



Türk Dişhekimleri Birliği Genel Başkanı Prof.Dr. Taner Yücel, halkımızın 16-22 Kasım Toplum Ağız-Diş Sağlığı Haftasını kutlarken ağız diş sağlığı hizmetlerine ilişkin önemli açıklamalarda bulundu.

DİŞ ÇÜRÜĞÜ VE DİŞETİ HASTALIKLARI GENEL SAĞLIĞI TEHDİT EDİYOR

Türk Dişhekimleri Birliği; Türkiye'nin dört bir yanında 21 bine yakın üyesi bulunan 34 Dişhekimleri Odası ile sayıları 30 bine yaklaşan dişhekimlerini çatısı altında toplayan anayasal bir meslek örgütüdür.

15.412 dişhekimi özel muayenehane-sinde kendi sorumluluğu ile mesleğini icra ederken; 11.342 meslektaşımız da gerek fakülteler gerekse Sağlık Bakan-lığı'na bağlı birimlerde görev yapmakta ve ağız-diş sağlığı hizmeti verilmesi esnasında pek çok farklı sorunla yüz yüze gelmektedir.

MUAYENEHANELER AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN VAZGEÇİLMEZ ADRESİDİR

Ağız- diş sağlığı hizmetlerinin nite-liğinin AB kriterlerine uygun şekilde yükseltilmesi ve bu amaçla da bazı dü-zenlemelerin yapılmasını toplum sağlığı açısından TDB de önemli bulmaktadır. Ancak TDB, muayenehanelerin mevcut fiziki şartlarını, hizmet verme sürelerini dikkate almayan, sermayedar ortağın dişhekimi olmadığı özel sağlık kuruluş-larının açılmasına, reklamın desteklen-mesine ve meslektaşla onun anayasal meslek örgütü arasındaki ilişkisinin zayıflamasına yönelik yeni düzenlemelere yer verilen “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hak-kındaki Yönetmelik”le birlikte yapılmak istenen değişikliklerde ülke gerçeklerinin göz ardı edilmesine karşı çıkmaktadır. Başta ADSM’ler olmak üzere kamu

kurumlarında görev alan meslek-taşlarımız, artan hizmet talebine ve siyasiler tarafından oluşturu-lan “performans” sistemine bağlı olarak nitelikli ve üstün kaliteli ağız diş sağlığı hizmetlerini, “sa-hip olamadıkları süre yönetimi” nedeniyle yeterli ölçüde gerçek-leştirememektedirler. Dolayısıyla kantitenin (sayısallığın) yanı sıra kalitenin sorgulanmadığı böylesi bir sağlık hizmetinde kaynakların verimli kullanılması ve maliyetle-rin azaltılması mümkün olamaya-caktır.

FAKÜLTE SAYISI DEĞİL. DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİ YÜKSELMELİ

Türkiye’de 2008 yılına kadar 20 olan dişhekimliği fakülte sayısı bugün 43’ü aktif olarak eğitim veren, 70 dişhekimliği fakültesi-ne yükselmiştir. Oysa bu sayı 82 milyonluk Almanya’da 31 dişhekimliği fakültesi şeklindedir.

Üniversitelerin birinci ve asli görevi eğitim ve araştırma olmasına rağmen bir-çok dişhekimliği fakültesi ne yazık ki ağız ve diş sağlığı merkezi niteliğinde yalnızca poliklinik hizmeti vermektedir. Fakül-telerimizin, asli görevi olmadığı halde hasta bakmak ve gelir sağlamak zorunda bırakılması eğitimi ve mezunlarının nite-liğini olumsuz etkilemektedir. Dişhekim-liği fakülteleri alt yapı ve öğretim üyesi kadroları ile ilişkin sorunları çözülmeden açılmamalı; performans kısıcından



Prof.Dr. Taner YÜCEL
Türk Dişhekimleri Birliği Genel Başkanı

kurtararak, gerçek görevi olan bilimsel araştırma ve eğitim çalışmalarına yönlen-dirilmelidir.

Kuşkusuz dişhekimliği fakültelerimizde verilecek 5 senelik akademik eğitimin mezun dişhekimlerinde ağız doktoru formasyonu oluşturacak içerikte olması sağlanmalı ve Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından hazırlanan Çekirdek Eğitim Müfredatlarının içeriklerinin, mezun meslektaşlarımızın tüm yetkinlik alanlarında nitelikli hizmet vermeye ye-terli olması sağlanmalıdır. Dişhekimliği fakültelerine alınacak öğrenci konten-

janlarında da tıp fakültelerine giriş için getirilen sınırlamalar gözetil-melidir.

SÜREKLİ DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİ İÇİN TDB AKADEMİSİ KURULDU

Sağlıklı bir toplum oluşturma-daki sorumluluk bilinciyle hareket eden meslektaşlarımızın anayasal meslek örgütü olan Türk Dişhe-kimleri Birliği; ülkedeki sağlık po-litikalarının oluşturulmasına katkı sunarken, dişhekimlerinin topluma vereceği ağız-diş sağlığı hizmeti-nin en üst düzeyde olabilmesi için mezuniyet sonrası sürekli eğitimi vazgeçilmez olarak değerlendirmiş ve bu nedenle Ankara’da TDB Aka-demisi’ni kurmuştur. TDB Akademisi’nin kuruluş amacı Türkiye genelinde verilmekte olan sürekli eğitim programlarının standardizasyonu sağlamak sure-tiyle niteliğini artırmak, dişhekimlerinin daha düzenli, yapısal ve TDB tarafından akredite edilmiş eğitim modelleriyle bilgilerini güncelleyebilecekleri bir ortam yaratabilmektir.

ÇOCUKLARDA EN YAYGIN HASTALIK DİŞ ÇÜRÜĞÜ

7-14 yaş grubu çocuklarda 2015 yılında Türkiye Sağlık Araştırmaları sonuçlarına göre %24,6 ile en fazla diş çürüğü ve diş eti hastalıkları, %13,8 ile göz hastalık-ları, %9,4 ile de enfeksiyon hastalıkları

görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan son çalışmalarda, özellikle 12 yaş grubu çocuklarda çürük, kayıp, dolgulu diş-leri ifade eden DMFT indeksinin 3 gibi yüksek bir değer gösterdiği ifade edil-mekte ve mevcut dişlerin ancak %6’sının gereksinim duyulan tedaviyi alabildiği bildirilmektedir.

TDB olarak geliştirilen koruyucu ağız diş sağlığı projeleriyle Türkiye çapın-da on binlerce çocuğumuza ulaşılmış, bireysel ağız hijyeni, floridli diş macunu ile diş fırçalama tekniklerinin öğretilme-sinde gönüllü yüzlerce dişhekimi görev almıştır.

Ağız-diş sağlığı genel sağlığın ayrıl-maz bir parçasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI) tarafından diyabet, kalp damar hastalıkları, üst solunum yolu hastalıkları ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hasta-lıklar ile diş çürüğü ve diş eti hastalık-ları gibi ağız hastalıklarının meydana gelmesinde ortak risk faktörlerinin bulunduğuun altı çizilmekte ve Türk Dişhekimleri Birliği ülkemizde bilimsel gerçeklere dayanan bu önemli konuya dikkat çekmeyi başlıca sorumlulukları arasında görmektedir.

