



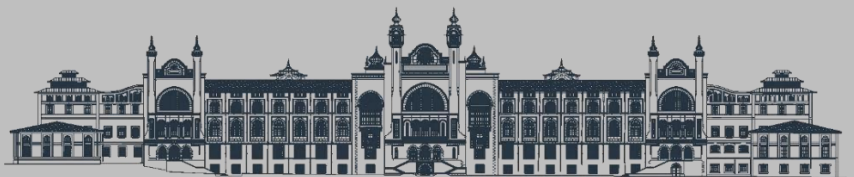
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HAMİDİYE
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

KORUYUCU DİŞ
HEKİMLİĞİ

3. SINIF
DERS NOTLARI

2021
1. Versiyon



KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ

SİGARANIN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA ETKİSİ

Doç. Dr. Barış KARABULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

SİGARANIN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

- Tüm dünyada 1.1 milyar kişinin, Türkiye’de ise yetişkin nüfusun yarısına yakınının sigara içtiği ve yine ülkemizde her yıl 100 bin kişinin sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirdiği bildirilmektedir.
- Kullananların yarısının ölümüne neden olan sigara vücutta akciğer, yemek borusu gibi pek çok kanser türlerine, kalp krizi, bronşit v.b. gibi hastalıklara neden olmakla birlikte, ilk olarak temasa geçtiği ağız ortamı ve periodonyum üzerine de zararlı etkilerinin olduğu bilinmektedir ve bu etkiler azımsanmayacak ölçüdedir.
- Sigara ve tütün kullanımı ağız için oldukça zararlıdır. Bu zararları şöyle sıralayabiliriz:
 - Dişlerin üzerinde katran artıkları veya koyu-kahverengi lekeler birikir.
 - Damakta kırmızı renkli iltihabi oluşumlar gözlenir.
 - Dişeti hastalığına yatkınlık
 - Kötü ağız kokusu
 - Siyah kıllı dil görüntüsü
 - Ağızda doku bozuklukları (oral mukozal lezyonlar)
 - Dişeti çekilmesi
 - Ağız kanseri
- Sigara, halitozis denilen kötü ağız kokusuna neden olur.
- Sigara ağızın kimyasını etkiler, aşırı plak oluşumuna sebep olur.
- Sigara içen bireyler her zaman kötü ağız kokusuyla yaşamak zorunda olduklarını unutmamalıdır.
- Aynı zamanda sigaranın diş ve dişetlerinde yaptığı ciddi derecede renklenme estetik açıdan hiç de iç açıcı değildir.
- Diş hekiminin yaptığı polisaj işlemi ile temizlenen dişler, sigara içilmeye devam edildiği müddetçe bu lekeler maruz kalmaya devam edecektir.
- Sigara kullanan bireyler hiçbir zaman ışıltılı, temiz dişlerle gülümseyemezler.
- Sigara içenlerde dişeti problemleri, tat duyusunda azalma ve bağışıklığın azalmasıyla da ağızda iltihabi oluşumlar görülür.
- Sigaranın yol açtığı zararlardan biri olan ağız kanserlerinin %75’inde sigara ve alkol alışkanlığı olduğu saptanmıştır.
- Sigara içmek dudak, damak, yanak ve diş etlerinde ağız kanserlerine de zemin hazırlamaktadır.
- Kişi sigarayı bırakırsa ağız kanseri riski hemen ve önemli ölçüde azalır.



SİGARANIN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA ETKİSİ

- Sigara bırakıldıktan 10 yıl sonra ağız kanseri olma riski, hiç sigara içmeyen bireye denk olur.

AĞIZ KANSERLERİ;

