bayılıyor.

Bizim bilmediğimiz o dünyadan bir daha geri dönmedi annem. Bakınca görebildiği, dilini bildiği dünyadan. İçindeki annemi de götürerek, sessizce uzaklaşıp gitti. Sonsuz huzura kavuşmuş olmalı...

Kardeşim, kemanını elinden hiç bırakmadı. Müziğiyle annemi çağırıyormuş. Evin içinde bile taktığı siyah gözlüklerini gözünden hiç çıkarmadı. Beni görmek istemiyormuş...

İşte böyle... Hatırlanacak başka ne kaldı ki... Bakışlarını ileriye dikmiş babamın artık hiç ulaşamayacağı gözleri... Tepedeki mağaranın ıslak duvarları... Suda dönen Prenses... Oturma odasındaki akvaryumda bir o yana, bir bu yana dolaşıp duran balıklar... Suda dönen Prenses... Bahçede, odalarda yalınayak dolaşan annemin mırıltıları... Dut ağacının yaprakları... Suda dönen Prenses... Üst kat odalarının rüzgârla çarpan açık pencereleri... Bir büyük dalga... Suçluluk!

Bak, herşeyi anlattım sana. Bunca yıl sonra, elbette hatırlayabildiğim kadarıyla. Yeter ki, artık susmayayım, dedim. Susmak yok olmaksın... Hatırlamak da belki, kendini yeniden yaratmaktır. Eğer öyleyse, kimbilir... Belki de yaşamım, şu sözcüklerin bittiği yerden, yeniden başlayacaktır.

Peki, şimdi ne düşünüyorsun, söyle! Yoksa... Gerçekten suçlu olduğumu mu?

Neden susuyorsun? Soruma cevap versene lütfen...





“Ey Sezar, ben senin yüzünden Brütüs oldum.”

Sakine Akça

Eski tas eski hamam

Yaz tatili dolayısı ile çocuklarla birlikte birkaç günlüğüne Kızılcahamam'a geldik. Burası serin atmosferi ile dinlendiren bir bölge benim için. Yaş kemaliyle de ilgilidir belki. Sükûnet arayışı içinde olanlara birebir. Aynı zamanda hafifçe de gülümseten bir yer. Sporcuların sıkça bu bölgeye kamp için geldiklerini bildiğimden kendimle bağlantı kurmakta sıkıntı çekiyorum. Kendi kendime soruyorum. Geçmiş yılın yorgunluğu tamamen zihinsel çünkü. Boş muayenehane beklemek fiziksel bir yorgunluk yapmıyor. Gelecek yıl için kampa girmeye hiç de sebep bulamıyorum. Koca bir belirsizlik var önümüzde. İktidar sahiplerinin, bizim mesleğimiz açısından da yapılan bu rastgele manüplasyonlar sonrasında “İşimiz hizmet, gücümüz millet” diye ortalıkta aşkla şevkle gezmelerine hayretle bakıyor ve hani iş hani güç diye söylenmeden edemiyorum

Benim derdim herkesinkinden daha büyük. İktidar sahiplerinin görünüşleri bana benziyor diye insanların beni de onlar gibi düşünüyor sanmalarından son derece muzdaribim. Kırılan kolumu da yen içinde daha fazla muhafaza edemeyeceğim, zira gangren olacak.

Yirmibeş yıllık dişhekimi depresyona girer mi diye sorarsanız girer diye cevap vereceğim. Depresyondaki bir kişiyi de “Turkish bath” modunda birkaç gün oyalayabilirsiniz. Daha fazla değil.

Akşam yemeği için restorandayız. Elimdeki tabağa yemek için bir şeyler derlerken hemen yanı başımda Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ı görmeyeyim mi?

Önce çok kafayı taktığımdan olacak burada da hayali beni bırakmadı diye düşünürken sonradan gördüğümün gerçek olduğunu anladım. Televizyondan kaçıyordum epeycedir. Şunu yaptık, bunu yaptık listesini hiç kaldıramıyorum zira.



“Ayakkabı fırlatsam burası yemek yenilen bir mekân. Nimete saygısızlık olacak. Son olarak yazar kasa eylemi kalmış aklımda. Onu da yapmam imkânsız. Mesela üniti söküp bir kamyonete yükleyip boşa kalan diş teknisyenleriyle beraber Sağlık Bakanlığının önüne fırlatsam...”

Külahıma anlattırmam gereken bir alay malumatı neden kulaklarıma konuk edeyim ki?

Sağlık Bakanı ile aynı mekânda yemek yiyeceğiz. Haliyle insan bazı eylem planları yapıyor. Ne de olsa bizler eylem nesliyiz. Hatta bizim kuşaktan kimileri hızını alamadı çocuklarına bile eylem adını verdi... Susma, sustukça sıra sana gelecek dediler. Susmadık gene sıra hep bize geldi. Alternatif bir eylem de ne yazık ki üretmedik. Bu sebepten eskiden denenmiş bazı eylemleri yapabilirim.

Böyle bir karşılaşma aniden gelişti zira. Bakanla aramda bir metre var ve günün mönüsünde tütüp duran tarhana çorbasının tam önündeyim. Pekâlâ, ters çevirebilirim çorbayı. Veya eylem geleneğine daha

uygun bir yuvarlak pasta olsa. Yüz ölçüsü alınabilir güzelce. Boşuna mı okuduk yazdık da yalan dünya senden bezdik. Ve ilk defa bu kadar maharetle bir pasta ölçüsü alınabildiğine insanlık tanık olur. Ama pastalar dilimli ve bu işe hiç uygun değil. Ayakkabı fırlatsam burası yemek yenilen bir mekân. Nimete saygısızlık olacak. Son olarak yazar kasa eylemi kalmış aklımda. Onu da yapmam imkânsız. Mesela üniti söküp bir kamyonete yükleyip boşa kalan diş teknisyenleriyle beraber sağlık bakanlığının önüne fırlatsam. Bu zaten daha önce de düşündüğüm bir şeydi, şu an nasıl olacak. Hem bu eylemlerin hepsi ses getirmiş ama es geçilmiş.

Bir de anti-eylem planında kullanılan “anamı da al git” argümanı ile karşılaşsam. Anam en son gidilecek yere gitmişken kemiklerini mi sızlatacağım. Rahmet olsun ona.

Bakanın yanındaki çocuklarına baktım. Onları üzerdim şüphesiz. Çok tatlılardı ve hiç suçları yoktu. Yarabbi bu kadar vicdanlı olmam gerekiyor muydu diye Rab-bimle konuştum. Neden detaylar hep gelip benim vicdanımın duvarlarına çarpar. Biraz da başkalarını rahatsız etse. Annemim ya çocukları üzmeyeceğim. Annesin ama dişhekimisin işte. Bütün suçun bu.

Ne kadar zamanım vardı oysa. Gazetecileri çağırır olayı belgeler bu haberi kanallara satardım. Krizi fırsata çeviremedim gene. Tersine benim her fırsatım krize çevriliyor.

Bakan bey çocuklarıyla yemeğini yiyip salondan çıkacağı sırada kızım o tarihi cümlesini mırıldanıyor. “Fırsatlar insanın ayağına bir defa gelir.” Yani sen duruyorsun demeye getiriyor. Sanki kulaklarımda bir “deli yürek” müziği. Tam yerine rast gelme hali.

O an masamdan aniden kalkıyor, biraz yürüyor ve dışarı çıkmakta olan Sağlık ba-

kanının tam karşısına dikiliyorum.

“Afiyet olsun”

“Teşekkür ederim.”

“Ben Dişhekimi Sakine Akça, biraz konuşmak isterdim.”

“Buyurun”

Sonra o içimde biriken sözlerin ardı ardına gelişi.

“Bu muayenehanelerle neden bu kadar uğraşıyorsunuz, devlet neden herşeyi üslenmeye kalkıyor ve bizim işlerimizi alt üst ediyor.” Tam iki yüz seksen üç gün (artı eksi iki olabilir) oldu bu mesele başlayalı hala ses yok.