Dolayısıyla koruyucu ağız diş sağ-lığı uygulamalarının ulusal bir sağlık politikası ile hükümetler tarafından ülke genelinde hayata geçirilmesi ve bunun için özel-kamu ayrımı yapılmadan tüm dişhekimlerinin iş gücünden faydalanıl-ması göz ardı edilemez bir gerekliliktir.



KAMUOYUNU BİLGİLENDİRME

Ülkemizde Ağız Diş Sağlığı Merkezleri ile Dişhekimliği Fakültelerinde görev yapan 11.342 ve muayenehanelerinde çalışan 15.412 dişhekimi ile birlikte dişhekimlerinin Anayasal meslek örgütü olan Türk Dişhekimleri Birliği ve Odaları; halkımızın 16-22 Kasım “**Toplum Ağız -Diş Sağlığı Haftası**”nı kutlar...

Kamuda çalışan meslektaşlarımızın “**Performans**”, muayenehanelerde çalışan meslektaşlarımızın ise “**Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**” uygulamasıyla karşılaştıkları sorunlara çözüm üretmek için bu yeni dönemde de TDB ve Odaları olarak bilgi ve tecrübe birikimimizle katkıda bulunmaya hazırız.

Diş çürüğü ve dişeti hastalıkları ülkemizde yaygınlık ve şiddeti en yüksek olan hastalıkların* başında gelmektedir. Dünyada yılda 36 milyon insanın ölümüne yol açtığı bildirilen; **diyabet, kalp-damar hastalıkları, üst solunum yolu hastalıkları ve kanser** gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların meydana gelme nedenleri, **diş çürüğü ve dişeti hastalıkları** gibi ağız hastalıkları ile aynıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI) ile Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) de yukarıda ifade edilen ağız hastalıkları ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların meydana gelmesinden “**şekerli yiyecekleri, gazlı içecekleri, tütün ve tütün ürünleri ile alkollü içecekleri**” sorumlu tutmakta; bu hastalıklardan korunmada ve mücadele stratejilerinde bütün sağlık paydaşlarının (dişhekimi, hekim, eczacı, hemşire gibi) gücünden azami faydalanılan sağlık politikalarının oluşturulması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Bugün olduğu gibi yarın da, Anayasal meslek örgütü olarak TDB ve Odaları; her platformda ülkemizin sağlık politikalarında “**ağız-diş sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu**” bilimsel gerçeğinin yer alması gerekliliğini savunacaktır.

Yaşam boyu nitelikli sağlık hizmeti vermeyi görevi bilen ve sağlıklı bir toplum için sorumluluğunu yerine getirmeye hazır olan sayıları 30.000’e yaklaşan dişhekiminin akademik meslek örgütü TDB ve Odaları olarak; halkımızın “**Toplum Ağız Diş Sağlığı Haftası**”nı bir kez daha kutlarız.

Saygılarımızla,

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

Adana Dişhekimleri Odası
Ankara Dişhekimleri Odası
Antalya Dişhekimleri Odası
Aydın Dişhekimleri Odası
Balıkesir Dişhekimleri Odası
Bursa Dişhekimleri Odası
Çanakkale Dişhekimleri Odası
Denizli Dişhekimleri Odası
Diyarbakır Dişhekimleri Odası

Edirne Dişhekimleri Odası
Elazığ Dişhekimleri Odası
Erzurum Dişhekimleri Odası
Eskişehir Dişhekimleri Odası
Gaziantep Dişhekimleri Odası
Hatay Dişhekimleri Odası
Isparta Dişhekimleri Odası
İstanbul Dişhekimleri Odası
İzmir Dişhekimleri Odası

K. Maraş Dişhekimleri Odası
Kayseri Dişhekimleri Odası
Kocaeli Dişhekimleri Odası
Konya Dişhekimleri Odası
Malatya Dişhekimleri Odası
Manisa Dişhekimleri Odası
Mersin Dişhekimleri Odası
Muğla Dişhekimleri Odası

Sakarya Dişhekimleri Odası
Samsun Dişhekimleri Odası
Sivas Dişhekimleri Odası
Şanlıurfa Dişhekimleri Odası
Tekirdağ Dişhekimleri Odası
Trabzon Dişhekimleri Odası
Uşak Dişhekimleri Odası
Zonguldak Dişhekimleri Odası



Dişlerimdeki aşınmaların nedeni ne?

Yaşam boyunca dişler, ortamda mikroorganizma olmasa da yapılarındaki sert dokuların çeşitli boyutta kopmasına ve aşınmasına neden olan sayısız fiziksel ve kimyasal etkiye maruz kalırlar. Diş dokularında hayat boyu devam eden ve çürük nedeniyle oluşmayan bu kayıp, gerçekte normal fizyolojik bir prostestir. Ancak meydana gelen doku kaybının oranı; var olan dişlere zarar verecek boyuta ulaştığında yada varlığı hastada endişe uyandırdığında patolojik olarak düşünülür.

Aşındırıcı partikülleri fazla diş macunu ile yapılan sık, sert, yanlış diş fırçalama, dişlerin strese bağlı sıkılması yada gıcırdatılması, asidik yiyecek ve içecekler, yüzme havuzlarındaki klor, reflü, kronik yaygın kuma, alkolizm, peptik ülser, ilaçlara bağlı gelişen ağız kuruluğu, diyabet, tükürüğün tamponlama kapasitesi, pH' ı ve akış hızı diş yüzeylerinde özellikle dişetine komşu alanlarda farklı aşınma tiplerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Adeta bir yumak şeklinde iç içe geçmiş olan nedenleri dolayısıyla, dişlerinde bu tip madde kayıpları bulunan bireylerde madde kayıplarının gerçek nedeni ortaya koyabilmek oldukça güçtür. Oysa ki özellikle bu tip madde kayıplarının tedavilerinde

klirik başarının temelinde asıl meydana geliş nedenini doğru olarak belirlemek ve belirlenen bu neden yada nedenlere uygun şekilde de gerekiyorsa koruyucu gerekiyorsa da operatif ve restoratif işlemleri yapmak büyük önem taşır.

Son yıllarda sıklıkla duyduğum asit erozyonu ne demek?

Son yıllarda toplumda da sıklıkla konuşulan aşınmalar herhangi bir bakteri etkisi olmadan kimyasal bir etkenle oluşmuş ve biz dişhekimlerin erozyon olarak tanımladıkları aşınmalardır.

Erozyonun oluşmasını sağlayan ve/veya oluşmasına zemin hazırlayan faktörler arasında biyolojik, kimyasal ve davranışsal faktörler ile kişinin eğitimi, sosyo-ekonomik statüsü, alışkanlıkları ve genel sağlık durumu da yer alır.

Midede üretilen hidroklorik asit kusma yoluyla yada mide suyunun geri hareketi ile ağıza ulaşır. Midedeki bu asidin ağız ortamına gelmesine, gastro-özofasiyal reflü (GOR), peptik ülser,

■ Prof.Dr. Esra Yıldız

DİŞLERDEKİ AŞINMALAR

gastrit, kronik alkolizm ve anorexia ve bulimia nervroza gibi hastalıklar neden olabilirler ve erozyon için direk risk oluşturabilirler. Mide suyunun tamponlanma kapasitesi ve pH'ının, besinlerle alınan asitlere oranla önemli ölçüde daha düşük olması ön dişlerin dil ve damak taraflarında bu tip aşınmaların oluşmasında rol oynar.