- Ağızda ağrısız şişlik oluşumu,
- İlerlemiş durumlarda dokuların yıkıma uğramasıyla geçmeyen ağrılar,
- Ağız içinde beyaz- kırmızı odaklar,
- Yutkunma güçlüğü, konuşma zorluğu,
- Ağız içinde kanama odakları, çeneyi açmada güçlük ile ortaya çıkar.
- Ağız ve yüz bölgesinde alışılmadık dışında gelişmeler fark eden kişiler muhakkak diş hekimine muayene olmalıdırlar.
- Sigara içmenin, ağız kanserleri oluşmasında risk faktörü olduğu unutulmamalıdır.
- Düzenli olarak diş kontrollerini yaptırmanız erken tanıda önemlidir.
- Sigaranın ağız ve dişlerde oluşturacağı hasarları en aza indirmek için diş hekimine 6 ayda bir kontrol yaptırılmalıdır.
- Sigara içen kişilerde ağızda oluşan zararlı etkiler, sigaranın oluşturduğu yüksek ısı ve oluşturduğu 1000' den fazla zararlı maddeye karşı olmaktadır.
- Şeker ve çikolata gibi tatlı besinlerin çocuklarda dişlere verdiği zararın benzerini, sigaranın yetişkinlerde yol açtığını belirten bilim adamları, sigaranın diş etlerine yeterince kan gitmesini engelleyerek diş sağlığını bozduğu sonucuna varmışlardır.
- Diş sağlığını en çok gözardı edenlerin 20-30 yaşları arasındaki genç erkekler olduğunu ortaya konmuştur.
- Yetişkinlere ağız sağlıklarını koruyabilmek için kesinlikle sigarayı bırakmaları önerilmektedir.
- Sigara; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, oral hijyen gibi hazırlayıcı sebepler arasında periodontal hastalığın en büyük etkeni olarak kabul edilmiştir.
- Sigaranın periodontitis, dişeti çekilmesi ve akut nekrotizan ülseratif gingivitis (ANUG) oluşumuna neden olduğu şeklindeki görüş son on yılda ortaya çıkmıştır.
- Neden sonuç ilişkisi ispat edilememiş olmasına rağmen tütün içimi ve ANUG arasındaki ilişki açıkça gösterilmiştir. Sigara içenlerde gingivitis ve periodontitisin daha şiddetli olduğu pek çok araştırmacı tarafından rapor edilmiştir.
- Sigara içenlerin ağız hijyenlerine daha az dikkat ettikleri, plak birikimlerinin daha fazla olduğu ve bu nedenden dolayı periodontal hastalığa yatkın oldukları kanısı yaygındır.
- Diştaşı oluşumuyla ilgili çalışmalarda sigaranın basit bir refleks etkisiyle tükürük akış hızını ve dolayısıyla diş taşı oluşumunu arttırdığı tespit edilmiştir.

Tütün dumanı, oksidatif redüksiyon potansiyelini değiştirerek, bazı mikroorganizma türleri üzerinde etki gösterir ve anaerobik bakterilerin çoğalmasına olanak sağlayarak çeşitli enfeksiyonların oluşmasını kolaylaştırabilir.



Sigara kullanımının mikrobiyal diş plağının neden olduğu dişetindeki iltihabi değışiklikleri baskılayarak dişeti kanamasını azalttığı, ayrıca alveol kemiğı kaybı, cep derinliğı ve diş kaybı sıklığının sigara kullananlarda daha fazla olduğu düşünölmektedir. Bu risk sigaranın tüketim dozuna da bağılıdır.

-
- Fazla sigara tüketimi risk oranını da o nispette arttırmaktadır.
 - Periodontal hastalığın; sigara içenlerde, içmeyenlere göre meydana gelme olasılığının daha yüksek olduğu bilinmektedir.
 -
 - **LÖKOPLAKİ NEDEN İLERİ GELİR?**
 - Dişetlerinde oluşacak harabiyetleri 6 ayda bir diş taşı ve dişeti tedavisi yapılarak azaltmak mümkündür; dişeti-kemik hasarları için rutin kontrollerle tedavilerini yaptırmak gerekir.
 - Sigarayı daha uzun süre içenler, daha az içenlere göre daha fazla cep ve periodontal kemik kaybına sahiptirler.
 - Bu da sigaranın tüketim miktarı ile periodontal hastalık arasında doğrusal bir ilişki olduğunu gösterir.
 - Nikotin, bütün tütün ürünleri içinde en yaygın bilinenidir.
 - Yumuşak doku üzerine zararlı olduğu da bilinmektedir.
 - Tütün çiğneyenlerde; tükürük, nikotin seviyesi 70-1560 µg/ml arasında değışmektedir.
 - Aktif ve düzenli sigara içenlerde tükürükteki nikotinin seviyesinin 100 mg/ml'den fazla olduğu gözlenir.
 - Nikotinin sempatik sinir sistemini uyardığı düşünölmektedir.
 - Bu uyarının etkilerinden biri de tükürüğü azaltmasıdır.
 - Tükürük azlığının neden olduğu ağız kuruluğı, diş ve dişetleri üzerinde bakteri plaklarının teşekkülünü kolaylaştırır.
 - Nikotinin damarları daraltıcı etkisine bağılı olarak dişetinde kan akımı azalır.
 - Dişetine yeterli oksijen ve kan hücrelerinin ulaşmasına engel olur.
 - Bu durumda dişetinin kendini koruyucu ve tamir edici özelliğini zayıflatır.
 - Lokal oksijen basıncının azalması anaerobik bakterilerin çoğalmasını ve büyümelerini sağlar.
 - Ayrıca yanak ve dişetleri üzerine bakterilerin bağlanması da arttırabilir.
 - Sigara, dişeti hastalığının seyrini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin başında gelir.
 - Bakterilerin diş yüzeyine tutunmasını kolaylaştırır.
 - Dişetinin savunma düzenini bozar.
 - Böylece dişetlerini bakterilere karşı daha savunmasız bir hale sokar.