“Bir muayenehane kaç yılda meydana geliyor biliyor musunuz? Hazır kurulu düzenden istifade etmeyi anlayabilmiş değilim.”

“Ama o işe sosyal güvenlik kurumu bakıyor”

Düşünüyorum da biz bu duruma sıyrılıp çıkma deriz. Bir işi başlatırsın, şayet iyi giderse sahip çıkarsın, yok işler sarpa sarmışsa yan dallar icat eder onlara tutunursun, ortada görünmezsin. Zaman içinde bu taktikleri gördük elbet. İşin en başını işaret etmek niyetiyle:

“Olur, mu öyle şey, sizin politikalarınız bu hale getirdi” dedim.

“Ağız diş sağlığından fakir fukara istifade ediyor” cevabını aldım.

O an elimi sineme vurup “fakir bizim işimiz” demek istiyorum. Fakire de mahcup ettiniz bizi diye için için hayıflanıyorum.

“Siz bizim zenginimizi de dağıttınız, dolayısıyla fakire de ulaşmıyoruz. Ben çok bir şey mi istiyorum birkaç çekim dolgu falan yapacağım, çocuklarım büyüdü daha rahat çalışabileceğimi düşünüyorum, bunda ne var? Hâlbuki ben yirmibeş senelik dişhekimiyim eşimden para istiyorum. Var mı böyle bir şey?”

Bakan hayretle bakıyor tabii, her zamanki gibi bakıyor. İş bu. Adı üstünde bakan. Bu soruma uyacak uygun bir hazır cevabı da yok. Bir an benim nereden para istemem gerektiğini bilemiyor. Benim o sorum yüksek tavanda asılı kalıyor. Kubbede bir hoş seda gibi.

“Var mı böyle bir şey?”

Ardından:

“Ben yaşadığımı bilirim” diye söylüyorum.

Ve en son kendi özel halime de bakıp

“Hadi kapatalım muayenehaneyi beni devlet beğenip de bu kılığınla alacak mı çalışmam için”

Bakan bakıyor yutkunuyor.

Bir etiketime, bir başörtüme, bir söylediklerime...

Başörtülü bir kadını, açıyorum dediği çıkmaz sokak başında bırakıp ayrılıyor.

Ve ben Kızılcahamam'daki boş gezen kampına geri dönüyorum.

Basından

Krize diş bileyenler!

Yılmaz Özdil

Hürriyet / 9 Ekim 2009

DÜNKÜ New YorkTimes'ta ekonomik krizin sonuçları ile ilgili ilginç bir haber okudum.

Global finansal krizin sonuçlarından biri de “diş aşınması” olarak ortaya çıkıyor.

Manhattan'da muayenehanesi olan bir dişhekimi “İnsanlar krizin yol açtığı gerginlik ve sinir bozukluğunun acısını dişlerinden çıkartıyorlar” diyor.

Yine Manhattan'da bir başka dişhekimi de son bir yıl içinde “diş aşınması şikâyetlerinin yüzde 25 dolayında arttığını” söylüyor.

San Diego'dan bir dişhekimi de son 18 ayda bu şikâyetlerle kendisine başvuranların sayısının ikiye katlandığını söylüyor.

Bu hastalığın bilimsel adı “bruksizm”, halk arasında “diş gıcırdatma” olarak biliniyor. Kaygılı ve depresif durumlarda dişlerin birbirine sürtünmesi şeklinde ortaya çıkıyor. Bunu uykusunda farkında olmadan yapmaların sayısı da az değil.

Diş gıcırdatmada normal bir çiğneme eylemine oranla on misli daha fazla kuvvet dişlere biniyor, sonuç olarak dişler aşınıyor, ağız ve çene sağlığı bozuluyor.

Böyle bir gözlemi bizim dişhekimlerimiz de yaptılar mı bilmiyorum ama benzer durumlarda insanların benzer tepkiler gösterdiklerini biliyoruz.

Biz de krizden etkilendiğimize göre benzeri sorun bizde de yaşanıyor olmalı.

Gazetedeki haberde diş gıcırdatmanın yol açtığı rahatsızlıklar anlatılıyor.

O haberi okuyunca, sizlere de duyurayım istedim. Böyle bir durum varsa, en akıllıca iş hemen bir diş hekimine gitmekmiş, haberiniz olsun!





kredilendirilen etkinlikler

SDE Yüksek Kurulu'nun 29 Eylül ve 27 Ekim 2009 tarihli toplantılarında değerlendirilen etkinlikler:

Tepebaşı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Etkinlik adı : 1. Tepebaşı Ağız ve Diş Sağlığı Günleri Sempozyumu

Etkinlik tarihi : 04-06 Kasım 2009

Türk Oral Maksillofasiyal Cerrahi Derneği

Etkinlik adı : Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 16. Uluslararası Kongresi

Etkinlik tarihi : 03-08 Kasım 2009

İzmir D.O. / Ege Bölgeleri Dişhekimleri Odaları (Balıkesir, Isparta, İzmir, Manisa, Muğla, Uşak)

Etkinlik adı : 12. Ege Bölgesi Dişhekimleri Odaları Uluslararası Kongre ve Sergisi

Etkinlik tarihi : 06-08 Kasım 2009

Mamak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Etkinlik adı : Kasım 2009 Eğitim Semineri

Etkinlik tarihi : 13 Kasım 2009

Mersin Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Bilimsel Bölge Toplantısı Kasım 2009

Etkinlik tarihi : 13-14 Kasım 2009

Eskişehir Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Kasım 2009 Konferansı

Etkinlik tarihi : 14-15 Kasım 2009

Denizli Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Termodental 2009 Sempozyumu

Etkinlik tarihi : 14-15 Kasım 2009

İstanbul Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Merkezi Bilimsel Toplantılar Kasım 2009

Etkinlik tarihi : 15 Kasım 2009

Samsun Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : 101. Yıl Bilimsel Programları

Etkinlik tarihi : 17-18-19-20 Kasım 2009

Antalya Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Ağız ve Diş Sağlığı Sempozyumu

Etkinlik tarihi : 19-20-21 Kasım 2009

Mamak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Etkinlik adı : Kasım 2009 Eğitim Semineri-1

Etkinlik tarihi : 20 Kasım 2009

Adana Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : SDE Etkinliği Kasım 2009

Etkinlik tarihi : 21 Kasım 2009

Balıkesir Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Bilimsel Toplantı Kasım 2009

Etkinlik tarihi : 21 Kasım 2009

Hatay Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Bilimsel Toplantı Kasım 2009

Etkinlik tarihi : 21 Kasım 2009

Gaziantep Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Gaziantep Dişhekimliği Meslek Sonrası Eğitimi

Etkinlik tarihi : 21 Kasım 2009

Kocaeli Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : SDE Bilimsel Etkinliği Kasım 2009

Etkinlik tarihi : 21 Kasım 2009

Ankara Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : 21. Expo-Dental Ağız Diş Sağlığı Sergi ve Sempozyumu

Etkinlik tarihi : 20-21-22 Kasım 2009

Isparta Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Kasım 2009 Bilimsel Toplantıları

Etkinlik tarihi : 26 Kasım 2009

Antalya Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Bilimsel Komisyon Semineri Aralık 2009

Etkinlik tarihi : 5 Aralık 2009

İstanbul Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Bölgesel Bilimsel Toplantılar Aralık 2009

Etkinlik tarihi : 10 Aralık 2009

İstanbul Dişhekimleri Odası

Etkinlik adı : Bilimsel Seminerler Aralık 2009

Etkinlik tarihi : 17 Aralık 2009

Orada bir köy var: Çağlayan

Çay, Trabzon'un doğusundaki bölgenin temel geçim kaynağı. Yaz-kış yeşil yapraklarıyla Karadeniz imajına en çok katkı yapan bitki (yukanda).

Mısır kurutmak ve hem fare gibi kemirgenlerden hem de yabani hayvanlardan korumak üzere yapılan seranderlerden bölgede artık çok az kaldı. Çağlayan Köyü'ndeki bu serander ardıc ağacının gücüyle ve hünnerli işçiliğiyle zamana karşı iyi bir sınav vermiş (sağda).