Özellikle asidik gıda ve içeceklerin erozyona sebep olduğu çok uzun bir süreden beri bilinmektedir Çocuklardan yaşlılara kadar geniş bir yaş aralığını etkileyen erozyonun çocuklarda en önemli görülme nedeni, saf meyve suları ve/veya organik ve fosforik asitlerin ilavesi ile oluşturulan alkolsüz karbonatlı içeceklerin sık tüketimidir. İçeceklerin şekersiz veya light olması dişlerde meydana gelen erozyonu, sert doku kaybını önlemez. Bireyler tarafından tüketilen içeceklerin pH'ı içeceğin eroziv potansiyelini belirleyen en önemli faktördür. Yaş ilerledikçe bireylerde erozyon



görülme sıklığının artmasının en önemli nedeni bu birey-



lerin genellikle her gün dört ve daha fazla besin kaynaklı asit alması ve kullanılan ilaçlar nedeniyle oluşan ağız kuruluğudur.

Pekçok nedeni olan asit erozyonunda dişlerimde ne değişiklikler oluşur?

Bireyler sabah-akşam florürlü diş macunu ile dişlerini fırçalayıp, diş çürüğü etkeni bakteri plağı denilen oluşumu dişleri üzerinden uzaklaştırabilseler de, günlük yaşantı içerisinde herhangi bir saat içinde aldıkları asitli yiyecek ve içecekler ile dişlerin sert dokularında oluşan aşınmalara rahatlıkla neden olurlar. Asitli yiyecek ve içeceklerin dişle teması sonucu diş minesinin yüzeyinde geçici olarak yumuşama oluşur. Zamanla, bu asidik yumuşama asit etkenin varlığını sürdürmesi ve diş fırçalaması sırasındaki yanlış uygulama ve hatalı seçimlere bağlı olarak önemli bir aşınmaya ve dolayısıyla da diş minesinin kalınlığının azalmasına yol açabilir. Bu da dişin dokusu, şekli ve görünümünde değişime ve sonuç olarak da sıcak ya da soğukta diş hassasiyetinin artmasına neden olur. Asit nedeniyle diş minesinde oluşan aşınma dişlerin yüzeyi nin yuvarlanmış, parlak, cilalı ve hafifçe sararmış bir görünüm kazanmasına neden olur. Sonraki aşamalarda, dişlerde

sarı lekeler, şeffaflık, aşım hassasiyet, diş uçlarında çatlaklar ve diş yüzeylerinde küçük çukurlar görülebilir.

Asit erozyonunda tükürüğümüz önem taşır mı?

Tükürük dişlerdeki erozyon türü aşınmalarda; erozyona neden olan asidi sulandırarak, temizleyerek, nötralize etmek suretiyle tamponlayarak direk etkisini gösterir. Tükürük akışını azaltan hastalıklar, kontrolsüz yapılan baş-boyun radyoterapisi, sinir sistemi rahatsızlıkları, tükürük bezi hastalıkları, Sjögren sendromu gibi hastalıklar tükürük özelliklerini etkilemelerinden ötürü dişlerde erozyon oluşumunda indirekt risk taşıyan hastalıklar olarak bildirilmektedirler.

Aynı zamanda kullanılan antidepresanlar ve/veya diğer psikolojik ilaçları tükürük akış hızını azaltarak dişlerde erozyonlara dolaylı olarak katkı sağladıkları bildirilmektedir .

Erozyon tipi aşınmalardan korunmak için nelere dikkat edilmeli?

Asitli yiyecek ve içecekleri az miktar ve sıklıkla tüketmeli, asitli içecekler çok çabuk yutulmalı ve mümkünse pipetle içilmeli, asitli içecekler öğün aralarında tüketilmemeli, ağıza asit alınımından hemen sonra dişlerin fırçalanması yerine ağzın su ile çalkalanması tercih edilmeli, GERD'den ve/veya Blumia 'dan şüpheleniliyorsa doktora yada psikiyatriste danışılmalı, alkolizmi olan hasta rehabilitasyon programına yönlendirilmeli, tükürük akış hızını arttıran şekersiz sakızları çiğnenmeli.

■ Prof.Dr. Esra Can

DENTİN HASSASİYETİ



Resim 1: Asit erozyonu sonucunda oluşan aşınma.



Resim 2: Diş sıkma ve yatay diş fırçalanması sonucunda oluşan aşınma.



Resim 3: Dişeti çekilmesi sonucunda açığa çıkan kök yüzeyleri.

Dentin Hassasiyeti Nedir?

Dentin hassasiyeti, soğuk, şekerli-ekşi yiyecek ve içecekler ile diş fırçalama ve hava uyarılarına karşı oluşan kısa süreli, keskin ve rahatsız edici bir ağrıdır. Hastalar tarafından “soğuk hassasiyeti” veya “diş fırçalama hastalığı” olarak tarif edilir. Dentin hassasiyeti olan kişilerin yaşam kaliteleri hassasiyet semptomlarından olumsuz etkilenir, bu kişiler en favori yiyecek ve içeceklerinden keyif alamaz, özellikle soğuk içeceklerin ılımasını beklemek zorunda kalırlar.

Dentin Hassasiyetinin Nedenleri Nelerdir?

Dentin hassasiyeti, asitli gıdalar ve içeceklerin neden olduğu asit erozyonu (Resim 1), aşırı ve yanlış diş fırçalama veya yaşlanma sonucu dişlerin boyun bölgesindeki minenin aşınması ve dentinin açığa çıkması gibi nedenlerle meydana gelir. Diş sıkma ve gıcırdatma sonucunda oluşan kuvvetler ile dişin boyun bölgesindeki minenin fırçalanmanın da etkisiyle aşındığı bireylerde de sıklıkla rastlanılmaktadır (Resim 2).

Dişeti hastalığı nedeniyle dişi çevreleyen kemik dokusunda yıkılma ve diş eti çekilmesiyle kök yüzeyinin açığa çıkması da dentin hassasiyetinin sebeplerindendir (Resim 3).

Dentin Hassasiyeti Kimlerde Görülür?

Dentin hassasiyeti daha çok 20-45 yaş aralığındaki kişilerin %25-46'sı gibi büyük bir kısmında meydana gelse de, toplumda ergenlikten 70'li yaşlara kadar dağılım göstermektedir. Hassasiyet yaşlanma ile birlikte azalırken, dişeti rahatsızlığı olan bireylerde görülme sıklığı %72'lere kadar çıkmaktadır.

Dentin Hassasiyetinin Teşhisi Nasıl Yapılır?

Dentin hassasiyetinin teşhisi ve tedavisi diş hekimi tarafından yapılır. Dişlerdeki çatlak ve kırıklar ile restorasyonlardaki kırıklar, diş çürükleri, restorasyon sonrasında meydana gelen hassasiyetler, beyazlatma tedavisi sırasındaki hassasiyetler ve dişlerin iltihaplanmalarından kaynaklı ağrılar ile dentin hassasiyeti çoğunlukla birbirine karışır. Ayırıcı tanının doğru yapılması uygun tedavinin uygulanabilmesi için gereklidir.



Dentin Hassasiyetinin Tedavisi Yaşam kalitesini düşürmesi, estetik kaygılar ve kronik ağrı, hastaların tedavi arayışının en önemli nedenleridir. Dentin hassasiyetinin tedavisi uzun soluklu ve etkene yöneliktir. Etken ortadan kaldırılmadıkça, hassasiyetin ortaya çıkışı tekrarlayacaktır. Dentin hassasiyetinin tedavisi genel olarak evde, muayenehanede veya her ikisinde birden uygulanan işlemler ile gerçekleştirilir. Uygulama şekli ne olursa olsun tedavideki ilk amaç genellikle dişin boyun bölgesinde açığa çıkmış kök yüzeylerindeki dentin kanallarının diş macunu, ağız gargarası, kremler veya diş hekimi muayenehanesinde uygulanan preparatlar (fluoridli ve oksalatlı preparatlar) veya işlemler (lazer uygulamaları, adeziv uygulamaları, restorasyonlar) ile tıkanmasını sağlamak veya uygulanan materyaller (potasyum

nitrat) ile dişlerde sinir blokajı sağlayarak ağrı oluşumunu engellemektir. Aşınmanın eşlik ettiği olgularda (Resim 1,2), hassasiyet tedavisi ile birlikte restoratif tedavinin yapılması, diş sıkma ve gıcırdatma alışkanlıklarında da koruyucu splint uygulaması hassasiyet tedavisine eşlik etmelidir.

Dentin Hassasiyetine Karşı Alınacak Önlemler

- Asitli içeceklerin pipet ile tüketilmesi
- Diş fırçalanmasından hemen önce ve sonra asitli yiyecek ve içeceklerin tüketilmemesi
- Aşındırıcı diş macunu kullanılmaması
- Sert fırça ve yatay fırçalama tekniği kullanılmaması
- Diş sıkma ve gıcırdatmaya karşı koruyucu splint kullanımı
- Dişeti hastalıklarına karşı düzenli ağız bakımı ve hekim kontrolü

■ Prof.Dr. Hakan Özyuvacı

İMLANT HAKKINDA MERAK EDİLENLER



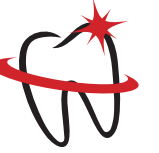
Dişlerim eksikti İmplant yaptırdım, acaba ne kadar uzun süre kullanabilirim?

Sindirim sistemimiz vücudumuzdaki en önemli sistemlerden birisidir. Birçok organın meydana gelen bu sistemin başlangıç noktası ağız boşluğumuzdur. Ağız boşluğumuz da; Dişlerimiz, dilimiz, yanaklarımız, tükürük bezlerimiz bulunur. Özellikle dişlerimiz bu sistemin en önemli unsurlarıdır. Herhangi bir sebepten dolayı dişler kaybedilebilir. Eksilen dişlerimiz çeşitli yöntemler ile tamamlanabilir. Hareketli protezler, sabit protezler gibi uygulamalar ile çiğneme fonksiyonu yeniden kazandırılabilir. Hareketli veya sabit protezlerin uygulanmasında, protezlere destek olacak dişlerin ve destek dokuların yetersiz olduğu durumlarda oral implantlar alternatif tedavi yöntemi olarak bizlere destek olmaktadır.

Oral implantoloji uygulamaların da çeşitli aşamalar yer alır ve her aşama uzun süreli ve sağlıklı bir şekilde kullanılmalara da çok önemlidir. Bu aşamaları sırası ile incelemek istersek;

İlk muayene ve planlama;

İmplant yapılması planlanan bireyler diş hekimi tarafından öncelikle klinik olarak değerlendirilirler. Eksik olan dişler ve sayıları yapılacak olan implantlar ve cerrahi işlemlerin tahminen belirlenmesinden sonra implant uygulanan birey genel sağlık durumu açısından değerlendirilir. Bireyin daha önceden geçirmiş olduğu hastalıklar (Kanser tedavisi, Allerjiler), Kronik hastalıklar (Şeker hastalığı, sürekli kortizon kullanımı gerektiren hastalıklar), kalp ve damar hastalıkları gibi hastalıklar açısından değerlendirilmesi sonucunda implant uygulamayı engelleyecek bir durum yok ise ileri tetkikler ile yapılacak tedavi net bir şekilde belirlenir. Şeker hastalarının da ortalama kan şekeri ölçümü yapılabilir, bu değer HbA1C: 6.5-6.7 aralığında ise rahatlıkla implant uygulanabilir. Kalp damar hastalığı olan bireyler genel de kan sulandırıcı ilaç kullanırlar bu durumda bu hastalığı takip eden hekim tarafından kanama durumu değerlendirilerek Dişhekiminin yapacağı tedavi şartları oluşturulmalıdır.



ORAL İMPLANTOLOJİDE BAŞARI VE BAŞARISIZLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

■ Prof.Dr. Serdar Yalçın

Oral İmplantoloji çeşitli nedenlerle kaybedilen dişlerin yerine, doku dostu materyallerin (implantları) çene kemiğine yerleştirilmesi demektir.

Son yıllarda bilimsel çalışmaların artması, teknolojik olarak daha üstün implantların ve destek biyomateriyellerin geliştirilmesi ile, 1985 li yıllarda % 85 olan başarı oranlarını % 98 lere kadar arttırmıştır. Artık günümüzde diş eksikliği oluştuğunda doğal dişlere hiçbir zarar vermeden implant tedavi planı yapılmakta ve kaybedilmiş dişlerin yerine dental implantlar yapılmaktadır. Bu sayede kaybedilmiş olan Fonksiyon, Estetik ve Fonasyon tekrar kazanılmaktadır.

Diş implantları genel olarak tek diş eksikliklerinde, tek yada çift taraflı birden fazla diş eksikliklerinde, tam dişsizlik durumlarında ve ortodontik ankraj amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır.

İmplant tedavilerinde Başarı kriterleri nelerdir? İmplantolojide başarı genel olarak 3 faktöre bağlıdır

• Hekime bağlı Faktörler

İmplant uygulayacak hekimin cerrahi kuralları iyi uygulaması, hastaya en uygun tedavi modelini seçmesidir. Ayrıca tedavi planını hasta ile paylaşarak nelerin yapılabileceğini ve yapılmamasının belirlenmesidir.

• Hastaya bağlı Faktörler,

tedavi süreci boyunca hekimin iyi diye uyum sağlayan, ve arzu ettiği tedavi planını hekimin ile detaylı bir şekilde belirlenmesinde yardımcı olması başarıyı artıracaktır.

• **Üreticiye bağlı faktörler**, implantoloji de kullanılan ve üretilen malzemelerin doku dostu olması, uzun yıllar fonksiyon gören kaliteli malzemeden yapılmış olmasıdır.

İmplant tedavilerinde başarı oranı nedir? Doğal dişler kaybedildiği gibi implantlar da kaybedilebilir. Sağlık alanındaki hiçbir teknik %100 başarılı değildir. Dünya da total sağlıkım yani implantın ağızda kalma oranı % 95-98 arasındadır. İyi bir tedavi planlaması ve uygun kemik hacmi ile implantların ortalama 10 yıl süre ile ağızda kalması başarı olarak görülmektedir. İyi planlanmış birçok implant ta bu süreler aşılmaktadır.