K aradeniz'in fauna ve florasına büyük darbe indiren sahil yolunda Rize-Pazar Tüneli'ni geçtikten sonra bambaşka bir aleme girersiniz. Burası Lazlar'ın coğrafyasıdır. Yeri gelmişken yaygın yanlış düzeltelim. Lazlar, Lazca konuşur, Rizeliler onlara "mohti" der. Sanıldığı gibi tüm Trabzonlu ve Rizeliler Laz değildir. Karadeniz'in bu etnik nüfusu yalnız Pazar, Ardeşen, Fındıklı, Arhavi ve Hopa'da yaşar.

İşte biz de bu beş ilçeden birinin şipşirin bir köyüne Fındıklı'nın Çağlayan Köyü'ne gidiyoruz. Ardeşen'i geçtikten sonra uzakta çay fabrikasının bacasının görüldüğü

yer Fındıklı'dır. Doğu Karadeniz sahilinin en el değmemiş ilçesi. Çocukluğumuzdan bir film karesi gibi sanki 70'lerde bilemedin erken 80'lerdeki sahil kasabaları gibidir. Neo-liberal kapitalist ekonominin küreselleşmenin yıkımına hala yabancı. Misafirperverdir, hırssızdır, seni itmez. Dondurma süt tozundan değil, süttten yapılır orada. Kavurmalı pidesinde malzemenin çalınmaz.

Ab-ı Haya'tan Çağlayan'a

Bir de çay bahçesi vardır. Saim'in yeri. Fındıklı'nın haftasında –perşembe gününe de yaz aylarıysa dolar taşar. Köylü pazarından tereyağını, yayla peynirini,

keçi peynirini, mısır ununu alan orada buluşur. Köyden çıkıp kente göçenler yıllar sonra birbirlerini gördüklerinde kadın erkek demez muhabbetle kucaklaşır. İhtiyarlar, "ha bu kimdir, kimin uşağıdır" diye birbirini dürter. Öyle keyifli sohbetler olur ki yan masada bile olsanız gülmekten kırılırsınız.

Ama bizim asıl hikayemiz daha içerde. Fındıklı'nın doğu çıkışına doğru gittiğinizde gürül gürül akan derenin yanındaki yoldan sapınca tam altıncı kilometrede başlıyor. Çağlayan, eski adıyla "Abu", yaklaşık 400 yıllık geçmişi olan bir köy. Fatih Sultan Mehmet'in Otlukbeli Savaşı'na giderken konakladığı yerden >



Çağlayan Köyü kestane ağacından yapılmış ve dolma taşlı cepheleriyle 'ben buralıyım' diyen konakların birçoğuna hala ev sahipliği yapıyor.

aşağıdaki bakıp "ab-ı hayat" dediği rivayet edilir. Abu ismi, Fatih'ten miras görünse de Türkleştirme politikası kapsamında Çağlayan olarak değiştirilmiş.

Köyün girişinde ilginç bir tabela bizi karşılıyor. "Yaşam alanıma dokunma, su hayattır". Fındıklı ahalisi elbette Çağlayan Köyü sakinleri yıllardır hidroelektrik santrallere karşı mücadele ediyor. Davalar, mitingler, basın açıklamaları, şenliklerle köylüler, Devlet Su İşleri'nin dere üzerinde projelendirdiği 7 santralin inşaatına engel olmak için var gücüyle çalışıyor. Doğu Karadeniz'de hidroelektrik santralin giremediği ve taş ocaklarının açılmadığı tek vadinin Çağlayan vadisi olduğunu söylersek bu mücadelenin ne anlama geldiği daha kolay anlaşılır.

Norveç fiyordlarından Karadeniz'e

Çağlayan Deresi'nden bahsederken deniz alısından bahsetmek olmaz. Norveç fiyordlarından ta Karadeniz'e kadar yüzen balıkların Türkiye sahillerindeki yegane yumurtlama yeri Çağ-

layan dereleridir. Nisan ayında dere-den yukarıya çıkan deniz alaları, eylül sonunda geldikleri sulara geri dönerler.

Derelerde balık avlamak yasak. Ancak yine de dere-den yukarı doğru çıktıkça elinde oltasıyla tek tük balık tutan alabalık sevdalıları görebilirsiniz. Köyün bir kilometre güneyinde bulunan taş köprü görülesi yerlerin başında gelir. Hemen yamacındaki alabalık çiftliği ve lokantası ise Türkiye'nin en eskilerinden ama



manzarasıyla herhalde birincisidir.

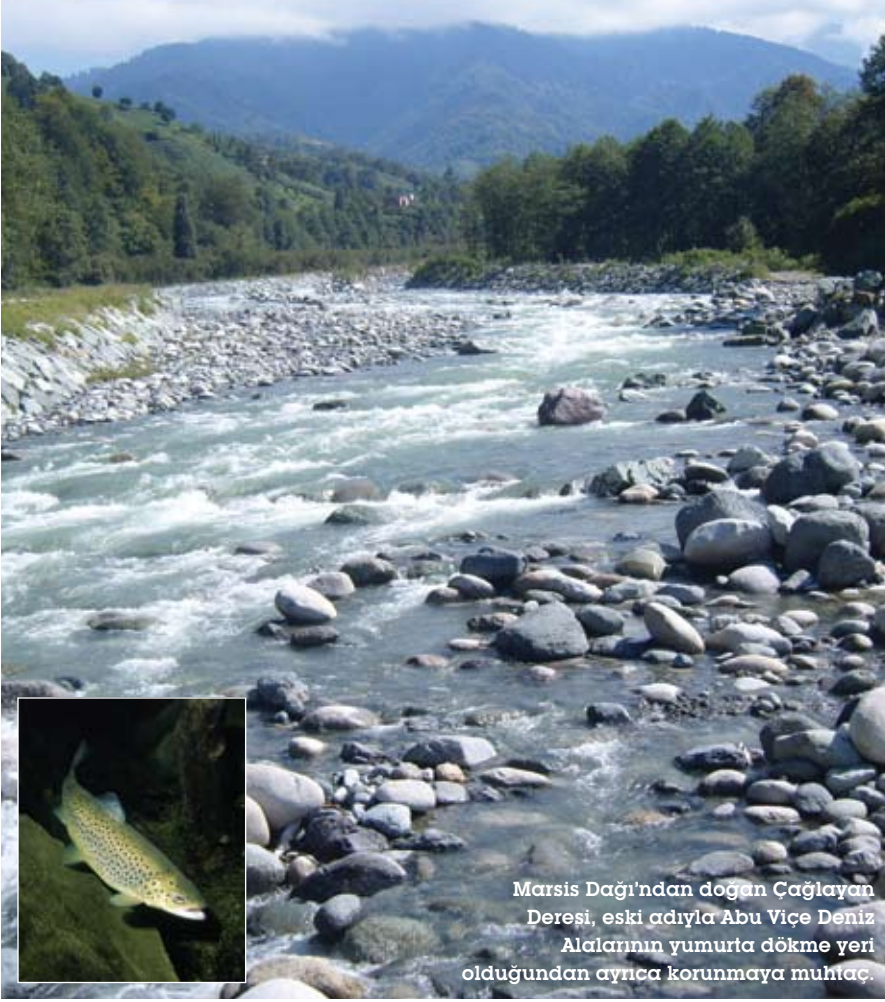
Çağlayan Köyü'nde geleneksel geçim kaynağı fındık ve mısır. Ancak 1950'lerde çay üretiminin yaygınlaşmasıyla mısır kaybolmaya yüz tutmuş. O dönemlere kadar yapılan pirinç ve tütün de çayın albenisine yenik düşmüş. Fındık ve çay, 25 yıl öncesine kadar büyük imecelerle toplanırmış. Horonlar, atma türküler de cabası. Ancak ekonomik yetersizlikler sonucu yerli ailelerin büyük kentlere göçüyle bu gelenekler artık maalesef yok olmuş.