İmplant kaybına neden olan sebepler nelerdir? Yetersiz kemik hacmi, kemik kalitesinin yetersiz olması, sigara içme, bazı sistemik hastalıklar, ağız bakımının yetersiz olması, dişsıkma ve parafonksiyonel hareketler, periodontal yani dişeti hastalıkları implantlarda karşılaşılan başarısızlıklara neden olmaktadır.



Her hastaya implant yapılabilir mi?

Eğer genel sağlık koşulları uygun ise, bir hastaya implant yapılabilmesi için ilk koşul yeterli kemik varlığının bulunmasıdır, bu yeterli değilse kemik artırım teknikleri uygulanarak implant uygulaması yapılabilir. İmplant tedavisi multidisipliner bir alan olup belli bir süre almaktadır. Hasta seçimi ve hasta ile olan uyum başarı seviyesinde ciddi bir şekilde etkilemektedir.

Başarısız olmuş implantlar yeniden yapılabilir mi?

Evet, Genellikle implant başarısızlığı sonucunda eğer kemik yeterli ise belli bir iyileşme süreci sonunuda, yada farklı kemik artırmamethodları uygulanarak aynı bölgeye yeniden implant yapmak mümkündür. Bu nedenle implant tedavileri planlanırken olası başarısızlık ve bu durumda yapılacaklar hastalarla paylaşılmalıdır.

Peri implantitis nedir, nasıl önlenir?

Peri*implantitis yapılmış implantların ardından, kısa dönemde yada orta süre içinde implantların çevresinde oluşan, kemik kaybı ve enflamasyona denir. Ağız bakımının kötü olması, uygun olmayan implant üstü protezler ve diş sıkma ana nedenlerdir. Peri*implantitis doğal dişlerde olduğu gibi çeşitli tedavi protokolları ile tedavi edilebilir.

Yeni teknolojik gelişmeler İmplant başarısını artırır mı?

Teknolojinin ve bilimsel araştırmaların gelişmesi ile implant cerrahisi, implant üstü protezlerdeki gelişmeler başarı oranlarında artmaya ve daha güvenli implant tedavileri yapılmasına yardımcı olmaktadır.

Yeni teknolojiler ile üç boyutlu radyografik tekniklerin desteği ile en uygun ve güvenilir bir implant cerrahisi sağlayan rehberler üretilmektedir. Anatomi oluşumların yakın olduğu ve kemik hacminin az olduğu durumlarda dental tomografik teknikler le kemik hacmi 3 boyutlu ve güvenilir olarak değerlendirilebilir. Bu sistemlerde daha güvenli ve başarılı implantlar yapılmaktadır.

ma doğrultusunda cerrahi işlemin gerçekleştirilmesi en ideal işlem olacaktır. Planlama esnasında yüz oranları, alt ve üst çene ilişkileri, dudak dinamiği ve gülme hattı gibi estetik unsurlarda çok büyük önem taşımaktadır.

Dişhekim'im, Çene cerrah'im çene kemiklerime hangi marka implant yerleştirecek?

Küreselleşen dünya da birçok implant firması kurulmak da ve implant üretmektedir. Bir çene cerrahisi, hangi marka ve hangi tip implant kullanacağını size en uygun olan tedavi planlaması doğrultusunda seçecektir. Hangi implant markası kullanılacağı konusunda hekim seçim yaparken güvenilirliği kanıtlanmış, bilimsel araştırmalar ile desteklenmiş uzun dönem başarılı sonuçları olan, en önemlisi de üretim garantisi olan sistemleri tercih etmelidir. Çene kemiğine yerleştirilecek olan implant seçilirken fiat odaklı değil sağlık odaklı seçim yapılmalıdır.



lıdır aksi takdirde implantın uzun süreli fonksiyon görmesi mümkün olmayabilir.

İmplantın nasıl çakılacak?

Yaklaşık olarak 15-20 yıl öncesinde implantlar çene kemiğine bir çekiç yardımıyla çakılmaktaydı ve bu terim implant uygulamaların da klişe haline geldi. Günümüzde implantlar diş kökünü taklit eder formdadırlar ve çene kemiklerine kibarca vidalanırlar. İmplant çakılması yerine

STRESİN ÇENE EKLEMLERİMİZE YANSIMALARI

■ Prof.Dr. Özen Doğan Onur

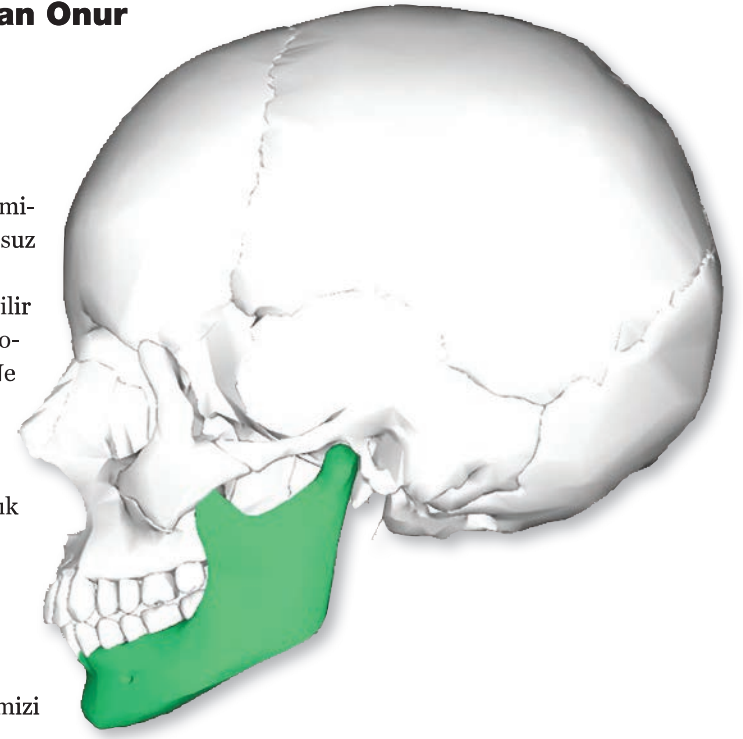
Günümüzün hızlı, rekabetçi yaşam koşullarının bedenimize yansımaları ne yazık ki olumsuz yöndedir. Stresi hayatımızdan çıkarmak, en azından yönetilebilir hale getirmek, hastalıklardan korunabilmenin ana koşuludur. Ne yazık ki, stres ne de birey bu süreci yönetebiliyor. Başarabilen bir grup mutlaka vardır fakat azınlık yüzdesinde yer almaktadır.

Ağız diş sağlığı, stres dolu süreçten fazlasıyla etkilenmektedir. Bu gün ben sizlerle çene eklemimin ve dişlerimizin nasıl etkilendiği konusunda bilgilerimizi paylaşacağım.