Özgün Karadeniz evleri

Konu, Çağlayan'sa göz kamaştırıcı mimariye sahip evlerini es geçmek olmaz. Dere taşını çevreleyen >



Bir çanın asılı olduğu ince kemerli taş köprü'nün asaleti onu perdeleyen beton köprü'nün yanında daha iyi hissediliyor.



Marsis Dağı'ndan doğan Çağlayan Deresi, eski adıyla Abu Viçe Deniz Alalarının yumurta dökme yeri olduğundan ayrıca korunmaya muhtaç.

kestane ağacından gözlerle yapılan konaklar, 6 yatak odası, bir salon (hayat) ve büyükçe bir mutfaktan oluşuyor. Mutfak, en özel mekan. Adeta yaşam alanı. Orijinal halinde zemin toprak ve açık ateş var. Ancak son kırk yılda kuzinelerin evlere girmesiyle evin tabanı da ahşaba dönmüş. Özellikle iyi korunmuş evlerde dolaplar da o dönemin ustalarının ne kadar mahir olduğunu gösteriyor. Şevket Bey Konağı ve Şevki Hacaloğlu evi iyi korunmuş evlerden. İnceler'in şadırvanın hemen önündeki evleri de farklı bir yapı ama içi güzel restore edilmiş.

Evin hemen dışında serender bulunuyor. 3 katlı olan bu yapıların alt kısmında fındık kurutuluyor. Ortasında araç-gereç, odun konuyor. Üst taraf ise bir nevi kiler. Zamanında ekmek yapmakta kullanılan mısır, ile tereyağı, peynir, saklanırmış, şimdi-lerde daha çok ayıklanmış fındıkkonuyor. Farelerin ve diğer zararlıların çıkmasını engellemek için serenderin ayaklarındaki yuvarlak ağaç tekerlek konmuş ve tabii portatif merdiven.

Her mevsim aynı güzel

Soğuk kış aylarında bir metreye ulaşan kar manzaraları, vaka-i adiyedendir. Ama mayıs ayıyla birlikte can gelir köye. Fındık ağaçları yeniden yeşillenir, çaylar filiz vermeye başlar. Eğer don yapmamışsa elma, armut ağaçları çiçeklenir. Haziran dere zamanıdır. Hep birlikte suların gölleştiği yerlerden vahşi akan suya girilir. Nokta atışı isterseniz, Hacıbrahimoğlu gölü derim. Çay toplayanları görmek isterseniz yine haziran doğru tercihtir. Şimdilerde bazı bahçelerde organik tarım yapıldığını da ekleyeyim.

Temmuz, çürük aydır. Çamaşır astığınızda günlerce kurumadığı olur. Ağustosta artık meyveler olgunlaşır. Elma, armut hatta sonuna doğru incir gelir. İşte o zaman değmeyin köy ahalisinin keyfine. Fazla meyve kazanlara girer, pekmez olur. Fındık, ağustos 15'ten sonra toplanır, şimdilerde bu işlerle genellikle yarıcılar uğraşılıyor. Bazı aileler ise Gürcü işçileri tercih ediyor.

Ama bana sorarsanız en kıyak ay, eylül'dür. İncirler, yağmursuz günlerde bal gibi olurlar. Hem Türkiye'nin bence en güzel kara üzümü de artık dallarda yeri almış olur. Dışarıdakiler, 'izabella' dese de biz 'kokulu üzüm'ü tercih ederiz. Kentlerde-kiler, köyde olanlardan yana yakıla onu ister. Çatak, Sirt, Horhat yaylalarındakiler, peynir ve tereyağlarıyla beraber yine eylül içinde dönerler. Tabii şifalı kestane balı alacaksınız eylül tam zamanı. Kafkas arısının kestane, ıhlamur, kumar ağaçlarından çiçek özlerinden topladığı bal muazzam bir tat. Tazesine deli bal denir, çarpar aman dikkat.

Laz böreği börek midir?

Bir laz köyünde olup da laz böreğinden tatmamak olmaz. Eskiden olsa Ayşe Hacaloğlu'nun evini çalın derdim ama Ayşe yenge yaşlandı. Eğer Güzin Hacaloğlu köydeyse, ıskalamayın, "kapısını çalın, rica edin" derim. Çünkü laz böreği de bölgenin genelinde form değiştirdi, baklavalaştırıldı. Çağlayan Köyü'nde aslını yiyebilirsiniz. Elbette mısır ekmeği, kara lahananın dolması, ezmesi, çorbası, pirinçli, cevizlisi, süt kaymağından yapılan kaymaklı, mevsimiye hamsili ekmeği, sebzeli, pilavı Çağlayan denince ilk akla gelen lezzetler. Bir de Çağlayan'ın muhlaması başka bir şeye benzemez.

Yağmurlu ya da güneşli fark etmez her daim, dere kenarında bir gezinti yapabilirsiniz. Yol boyunca dikenlerin arasından fişkırın böğürtlenler bu keyfi illaki üçe beşe katlayacaktır. Sürekli huzur pompalayan dere sesi, yeşilin bin bir tonu, bitmek tükenmek bilmeyen meyveleri ve her şeyden önemlisi 'konuşmayı şehvetle seven' cana yakın insanlarıyla bir yeryüzü cenneti Çağlayan Köyü'ne gidin, pişman olmayacaksınız. <

KİMLİK

İklimi	: Her mevsim yağışlı ve nemli.
En Yüksek yeri	: Marsis Dağı (3334 m.)
Yemeği	: Muhlama
Tatlısı	: Laz böreği
Meyvesi	: Kokulu üzüm
Hane Sayısı	: 195
Balığı	: Deniz alası
Güzel ayı	: Eylül



ENDO VAC

Endodontik İrrigasyon Sistemi

EndoVac sistemi endodontik irrigasyon teknolojisinde önemli bir gelişimi temsil eder. Bu sistem size apikal bitimde temiz ve devamlı irrigasyon solüsyonu ile güvenli bir irrigasyon sağlar. Kanal içerisine irrigasyon solüsyonlarını kanül yardımı ile akıtan pozitif basınç sistemlerinin aksine, EndoVac boşaltım yoluyla sıvıyı apikal alanlardan çeken gerçek bir apikal negatif basınç (başka bir ifade ile vakum) sistemidir. Sağladığı temizlik, dezenfeksiyon ve smear (froti) tabakası alabilme özellikleri de göz ardı edilmemelidir. Maksimum mikrop denetimi ile maksimum endodontik başarıyı sunar.

Lider Diş Tel: 0.312.231 64 85

Disposable Tips

Tek kullanımlık esnek hava-su şırınga uçları

Dişhekimliğinde en önemli çapraz enfeksiyon odaklarından biri, tüm diğer ekipmanlardan daha sık kullanılan hava-su şırıngalarıdır. Püskürtülen hava ve su karışımı kan, tükürük, vb. ile birleşerek, şırınga iç ve dış yüzeylerinin kontaminasyonuna sebep olur. Hava-su şırınganızın dezenfektanlara karşı dirençli mikroorganizmalar ile kontamine olması durumunda üretilen hava-su karışımı ile bu organizmalar hastanıza, size, yardımcı personelinize, ekipman yüzeylerine ve çevreye de bulaşabilmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı onaylı

SENSODYNE PRONAMEL

Florürlü Diş Macunu



Giderek büyüyen bir sorun olan ve hayatımızda daha fazla yer edinmeye başlayan asit erozyonu, gelişim çağındaki çocukların diş sağlığını ciddi bir şekilde tehdit ediyor. Artan asit miktarı çocukların dişlerinde, diş minesinin yumuşaması ve aşınmaya daha meyilli hale gelmesine yol açarak geri döndürülemeyen hasarlar oluşturabiliyor. Özellikle çocukların dişleri, asit ero-

zyonuna maruz kaldıkça, diş çürüğü kadar ciddi problemlerle karşılaşabiliyor. Yeni Sensodyne Pronamel Çocuklar İçin, asitli yiyecek ve içecek tüketen 6-14 yaş arasındaki çocukların dişlerini asit erozyonuna karşı koruyor. Diş minesinin güçlenmesine yardımcı oluyor. Dişleri çürüğe karşı koruyor.

GlaxoSmithKline
Tel: 0.212.269 61 51

Asphaline Temp

Kangrenli Dişlerin Tedavisinde

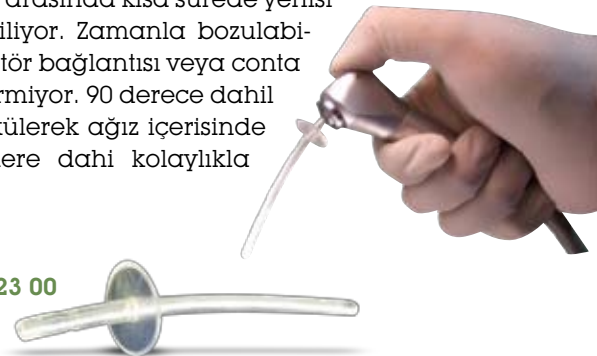


Kangrenli kök kanallarında geçici dolgu için kullanılan, kök kanalının yeniden enfeksiyon olmasını önleyen ve kalıcı kapatmadan önce iyileşmeyi hızlandıran, kendiliğinden steril bir tıbbi üründür. Toksik değildir ve irritasyon yapmaz. Tadı ve kokusu yoktur. Dokuyula etkileşime girmez ve yeniden emilmez. Kangrenli kök kanalına çok sıkı yapışır. Gözenek oluşmaz. Kullanıma hazır geçici dolgu yavaşça kök kanalına yedirilir ve kök kanalı tedavisinin bilinen teknikleri kullanılarak çıkarılabilir. Tüpte kullanıma hazır 7 gr geçici dolgu mevcuttur.

Eren Diş Deposu
Tel: 0.212.244 36 10

Disposable Tips güvenilir ve ekonomik bir enfeksiyon kontrolü çözümü sunuyor. Çevresindeki disk sayesinde hava-su tabancasına kolaylıkla takılıp çıkarılabilen uçlar, iki hasta arasında kısa sürede yenisi ile değiştirilebiliyor. Zamanla bozulabilecek bir adaptör bağlantısı veya conta sistemi gerektirmiyor. 90 derece dahil her açı ile bükülerek ağız içerisinde en zor bölgelere dahi kolaylıkla ulaşabiliyor.

May Dental
Tel: 0.232.489 23 00



Ultradent VALO

LED Cihazı

Ultradent firmasının üretmiş olduğu Valo Led Cihazı 3 farklı tedavi moduyla dişhekimlerine kullanım için seçenek sağlar. Standart modda 1000 mw/cm², Yüksek güç modunda 1400 mw/cm², plazma emülsiyon modunda 3000-4500 mw/cm² ışık gücü elde edilir. Plazma modu ile 3 saniye gibi kısa bir tedavi süresine imkan sağladığı için ortodonti tedavilerinde ve küçük çocuklarda veya sorunlu yetişkinlerde kısa süreli tedaviler için tercih edilmektedir. 77 gram ağırlığında olan Valo, hafif, ince ve şık bir dizayna sahiptir. İnce uzun



kablosu sayesinde rahat kullanılabilirlik sağlanırken aynı zamanda kesintisiz güç sağlanmış olur. Bataryalı sistemlerdeki gibi zamanla ışık gücünde azalmalar meydana gelmez. Özel tasarımı sayesinde küçük ağızlarda bile rahatça kullanılabilir.

Güney Dental garantisıyla satışa sunulan VALO Led cihazı ile beraber Amelogen Plus Kompozit seti hediye ediliyor.

Güney Dental Tel: 0.216.420 90 09

GENTLEmini 5000 B

Minyatür Kafalı Seramik Rulmanlı Türbin



KaVo'nun yeni türbini minyatür kafalı seramik rulmanlı GENTLEmini 5000 B, özellikle çocukları ve yaşlı hastaları tedavi ederken ve posteriorda rahat çalışmak isteyen dişhekimleri düşünülerek dizayn edilmiş. GENTLEmini özellikle molar bölgesinde küçük kafası ile tedavi bölgesinin rahat görülebilmesi için ideal bir seçenek sunuyor. Küçük kafalı olmasına rağmen yüksek torklu türbinler kadar güç üreten GENTLEmini'nin gücü 17 Watt. Özel KaVo patentli maşa sistemiyle güçlü push-button mekanizması

ve 59 dB(A) gibi düşük sesiyle öne çıkıyor. 3 noktadan sprey ile tam soğutma sağlayan türbin, özel Plasmatec kaplaması sayesinde tırtıksız bir yüzey ile elinizin kaymasını da engelliyor.

Güney Diş Tel: 0.216.366 83 83

VistaScan MINI

Fosfor Plak Tarayıcısı

VistaScan MINI görüntü plaka tarayıcısı, seçkin görüntü kalite karakteristiğiyle DÜRR DENTAL tarafından Almanya'da üretiliyor. DÜRR DENTAL dijital X-ışını cihazları dişhekimlerinin tüm tanı taleplerini karşılamak amacıyla yüksek çözünürlüklü görüntüler sağlıyor.



VISTA SCAN MINI görüntü plaka tarayıcısı görüntü plaka tanılarını daha hızlı yapıyor. Bu kompakt cihaz özellikle kolay kullanımı ve az alan kaplaması sayesinde uygulama odasında kurulabilir. X-ışını ve tarama direkt olarak ünitenin yanı başında uygulanır. Tekrar kullanılabilir VISTA SCAN görüntü plakaları saniyeler içerisinde yüksek kalitede okunur.

Bütün ağız içi biçimleri içindir. Yüksek görüntü kalitesini kompakt tasarımı ile birlikte sunar. USB veya ağ bağlantısı sayesinde kolayca bilgisayara aktarılır.

DMS Tel: 0.212.210 13 34

Cercon Brain Expert

CAD /CAM



Cihazın hızlı kesicilerine daha yüksek hassasiyet ve kontrol sağlayan yüksek hızlı sürtünmesiz lineer motorları sayesinde selefinin kolay kullanım özelliğini Cercon Brain Expert daha da ileri taşıyor.

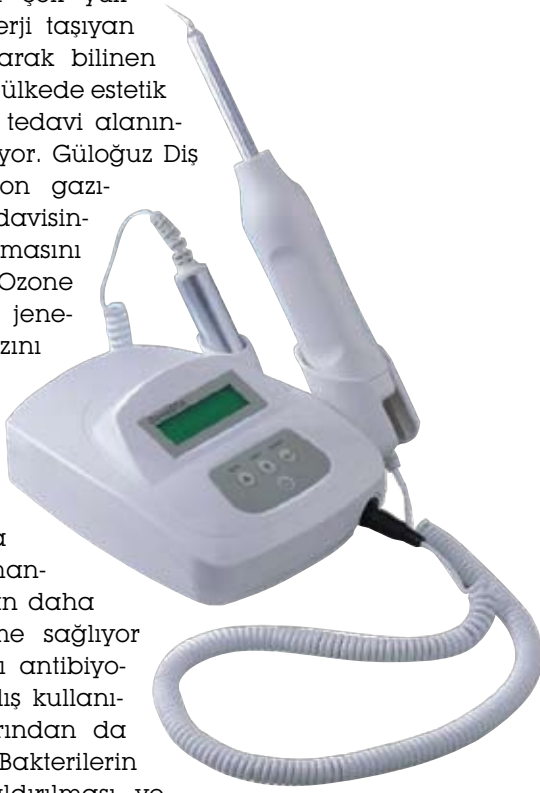
Bu teknolojiye ek olarak yeni "disk" şeklindeki bloklar dişhekimlerine daha yeni imkanlar sunuyor. Yeni sistemde tek parça 16 üyeli köprüler abutment'ler, undercut işlemler ve daha karmaşık işleri çıkarmak da mümkün. Sadece iki dakikada bir kron işlenmiş ve hatasız olarak üretilebiliyor.