Stresin etkileri yavaş yavaş ortaya çıkar ve gittikçe dozu artar. Önceleri diş sıkmak, diş gıcırdatmak gibi parafonksiyonlar dediğimiz olumsuz alışkanlıklarla başlayan davranışlar, alışkanlık olarak yerleşir. Çiğneme kaslarının istirahat haline geçemediği bu süreçte, kas fonksiyonlarındaki artış, diş sıkma/diş gıcırdatma sırasında dişlere yansıyan kuvvetlerin yükselmesine ve diş dokularında zararın oluşmasına yol açar. Dişlerin çiğneyici yüzeylerinde ortaya çıkan aşınmalar ile dikey boyut dediğimiz alt-üst dişlerin toplam yüksekliği azalır. Bu mesafe kaybı çene eklemimin iç yapısında yer alan, eklem diski dediğimiz, uyumlandırıcı kıkırdak dokunun yer aldığı eklem boşluğunun daralması sonucunu doğurur. Çene eklemi elemanları ile doğrudan bağlantısı olan kasların aşırı fonksiyonları aynı zamanda eklem diskinin konumunun değişmesi yolunda etkisini sürdürür. Böylece eklemimin doğal anatomisi bozulur. Peki hastalarımız bu sorunu nasıl hissederler ve nasıl ifade ederler?

İlk zamanlar hastalar ağız açma kapama sırasında eklemlerinden ses geldiğini, bazen ağrı hissettiklerini, çenelerinin ağızlarını açmak istediklerinde takıldığını, sonra açıldığını, ağızlarını açarken çenelerinin kaydığını, daha ileri dönemlerde ise ağızlarını az açabildiklerini, daha fazla açmak istediklerinde bunun mümkün olmadığını ifade ederler. Bu süreçte zaman zaman şiddetli ağrı yaşadıkları da olur. Eklemimin kemik yüzeylerinin etkilendiği hastalarda, ağız açarken sürtünme sesi duyulabilir, çene çıkabilir ve bu alışkanlık haline gelebilir. Çene eklemiminde bu süreç yaşanırken parafonksiyonların devam etmesi ile dişlerin çevre dokularında yıkım gelişir, dişlerde sallanmalar başlayabilir, şiddetli diş ağrıları hissedilebilir. Bazen bu yıkım o kadar ilerler ki diş dolguları, protezler zamanından önce yıpranır, zarar görür, diş veya implant kaybı yaşanır. Çiğneme fonksiyonlarının da bozulması anlamına gelen bu olumsuz gelişmeler eklem sorununu derinleştirir.

Eklem sorununun ortaya çıkışında sadece diş sıkma diş gıcırdatma gibi yavaş yavaş başlayan ve gittikçe dozu artan, yerleşen olumsuz alışkanlıklar etkili değildir. Bazen eklem sorunu aniden veya bir genel sağlık sorununun parçası



olarak ortaya çıkar.

Eklemimin kaza sonucu travmaya maruz kalması ile eklemimin kemik yapılarında kırıklar gelişebilir. Dişlerin karşılıklı kapanışında ortaya çıkan bozukluk ile durum kendisini derhal belli eder. Klinik ve radyolojik muayene ile bu patolojinin tanısı konur ve gerekli tedavisi yapılır. Fakat benim vurgulamak istediğim, düşse kalka büyüyen çocuklarımızın çenelerine darbe geldiğinde nasıl davranmamız gerektiğidir.

Ülkemizde maalesef çocuklarımız araba seyahatlerinde güvenlik tedbirleri ihmal edilerek, kimi zaman arabaların ön koltuklarına, kimi zaman bir büyüğün kucağında yolculuk yapmaktadırlar. Kaza anında çocuklar kafa kubbesinden darbe aldıklarında ve kanamalı bir yara oluşmadığında saçlı derinin de bölgeyi örtmesi nedeniyle önemli bir ihmal ile karşı karşıya kalabilmektedir. Kafa kubbesinden yani kafanın en tepe bölgesinden darbe alınması halinde, kırık oluşmasa dahi, çocuğun çene eklemlerini oluşturan kemik yüzeylerde yaralanmalar olabilir, kanama gelişebilir, alt çene kemiğinde büyüme plağı bölgesi zarar görebilir. Bu zararlar çocuğun alt çenesini çarparak düşmesi halinde de gelişebilir. Özetleyecek olur isek her ne sebeple olursa olsun, çocuklar baş bölgesinden veya çenelerinden darbe aldıklarında mutlaka şu iki soru sorulmalıdır.

1-Ağızlarını açıp kapatırken ağrıları var mı?

2-Kulak deliğinin hemen önüne bası uygulandığında çocuğun ağrısı var mı?

Bu sorulardan bir tanesinin dahi yanıtı evet ise çocuk ağız diş çene cerrahları tarafından tedaviye alınmalıdır. Bazen çocuklarda çene eklemlerinde hasar olduğu anlaşılmış fakat çeşitli sebeplerle tedavisi tarih olarak ötelenmiştir. Bu kesinlikle aileler tarafından tercih edilmemesi gereken bir yaklaşımdır. Çocuklar büyüme gelişiminin aktif döneminde olduklarından, iyileşme hızlı olduğu gibi, olumsuzluk da hızlı gerçekleşir. İhmal edilmesi halinde eklem içinde oluşabilen yapışıklık nedeniyle hasta ağzını bir daha açamayabilir, büyüme plağının bozulması halinde alt çene kemiği büyüyemeyeceğinden düzeltilmesi oldukça zor gelişme geriliği, estetik ve fonksiyonel sorunlar doğabilir.

Teknolojik gelişmeler günümüzde implant uygulanacak çene kemiklerinin in ve komşu anatomik yapıların değerlendirilmesi için bize çok yardımcı olmaktadır. Özellikle Üç boyutlu ve hacimsel görüntüleme yöntemleri implant planlamasına da biz dişhekimleri ve özellikle çene cerrahlarına çok büyük destek sağlamaktadır. Eskiden sadece panoramik adı verilen filmler ile implant uygulamaları yapılmakta; Alt dudakta uyusukluk, üst çenede sinüsün delinmesi ve daha önemlisi net ölçümler ve hacimsel olarak kemiğin yapısı belirlenemediği için operasyona başlanarak tam operasyonun ortasında 'burada kemik doku yetersiz implant yapamayız' gibi bazı olumsuzluklar ile karşılaşılabilinmekteydi.

Çene kemiklerine yerleştirilen implant veya implantların en ideal yerde ve açıda olması uzun dönem kullanılmalara açısından çok önemlidir. Bu şekilde implantların doğru yerleştirilebilmesi için implantlar üzerine yapılacak olan protez dişlerin önceden planlanarak bu planla-

'implantların çene kemiğine yerleştirilmesi' klişesi daha uygun olacaktır.

İmplantın yapılırken canım yanacak mı?

Diş tedavilerin de kullanılan ve halk arasında 'morfin yaptırmak' olarak adlandırılan uygulamalar ile işlemler esnasında acı hissetmek mümkün değildir. Dişhekimleri ve çene cerrahları tarafından kullanılan ilaçlar 'anestezik ilaçlar' olarak adlandırılırlar. Bu ilaçların içerisinde morfin bulunmaz, sinirlerimizdeki elektrik akımına kısa devre yaptırıcı çok yoğun tuzlu su olarak düşünülebilirler.