Lider Diş Tel: 0.312.231 64 85

Apoza Ozone

DTA Ozon Jeneratör Cihazı,

Oksijenin çok yüksek enerji taşıyan bir şekli olarak bilinen ozon birçok ülkede estetik ve medikal tedavi alanında kullanılıyor. Güloğuz Diş Deposu, ozon gazının diş tedavisinde kullanılmasını sağlayan Ozone DTA, Ozon jeneratörü cihazını Türkiye'ye ithal etmeye başladı. Ozon gazı yaralara karşı herhangi bir ilaçtan daha iyi iyileştirme sağlıyor ve hastaları antibiyotiklerin yanlış kullanımını kaygılarından da kurtarıyor. Bakterilerin ortadan kaldırılması ve yaraların iyileştirilmesi, standart kavite işlemlerinden sonra kavitedeki bakterilerin uzaklaştırılması, kök çekimlerinden sonra çekim yerinin hızla iyileşmesi, sızıntı şeklindeki kanamaların durdurulması, implant çalışmalarında doku dezenfeksiyonu sağlanması gibi birçok kullanım alanı var.



Güloğuz Diş Deposu Tel: 0.312.433 10 12

Centrix FluoroDose™

Flor Jel

FluoroDose, % 5 sodyum florid içeren tek kullanımlık LolliPack® paketlerde kavite verniğidir. Dental hassasiyet tedavileri için FDA'nın izin verdiği maksimum florid doza kadar içeriğinde bulundurur. Basitçe kabı geriye doğru çekerek açılır, fırça batırılır, karıştırılır ve uygulanır. Tek doz dağıtım sistemi kullanım ve temizleme kolaylığı sağlıyor. Uygulamadan önce koruyucuya gerek yok. Tükürük ile teması halinde saniyeler içinde kuruyor. Diş yüzeyinde en iyi flor alımı için 6 - 8 saat kalması gerekiyor.

Kullanım

endikasyonları

- Kapsamlı bir oral hijyen programıyla birlikte uygulandığında diş çürüğünü önlemede etkili
- Kök yüzeyi açıklarında diş hassasiyetinin rahatlatmasına yardımcı olur.



Triadent Tel: 0212. 523 25 10

sektör haberleri

Protefix Günleri Başladı!...

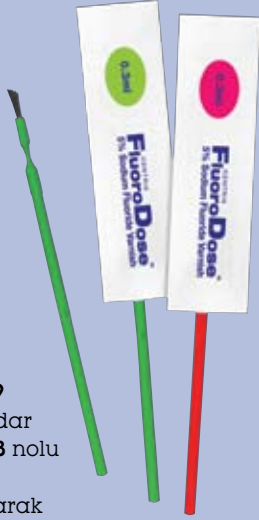


Sağlıklı ve hijyenik diş protezi kullanımı için ürünler sunan Protefix, diş protezi kullanıcılarını "Protez Kullanımı ve Ağız Sağlığı" hakkında bilgilendirme toplantılarının ilkinin 31 Ekim 2009 tarihinde TCDD Fenerbahçe Sosyal Tesislerinde gerçekleştirdi.

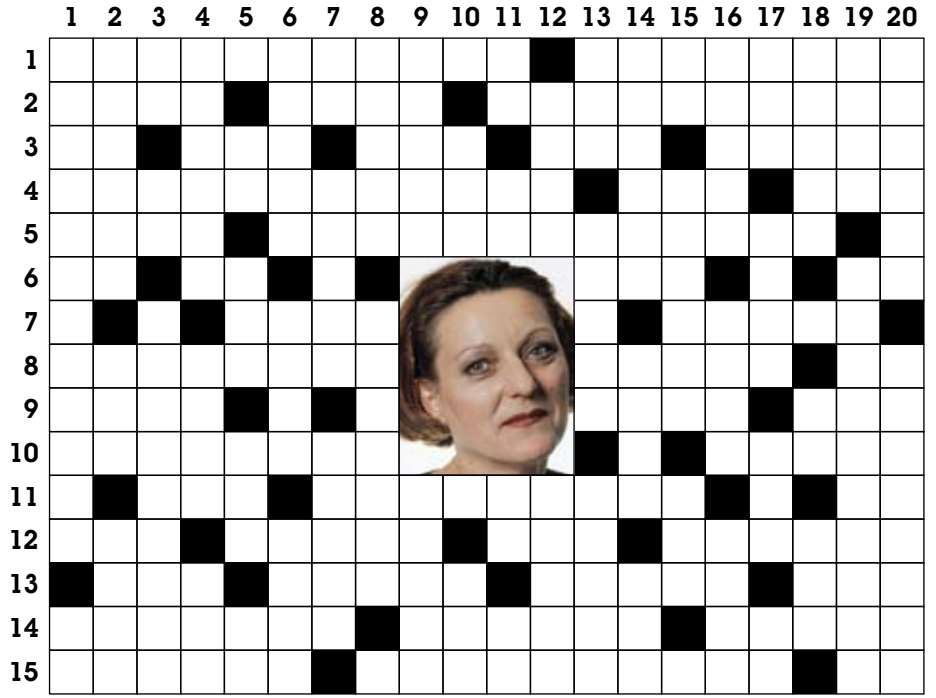
Protefix Günleri her ayın son cumartesi günü Türkiye'nin çeşitli illerinde düzenlenecek. Toplantılarda bir diş protezi nasıl kullanılır, temizliği nasıl yapılmalıdır, protez kullanımı ile ilgili yaşanan sorunlar, protez kullanıcılarının ağız sağlığı hakkında bilinmesi gerekenler gibi konular işlenecek. Firma yetkilileri bu toplantılarla ülkemizde çok yaygın bir kullanımı olan diş protezlerinin kullanımı ve temizliği hakkında yanlış bilinenleri eğlenceli bir şekilde sunarak düzeltmeyi amaçladıklarını ifade ediyor.

10 kişiye

Centrix
FluorDose™
Flor Jel



Doğru yanıtı
25 Aralık 2009
akşamına kadar
0212.327 84 43 nolu
faksa ya da
sayfayı tarayarak
nisaniletisim@gmail.com adresine
gönderen okuyucularımız arasından
yapacağımız çekilişle 10 okuyucumuz
Triadent'ten FluorDose™ (Flor Jel)
kazanacak. Hediyeleriniz kargoyla
adresinize teslim edilecek.



Ad-soyad: Telefon:

Adres:

..... İl:

TDB Sicil No: e-posta:@.....

SOLDAN SAĞA

1. 2009 Nobel Edebiyat Ödülü'nü kazanan resimdeki Alman yazar • ... Erdem, 1961-1980 arası İzmir Milletvekili olarak görev yapmış, Sanayi, Çalışma ve Millî Eğitim bakanlıklarında bulunmuş siyaset adamı 2. Kuzey Amerika'nın beş büyük gölünden biri • Kendisinden ve 1'den başka sayılara bölünemeyen sayı grubu • Afrika'nın doğusunda, Hint Okyanusu'nda yer alan bir ada ülkesi 3. Rubidyumun simgesi • 1952 yılından beri yayımlanmakta olan Amerikan mizah dergisi • Bir şeyi hatırlamak için yazılan kısa yazı • Tibet öküzü • Betonun da-

yanımını ölçmek için kesilerek alınan örnek 4. Politik tutumu nedeniyle bir dönem ülkesi Arjantin'den uzak yaşamak zorunda kalan ve geçtiğimiz 4 Ekim'de hayatını kaybeden şarkıcı • Tayland halkından olan • Hatay'da nehir 5. ... Sekban, günümüz Türk heykeltıraşı • Pollyanna'nın yazarı 6. Nikelin simgesi • Talyumun simgesi • Üzme, sıkıntı verme • Eski dilde su 7. Yardım • ... McQueen (1930-1980), ABD'li sinema oyuncusu 8. Geometride bir eğri türü • İslam inancında oruç açma zamanı • Botswana'nın plaka işareti 9. Tek başına anlamı olmayan, sonuna geldiği sözle cüm-

ledeki diğer kelimeler arasında ilişki kuran kelime türü • Bir şeyin niteliklerini övme • Vanilla ..., ABD'li rapçi, şarkıcı ve aktör 10. Senaryo yazarı • Eski dilde çocuklar 11. Planlamayla ilgili devlet kuruluşu • Fransa havayolu şirketi • Hollanda'nın plaka işareti 12. Anadolu'nun en eski uygarlıklarından • İleri atılmış, ortaya çıkarılmış • ... Gündüz (1886-1958), Türk yazar ve gazeteci • Bir çek veya poliçenin düzenlenerek leh tara veya hamile verilmesi işlemi 13. Baston • Gizil, potansiyel • Geçişme • Geri çevirme 14. Önem bakımından tali olan • Bitkilerde solunum, karbon özümlemesi, terleme vb. olayların olduğu bölüm • Kural 15. Yolculukta ve askerlikte kullanılan, genellikle aba, deri veya metalden yapılmış su kabı • Geçtiğimiz 11 Ekim günü yitirdiğimiz, Gurbet Kuşları, Aşk-ı Memnu, Yorgun Savaşçı gibi eserleriyle bilinen sinema yönetmeni • Genişlik.

113. Sayının Çözümü

1	N	E	Z	İ	H	E	A	R	A	Z	K	E	M	A	L	Ö	Z	E	R
2	E	B	A	B	İ	L	A	L	A	B	O	R	A	E	Z	İ	N	E	
3	Z	E	K	A	T	İ	H	T	İ	R	A	S	E	K	E	N	E	K	
4	İ	T	İ	R	A	Z	M	O	R	L	A	M	E	R	L	O			
5	H	N	E	B	A	T	İ	E	M	A	N	E	T	K	O	H	L		
6	E	F	T	E	T	A				Y	E	M	M	A	T				
7	M	U	H	İ	T	H	D			M	M	E	L	E	K	E			
8	E	R	O	S	A	S	İ			A	M	A	Z	O	N				
9	R	A	S	P	U	T	İ	N		R	A	Ş	İ	T	A	T			
10	İ	N	İ	N	A	N	Ç			M	A	Y	A	S	A				
11	Ç	U	Y	U	M	E	R	G	U	V	A	N	E	H	R	A	M		
12	A	N	O	T	A	R	A	P	K	İ	R	M	T	A	B	İ			
13	K	L	İ	N	K	E	R	S	U	A	D	İ	Y	E	N	O	İ	R	
14	L	O	T	A	K	A	İ	T	L	E	S	O	T	H	O	Y	A		
15	E	A	R	N	O	L	D	F	A	O	Z	A	F	İ	Y	E	T		

113. Sayı Armağan kazananlar

- Gülçin Doğanay **ZONGULDAK**
- Engin Erdoğan **İSTANBUL**
- Armağan Fidan **İSTANBUL**
- İlhan Gülmez **ANTALYA**
- Mehmet Gümüştekin **KAYSERİ**
- Arife Kışioğlu **İZMİR**
- Dilek Acar Paker **AYDIN**
- Fatih Tosun **İZMİR**
- Mete Üçok **BALIKESİR**
- Mehmet Yürekten **DENİZLİ**

YUKARIDAN AŞAĞIYA

1. Siddhartha ve Bozkırkurdu gibi eserleriyle tanınan 1946 Nobel Edebiyat Ödülü sahibi Alman yazar • İşaret 2. Husye • Düşünce • Doğu Karadeniz bölgesine özgü yelkenli bir tür kıyı teknesi 3. Endonezya'nın plaka işareti • Madagaskar'ın plaka işareti • Apan-

disin iltihaplanması 4. Sahur yemeği • Aşama, adım • Temel, esas 5. Birleşik Arap Emirlikleri'nin internet uzantısı • Kaynağı mitolojik çağlara dayanan kirisli bir çalgı • Lüksemburg radyo-televizyonu • Kromun simgesi 6. Duyularla algılanabilen nesne • İnce Memed'in kötü ağası • Ramiz ..., 1982-92 arasında Arnavutluk Sosyalist Halk Cumhuriyeti'nin cumhurbaşkanı 7. Bir askerî harekâttâ birliklerin gereksinim duyduğu her türlü gercin toplandığı, dağıtıldığı bölge • ... Blumer, Galatasaray'ın Brezilyalı futbolcusu • Gerçekte yeri olmayıp zihinde tasarlanan, mevhum, farazi 8. İleri atılmış, ortaya çıkarılmış • Seçkin 9. Mario Vargas ..., Elebaşılar, Hergeleler ve Yüzbaşı ve Kadınlar Taburu gibi eserleriyle bilinen Perulu yazar • Tanzimattan önce Osmanlı Devleti'nin müslüman olmayan uyrukları 10. Bir rengin koyuluk veya açıklık derecesi • Yük hayvanlarının tırnaklarına çakılan demir parçası 11. Madagaskar'ın plaka işareti • Somali'nin internet uzantısı • Eski Mısır'da tanı • Dairenin çevresinin çapına oranı 12. Altın, gümüş vb. madenlerden yapılmış şeylerin saflık derecesi • Bir çalgıda doğru ses vermesi için yapılan ayar 13. Etrafı suyla çevrili kara parçası • Çin'in başkenti • Bazı kimselerin bakışlarıyla zarar verdiklerine ilişkin batıl inanç 14. Süt şekeri • 1960'lı yıllardan bu yana Kolombiya'da iktidara karşı mücadele eden gerilla örgütü • Ankaragücü kulübüne ismini veren devlet kuruluşu 15. 2001 yılından bu yana Nobel'e nazire olarak verilen ödül • Çarşılar da veya alışveriş bölgelerinde aynı işi yapan esnafın bir arada bulunduğu bölüm • Yankı 16. Kullanılması hemen mümkün olan para • Londra'daki ünlü modern sanatlar müzesi • Önceki, sabık 17. Baston • Tıpta kullanılan, çok uçucu, renksiz bir sıvı • Güreşte yenilgi • Örümcek vb. hayvanların salgılarıyla oluşturdukları örgü 18. Onama, kabul, tasdik • ... You Go Away, çeşitli dillerde onlarca sanatçı tarafından seslendirilmiş unutulmaz şarkı • Olağandan daha hacimli 19. Güneydoğu Asya'da ülke • Asıl adı Arkin Allen olan Türk neyzen, yapımcı ve DJ 20. Gericilik • Bilim kurumlarının çalışmalarıyla ilgili yazı ve haberlerin yayımlandığı dergi..

Kongre Kurs Sempozyum

Fransız Dişhekimleri Birliği Kongresi

24 - 26 Kasım 2009
Palais Des Congres
Porte Maillot - Paris
www.adf.asso.fr

Balkan Stomatoloji Derneği 15. Kongresi

22-25 Nisan 2010
Selanik - Yunanistan
www.e-bass.org

IADR Genel Kongresi
14-17 Temmuz 2010
Barselona - İspanya
www.iadr.com

TDB 17. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

24-26 Haziran 2010
Bursa
t: 0.224.222 69 69
f: 0.224.223 53 39
www.bursadishekimliodasi.org

Dünya Dişhekimliği Birliği (FDI) 98. Kongresi

2-5 Eylül 2010
Salvador da Bahia, Brezilya
www.fdiworldental.org

VEFAT

Zonguldak Dişhekimleri Odası üyesi meslektaşımız
Mahmut Pasvanoğlu 4 Ekim 2009 tarihinde vefat etmiştir.
Ailesinin ve yakınlarının acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.

VEFAT

Zonguldak Dişhekimleri Odası Disiplin Kurulu üyesi Gürcan Alış'ın annesi
Hüsnüye Alış 3 Ekim 2009 tarihinde vefat etmiştir.
Meslektaşımızın acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.

VEFAT

İstanbul Dişhekimleri Odası eski Başkanı Prof.Dr. Gülümser Koçak'ın annesi
18 Ekim 2009 tarihinde vefat etmiştir.
Meslektaşımızın acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.