Yapılacak olan uygulamalar çok uzun sürecek ve implant uygulatacak bireyler korkuyorlarsa, işlemler uyutularak, genel anestezi altında gerçekleştirilebilir. Her türlü çene cerrahisi uygulamalarında olduğu gibi implant yerleştirilmesi operasyonu sonrasında da şişlik, morluk ve ağrı olacaktır. Cerrahi uygulama sonrasında da ikincil enfeksiyonların önlenmesi

için antibiyotik, şişliklerin azaltılması ve ağrının kontrolü için ağrı kesici ilaçların kullanılması uygun olacaktır.

İmplantımı uzun yıllar sorunsuz kullanabilir miyim?

İmplantlar kuralına uygun, yapılan tedavi planlaması doğrultusunda yerleştirilirse ve üzerlerine yapılan protezler fonksiyonlarına uygun şekilde uygulanırsa uzun süre hatta ömür boyu kullanılabilir. Yerleştirilen implantların üzerine yapılan protezler zaman içerisinde aşınabilir ve kırılabilirler böyle bir durumda protezler değiştirilmek zorunda kalabilir ama kemik içindeki implantlar sağlam olduğunda üzerlerine yeni protezler yapılabilir. İşte bu bağlamda örneğin beş yıl sonra hatta on yıl sonra bile yerleştirilmiş implantların protez parçaları bulunabilir olmalıdır. İmplant tedavisini yapacak olan hekim hem protez hem de cerrahi konusunda deneyimli olmalı ve mümkünse tedavi tek bir hekim veya klinik tarafından tamamlanmalıdır.

DİŞHEKİMİ ve TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ'Nİ TANIYALIM

Dişhekimi Kimdir?

Dişhekimi; insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, dişetlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhisi ve tedavisi ile rehabilite edilmesine ilişkin her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkili kişi olarak tanımlanmıştır.

Dişhekimi Genel Sağlığın ayrılmaz parçası olan Ağız Diş Sağlığı alanında faaliyet gösterir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de serbest çalışan, bağımsız çalışma temelinde örgütlenmiş bir mesleğin temsilcisidir.

1900'lü yıllardan itibaren bağımsız dişhekimliği fakültelerinde verilmekte olan dişhekimliği eğitimi ülkemizde de pek çok ülkede olduğu gibi 5 senelik bir eğitim sürecini kapsamaktadır. Ülkemizde şuan da 43'ü eğitim veren toplam 70 dişhekimliği fakültesi bulunmaktadır.

Dişhekimliği ve tıp öğrencilerini birbirinden ayıran en önemli fark; dişhekimliği öğrencilerinin eğitimlerinin 3. yılından itibaren hasta muayene ve tedavisine başlamaları buna karşın tıp öğrencilerinin ancak mezuniyetleri sonrasında uzmanlık eğitimleri sırasında hasta muayenesi ve tedavisine başlayabilmeleridir. İşte bu önemli fark diş hekimlerinin pratisyen olarak adlandırılmasını ortadan kaldırmakta ve dişhekimlerinin diplomalarını aldıktan sonra muayenahanelerinde her türlü hastaya hizmet verebilecek bilgi ve beceriye sahip olarak meslek hayatına atılmalarına imkan vermektedir.

Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) Kimdir?

Türk Dişhekimleri Birliği (TDB); anayasanın 135 inci maddesinde tanımlanan “kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları” kapsamında 7 Haziran 1985 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 3224 sayılı “Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu” ile kurulmuş, anayasal bir meslek kuruluşudur.

Türk Dişhekimleri Birliği'nin Vizyonu ve Hedefleri Nelerdir?

Türk Dişhekimleri Birliği; toplumun ağız-diş sağlığının korunması, geliştirilmesi, bireylerin kolay ulaşabileceği ağız-diş sağlığı hizmetleri için, genel tıpla birlikte multidisipliner işbirliği sayesinde bilimsel ve koruyucu temelli ulusal sağlık politikalarının oluşturulmasına ve geliştirilmesine katkıda bulunabilmeyi hedeflemektedir.

Türk Dişhekimleri Birliği, (TDB) dişhekimlerinin maddi, manevi haklarını korumak ve meslek ahlakının korunmasını sağlamak adına çalışmalarını yürütür.

TDB tarafından dişhekimliği mesleğinin standartlarını yükseltmek, meslek etik ve disiplinini sağlamak amacıyla çıkarılan tüzük, yönetmelik ve genelgeler yayınlanarak dişhekimliği dünyasının bilgisine sunulmaktadır.



Türk Dişhekimleri Birliği Organizasyon Şeması Nasıldır?

Ağız diş sağlığı hizmeti sunan 20 bini aşkın dişhekiminin ortak sesi ve dişhekimliği mesleğinin Türkiye’deki sözcüsü olan Türk Dişhekimleri Birliği, Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerinde kurulmuş olan, üyeleri ile doğrudan ilişki içinde bulunan 34 dişhekimleri odasında; meslektaşlarımız mevcut komisyon ve oda organlarında gönüllük esasına dayalı olarak görev alarak mesleğimizin ilerlemesi için çaba harcamaktadırlar. Mesleğini serbest olarak icra eden dişhekimleri için Odalarımıza üye olmak, yasal bir zorunluluktur. Güçlü örgüt bilincindeki meslektaşlarımızın katkıları ile her geçen gün daha iyi ve güzel gerçekleştiren Odalarımız ve Birliğimiz tam bir uyum içinde, meslektaşlarının hizmetinde amatör bir ruhla görevlerini yerine getirmektedirler.

Belirli zamanlarda bir araya gelen Başkanlar Konseyi toplantılarıyla, Odalar ve Türk Dişhekimleri Birliği arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi ve böylece sorunlara sağlıklı çözümler üretilmesi sağlanmaktadır.



ten TDB Öğrenci Kolu yer almaktadır.

TDB Öğrenci Kolunun 2007 yılından beri gerçekleştirdiği kongreler, aynı zamanda dişhekimliği fakültelerinde verilen eğitimin tartışılmasına, eksikleri veya artıları hususunda fikir alışverişinde bulunulmasına, öğrencilerin bir araya gelerek birbirlerini yakından tanımmasına, düşünce geliştirme ve de kendi sorunlarına sahip çıkma bilincini geliştirmelerine, öğrencilerin anayasal meslek örgütleri olan TDB ve odalarını tanımalarına, meslek kuruluşlarının demokrasilerdeki önemini kavramalarına, gelecekte meslek örgütlerine katılarak destek olmalarının ne kadar önemli olduğunu anlamalarına imkan vermeleri açısından büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde Bireylerin Sahip Olduğu Sosyal Güvence Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinden Hangilerini Ne Kadar Kapsıyor?

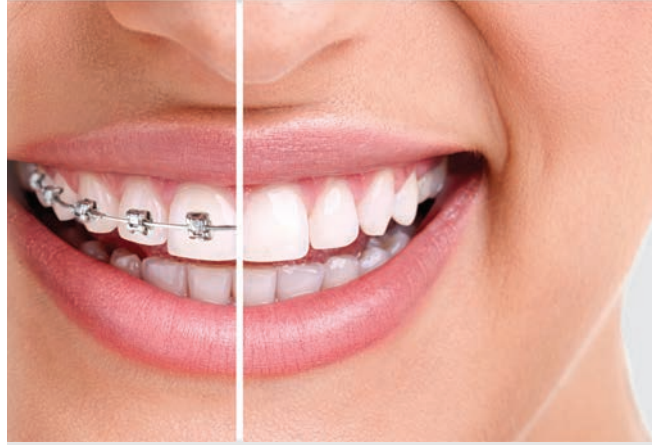
Ülkemizde; AB Üyesi Ülkeler ve diğer gelişmiş ülkelerden farklı olarak; özelde hizmet sunumunda kamusal destek yoktur. Özelden Ağız Diş Sağlığı Hizmeti alımında cepten ödeme gerekmektedir. Bunun istisnası sadece aşağıdaki 3 maddedir:

Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre;

- %40 ve üzerinde özürülü kişiler hariç olmak üzere kapsamdaki kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan ağız ve diş sağlığına ilişkin tedavileri (ortodonti hariç) Sosyal Güvenlik Kurumunca ödenmemektedir.

- %40 ve üzerinde özürülü kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için, özürüllük durumu belgelendirilmelidir. Bu hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerince üç diş hekimi tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurulabilirler. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 10 iş günü (raporun alındığı gün dahil) içinde tedaviye başlanması gerekmektedir.

- Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerince üç diş hekimi tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurulabilirler.



■ Prof.Dr. Tülin Arın

ORTODONTİK TEDAVİ

Günümüzde düzgün bir gülümsemeye, sağlıklı ve düzgün dizilmiş dişlere sahip olmak her yaşta ki bireyin ilgisini çeker. Hatta hemen herkes böyle bir beklenti içindedir ve en uygun yöntemle kendisine bir çözüm önerilmesini arzu eder. Zaten ortodontinin temel amacı da hem fonksiyonel, hem de estetik yetersizliklerin düzeltilmesi ve kişiye sahip olabileceği ve yüz harmonisine uyumlu en doğal ve güzel gülümsemenin kazandırılmasıdır.

Ortodontiste başvuran hasta, klinik muayene ve radyografik değerlendirmeleri takiben uygulanacak ortodontik yaklaşım ile ilgili olarak bilgilendirilir. Tedavi protokolü oluşturulurken de hastanın yaşı, büyüme gelişim döneminde olması ya da erişkin olma durumu dikkate alınır. Ortodontik tedavi mekanikleri de hastanın büyüme-gelişim döneminde ya da erişkin olmasına bağlı olarak farklı prensipler içerir.

Gelişme çağında olan bireyin kemik yapısında bir düzensizlik söz konusu ise yani iskeletsel bir problem mevcut ise; mevcut iskeletsel problemin özellikleri dikkate alınarak hastanın fonksiyonel tedavi süreci planlanır. Burada hedef ergenlik çağını geçirmeden doğru büyüme-gelişim

yaşıma-gelişim paterninin oluşturulması ve çevre dokuların uyum sağlamasını sağlamaktır. Aksi halde geç kalındığında yani erken dönemde tedavi edilmediğinde ise 18-22 yaşından sonra (bireyin büyüme gelişimi tamamlandıktan sonra) uygulanacak cerrahi operasyonların da ortodontik tedaviye eklenmesi gerekir. Kimi zamanda iskeletsel ortodontik bozukluğun taşıdığı spesifik özellikler nedeniyle zaten tedavi için büyüme ve gelişim döneminin tamamlanması gerekli olur. Bu gibi durumlar söz konusu olduğunda interdisipliner bir tedavi protokolü geçerli olur. Ortodontik hazırlığı takiben maksillofasyal cerrahi uygulamalarının da tedavi protokolünü eklenmesi gereklidir.

Oysa mevcut durumda iskeletsel bir bozukluk mevcut değil ve sadece dental problem saptanmış ise bireyi kaç yaşında olursa olsun, standart ortodontik tedavi yaklaşımları ile her yaşta tedavi etmek mümkündür. Bireyin yaşına ve beken-tilerine göre uygun aygıt seçilerek tedavi gerçekleştirilir. Yaş büyüdükçe artan estetik kaygılar

dikkate alınarak daha az belli olan estetik braketler, şeffaf plaklar tercih edilir. Erişkinlere oranla çocuk hastalar için tedavi süreci, genellikle aynı yaş grubundaki arkadaşları ile eş döneme rastladığı için daha sıradan ve adeta büyüme sürecinin bir parçası gibi algılanabilir.

Erişkinler ortodontik tedavi sürecinden çocuk hastalarımıza oranla biraz daha endişelidir. Bunda hem gecikmiş olmanın sıkıntısı, hem de çevrelerinde ortodontik tedavi gören erişkin hasta sayısının çocuklara oranla az olması etkilidir. Ancak giderek artan erişkin hasta sayısı ülkemizde ortodontistlerin hasta yelpazesinde %40 larda bir oranı yakalamıştır.

Ortodontik tedavi sürecinde erişkin hasta ile çalışmanın avantajları da bu noktada ortaya konmalıdır. Erişkin hasta tedavi sürecini bilinçli olarak takip eder, tedavi



boyunca iyi bir kooperasyon sağlar, ağız bakımına ve randevulara uymaya özen gösterir.

Erişkin ortodontik tedavi protokolü kullanılan ortodontik materyaller açısından da ciddi farklılık taşır. Erişkin bireyler iş dünyasının içindeki konumları veya sosyal çevresinin meraklı bakışlarını düşünerek olabildiğince az belli olan ortodontik aygıtlar kullanmak isterler.

Bu durumu dikkate alarak birkaç farklı yöntem sunulabilir erişkin hastaya. İlki estetik seramik braket uygulmasıdır ki, ancak çok dikkatli bakınca ve hastaya 1-1,5 m yaklaşıldığında görünür. Kırılğan olması ve söküme aşamasının daha fazla süre ve özene gereksinim göstermesi dezavantaj olarak algılanabilirse de, ren-

ginin dişe uyumlu olması ve renk değiştirmemesi ve tedavi sürecini uzatmaması, her türlü dişşel ve iskeletsel maloklüzyonda kullanılabılır olması avantajdır.

İkincisi dişlerin arka yüzlerine uygulanan braket ve tellerdir ki lingual ortodonti olarak adlandırılır. Dilin kullanacağı alana doğru yerleştirilmiş olması bu bölgedeki yumuşak dokuların hassasiyetine ve yarananmasına yol açabilirse de, görünmeme avantajı nedeniyle hastaların tolere edebilir ihtimalini artırır. Vakanın bu yöntemle uygun olup olmadığı tedavinin başında ortodontist tarafından belirlenir.

Üçüncüsü ise hastadan alınan detaylı ölçülere göre hazırlanan şeffaf plaklardır. Bu süreç genellikle iki hafta da bir değiştirilen bir dizi plaktan oluşur. Tedavi planının doğru yapılması ve elde edilecek değişikliklerin bilgisayarda planlanması ardından plaklar hazırlanır. Kontroller sırasında hekimin yapacağı hazırlıklar ve hastanın günde 22 saat civarında uygulaması ile plakların sonuç vermesi söz konusudur. Hasta kooperasyonun yüksek olması ve vakanın uygun olması başarıyı etkileyen faktörlerdir.