T.C. Sağlık Bakanlığı 75. Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliği Hizmet İçi Eğitim Programı

25 Aralık 2009 / Saat 15:00

Dişhekimliğinde Lazer Uygulamaları

Dr. Evren Üner (Serbest Dişhekimisi)

Dr. Koray Saadettinoğlu

(Serbest Dişhekimisi)

29 Ocak 2010 / Saat 15:00

Daimi Dişlerde Travmatik

Yaralanmalar ve Tedaviler

Doç.Dr. Cem Güngör (Hacettepe Ü.D.F.

Pedodonti Anabilim Dalı Başkanlığı)

26 Şubat 2010 Saat 15:00

Ni-Ti Döner Eğe Sistemleri

Prof.Dr. Ahmet Serper (Hacettepe Ü.D.F.

Endodonti Anabilim Dalı Başkanlığı)

26 Mart 2010 Saat 15:00

Dişhekimliğinde Mesleki Hastalıklar

Dr. Tüzün Fırat (Hacettepe Üniversitesi

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek

Okulu Öğretim Görevlisi)

30 Nisan 2010 Saat 15:00

Balık Yemekleri

Prof.Dr. Ömer Uluoğlu (Gazi Üniversitesi

Patoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)

28 Mayıs 2010 Saat 15:00

Hareketli Protezlerde Başarısızlık

Nedenleri ve Çözümleri

Dr.Dr. Tuğgen Mersin (S.B. 75. Yıl

Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi)

Etkinlikler 75. Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Toplantı Salonunda düzenlenmektedir.



Soruların yanıtlarını en geç 25 Aralık 2009 tarihine kadar SDE Yüksek Kurulu Ziya Gökalp Caddesi No:37/11 Kızılay/Ankara adresine mektupla, 0.312.430 29 59'a faksla ya da tdb@tdb.org.tr adresine e-mail ile gönderen meslektaşlarımızdan en az 7 soruyu doğru cevaplayanlar 6 SDE kredisi almaya hak kazanacaklardır.

1-Dokuz (9) yaşında bir hastanın sağ alt birinci büyük azı dışında kavite preparasyonu sırasında çürükle pulpa ekspozu olduğunu görüyorsunuz. Hangi tedavi seçeneğini uygularsınız?

- İndirekt pulpa kaplaması
- Direkt pulpa kaplaması
- Amputasyon
- Kanal tedavisi
- Çekim

2-Lamina Dura ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Diş soketini sınırlayan ince, kompakt kemik yapısıdır, Lamina Dura devamlılığı genellikle dişin vital olduğunu gösterir.
- Hiperparatiroidizm, fibröz displazi, paget hastalığı, cushing sendromu, gibi bazı hastalıklarda, Lamina Durada kısmen veya tamamen harabiyet görülebilir.
- Radyografda Lamina Duranın kalınlığı ve yoğunluğu, dişin maruz kaldığı okluzal stresin miktarıyla değişebilir.
- Alveoler kretteki Lamina Dura devamlılığının bozulması aktif periodontal hastalığın ilk belirtisidir.
- Hem akut hem de kronik periapikal inflamasyonda Lamina Durada kalınlaşma izlenir.

3- Hangisi yanlıştır?

- Veneer kronlar için kontrendikasyonları arasında, tüm sabit protezlerde olduğu gibi, aktif çürüklü ya da tedavi edilmemiş periodontal hastalıklı vakalar yer alır.
- Geniş pulpa odasına sahip genç hastalarda da, veneer kronların yerine porselen jaket kronlar endikedir.
- Veneer kronlar, maksimum retansiyon gerekli olmadıkça (çok üyeli sabit protezler), daha konservatif destek diş restorasyonlarının mümkün olduğu durumlarda düşünülmemelidir.
- Dişhekimliğinde yaygın bir kullanım endikasyonuna sahip olan Veneer kronların diş dokusunda aşırı madde kaybına yol açmaları önemli bir dezavantajdır.
- Bu tür kronlarda veneer materyalinin

seçimi kronun tasarımını da etkileyecektir.

4- Aşağıdakilerden hangisinde anti-biyotik profilaksisi gerekli değildir?

- Her türlü periodontal işlem
- İntraligamenter lokal anestezi enjeksiyonu
- Endodontik işlemler
- Dikişlerin alınması
- Diş çekimi

5- Muayene ettiğiniz 10 yaşındaki bir kız çocukta intra oral muayenenizde hastanız geç karma dentisyon döneminde ve çapraşıklığı mevcut değildir. Sagittal olarak Angle Klas I mevcut ve overjet 2 mm.dir. Vertikal olarak overbite= -5 mm olup yüzün dik yön boyutları normal görünümündedir. Aile, üst sol V no'lu dişin çok ağrıdığından şikayetçidir. Ağız hijyeni kötüdür ve yaptığınız inceleme sonucunda üst sol V no'lu dişin çekimi gerekmektedir.

Model analizinde hangi yöntemi tercih edersiniz?

- Hays-Nance model analizi
- Moyer tablosu
- Howes model analizi
- Steiner analizi
- Ricketts Analizi

6-Komplike olmayan kron kırığı için aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- Dentin-bonding restorasyon endikasyonu vardır.
- Pulpal durumun belirlenmesi için vitalite testi yapılması gerekir.
- Eğer ekspozite dentin soğuga karşı hassas ise kök kanal tedavisi gerekir.
- Uzun dönem prognozu şüphelidir.
- Tedavi, hastanın genç veya yaşlı olup olmasına göre farklılık gösterir.

7- Mandibuler ikinci ve üçüncü molar dişlere bağlienfeksiyonlar hangi anatomik boşluğa yayılır?

- Submental
- Pterygomandibuler

- İnfratemporal
- Sublingual
- Hiçbiri

8- Aşağıdakilerden hangisi periapikal röntgen endikasyonlarından değildir?

- Renk değişikliği olan dişler
- Eksik dişler
- Ara yüz çürüğü şüphesi olduğunda
- Derin çürüklü dişler
- Kron-köprü ayakları olan dişler

9- Aşağıdakilerin hangisi Doğrudur?

- Tüberkül-kenar sırtı ilişkisi protetik tedavide özellikle gövde sayısı az olan köprülerin yapımında uygulanır.
- Bu ilişkide bir dişin fonksiyonel tüberkülü karşıt arkta dişin bir santral fossasına diğeri distal kenar sırtları ile temas eder.
- Fonksiyonel olmayan tüberkülün gezinme hareketlerinde temas arzu edilmez.
- Okluzal morfolojide tüberkül fossa ilişkisi bir dişin fonksiyonel tüberkülünün karşıt dişin santral fossası ile ilişkili olması nedeniyle protetik tedavide kullanılmaz.
- Tüm ağız köprülerde tüberkül kenar sırtı ilişkisi uygulanmamalıdır.

10- Muayene ettiğiniz 10 yaşındaki bir kız çocukta intra oral muayenenizde hastanız geç karma dentisyon döneminde ve çapraşıklığı mevcut değildir. Sagittal olarak Angle Klas I mevcut ve overjet 2 mm.dir. Vertikal olarak overbite= -5 mm olup yüzün dik yön boyutları normal görünümündedir. Aile, üst sol V no'lu dişin çok ağrıdığından şikayetçidir. Ağız hijyeni kötüdür ve yaptığınız inceleme sonucunda üst sol V no'lu dişin çekimi gerekmektedir.

Yukarıdaki bilgilerle bu vak'a

- İskeletsel açık kapanıştır.
- İskeletsel derin kapanıştır.
- Dişsel açık kapanıştır.
- Hem iskeletsel/hem dişsel derin kapanıştır.
- Normal kapanış göstermektedir.

SDE Cevap Formu

(Doğru cevabı lütfen daire içine alınız)

- | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|
| 1- | a | b | c | d | e | 6- | a | b | c | d | e |
| 2- | a | b | c | d | e | 7- | a | b | c | d | e |
| 3- | a | b | c | d | e | 8- | a | b | c | d | e |
| 4- | a | b | c | d | e | 9- | a | b | c | d | e |
| 5- | a | b | c | d | e | 10- | a | b | c | d | e |

Adı Soyadı :

Adesi :

İmzası :