- Hastalığın erken belirtilerinin ortaya çıkmasını engeller.
- Tedaviye yanıtı zayıftır.
- Dahası sigara yüzünden iyileşme çok sınırlı bir süre korunabilir.
- Sigaranın, ağız dokularındaki ve dişler üzerindeki zararları kullanım süresi ve günde tüketilen miktarla ilgilidir.
- Dişler üzerinde renklenmeler dışında dişlerde enfeksiyon ve dişleri çevreleyen kemikte de erimelere neden olmaktadır.
- Kemik erimesi sonrası diş etleri çekilmekte (kemik seviyesi azalmakta) ve zamanla da dişler kaybedilmektedir.
- Sigaranın ağızda neden olduğu problemlerden biri de lökoplaki denilen ve ağızda yumuşak dokuda görülebilen beyaz lezyon oluşumunu arttırmaktadır.

LÖKOPLAKİ NEDİR?

Ağız mukozası üzerinde meydana gelen beyaz lezyonlardır. Epitel kalınlaşmıştır.

- Hastalığın belirtileri ağız boşluğunda görülmekte ve yanak içlerinde, damakta, diş etlerinde, dilde, yutak duvarında, beyaz ya da mavimtrak beyaz kalınlaşmalar olarak belirmektedir. Bu kalınlıklara bazen çıkıntılı, bazen de sertleşmiş veya kabuklaşmış olarak da rastlanmaktadır. Zamanla keratinleşmiş lezyonların üzerinde çatlaklar oluşur.
- **Lökoplaki neden ileri gelir?** Sigara içenlerde, pipo kullananlarda rastlandığından sigara içmekten ağızda meydana gelen tahrişin, hastalığın gelişmesinde önemli bir faktör olduğu kabul edilmektedir.
- Devamlı iritasyon, kırık dişler, kötü protezler birer etkidir.
- **Lökoplakiye yakalanma eğilimleri kimlerde daha fazladır?** Hastalık kadınlardan çok erkeklerde görülmektedir özellikle yirmi ile altmış yaşları arasında olanlarda. Ancak, son yıllarda kadınlar arasında da sigara içenlerin sayısı artınca, hastalık da o oranda kadınlar arasında da artma eğilimini göstermektedir.
- **Lökoplakinin belirtileri nelerdir?** Hastalık tesadüfen hastanın kendisi tarafından fark edilmekte, diş muayenesinde ortaya çıkabilmektedir.
- “Lökoplazik plak” ta hafif yanma, sızlama, kırmızılık olur.
- Hastalar uzun süre durumu fark edemezler.
- **Lökoplakinin tedavisi nedir?**
- Sigara içmeyi bırakmak.
- İyi yerleşmemiş takma dişler veya kırık dişler gibi bütün tahriş yapabilecek nedenleri ortadan kaldırmak.



- Lökoplaki olan kısmı, ya elektrikli iğne ya da cerrahî müdahale yolu ile hasta olan bölgeyi temizlemekle tedavi edilir.
- Aşırı baharatlı veya aşırı sıcak yemekler dilin kızarmasına ya da tahriş olmasına yol açabilir.
- Merakla başlayıp sonradan kişiyi kendisine esir alan sigaranın, genel sağlığa ve ağız diş sağlığına verdiği zararların yanında kişiye verdiği ekonomik zarar da yadsınamaz.
- Sigaraya başlamak kişisel bir tercihse, bırakmak da kişinin iradesini kullanarak gerektiğinde profesyonel hekim desteği alarak yapabileceği bir tercihtir.
- Sigarayı bıraktığımızda sağlıklı bir vücut ve ferah bir nefes, sağlıklı ve beyaz dişler, sağlıklı dişetleri bizi bekleyecektir ve her yönden daha kaliteli bir yaşama tekrar merhaba deme şansımız olacaktır.

KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ

Doç. Dr. Barış KARABULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

- **KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ**
- Günümüzde, toplumumuzda ağız ve diş hastalıkları hala önemli bir sağlık sorunudur.
- Ağız hastalıkları, insan sağlığına olumsuz etkilerinin yanı sıra pahalı tedavi edilen hastalıklar arasında yer almaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunda ağız sağlığının korunmasına yönelik yatırımlar azdır ve kaynaklar genellikle acil işlemlere ve ağrıyı azaltmaya yönelik olarak kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Ottawa sözleşmesinde sağlık hizmetlerinin, birincil olarak korumaya yönelik olmasının gerekli olduğu bildirilmiştir. Diş çürüğü dünyadaki en yaygın hastalıklardan olmasına karşın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Toplumun ağız-diş sağlığının durumunu ölçmek ve gelecekte ne gibi olacağını görmemiz için ağız-diş sağlığı ile ilgili yapılacak olan araştırmalar bizim için çok önemlidir. Toplum ağız-diş sağlığının korunmasında bireylerin erken yaşta eğitim alması gerekmektedir. Bu konuda sağlık çalışanları olarak bizlerin daha çok bilgiye sahip olmamız ve daha doğru uygulamalarda bulunmamız gerekir. Toplum ağızdiş sağlığının korunmasında bireylerin erken yaşta eğitim alması gerekmektedir. Bu konuda sağlık çalışanları olarak bizlerin daha çok bilgiye sahip olmamız ve daha doğru uygulamalarda bulunmamız gerekir. Temel Koruma Primer Koruma
- Toplumunu sosyal, ekonomik, kültürel, bilgi, bilinç ve diş hekimine ulaşım yönünden kalkındırarak hastalıklarda rol oynayan etmenlerin etkisini azaltmak, ortadan kaldırmak ve hastanın hekime en kolay ulaşımını sağlamaktır.
- Oral hijyen eğitimi ve motivasyon Diyet analizi ve öğütler Ebeveynlere ve gebelere ağız-diş sağlığı eğitimi (kitle iletişim araçları, klinikte bireysel) Koruyucu Önlemler Alınması Florlu diş macunu ile dişlerin fırçalanması Hekim tarafından periyodik flor jeli uygulanması Hekim tarafından fissür örtücülerin uygulanması Öğretmen gözetiminde florlu gargaraların kullanımı Kreş, anaokulu ve ilköğretim okullarında koruyucu dişhekimliği servislerinin kurulması Sekonder Koruma da belirtilerin hafif olduğu dönemlerde erken teşhis edilerek tedavi edilmeleridir ve ilerlemelerinin durdurulmasıdır. Erken Tanı Yılda iki kere dişhekimisi kontrolü Radyolojik inceleme Uygun Tedavilerin Yapılması
- Diş dolgu ve tedavileri Diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi
- Tersiyer Koruma Hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkışından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi, sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar. Tersiyer koruma örnekleri: kanal tedavisi, periodontal cerrahi, diş çekimi, sabit protezler, yer tutuculardır. Diş eksikliklerinin protetik tedavilerle tamamlanması Toplumla yönelik uygulamalarda flor kullanımı Flor; doğal içme ve kaynak suyu flor konsantrasyonunun düşük olduğu (<0.5 ppm) coğrafi bölgelerde veya içme sularının florlanmasının ekonomik veya teknik yetersizlikler sebebiyle yapılamadığı ülkelerde, dişlerin çürükten korunması amacıyla bir halk sağlığı yöntemi olarak, sistemik ve topikal yollarla uygulanmakta ve böylece bireylerdeki çürük prevalansı belirgin şekilde azaltılmaktadır. Florun dişler üzerindeki etkisi; 1.

Mine tabakasının oluşumu sırasında minenin mineralize olmasını sağlar. 2. Diş yüzeyinde biriken gıda artıkları ve bakterilerden oluşan



KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ

mikrobiyal dental plak üzerinde zararlı asit oluşumunu engelleyici etki gösterir.3.Tükürük içerisinde mikroorganizmaların gelişim ve metabolizmalarının inhibisyonunu gerçekleştirir. 4. Asidik şartlar altında diş yüzeyine kalsiyum, fosfor ve flor gibi mineral iyonların çökmesi sayesinde remineralizasyona öncülük eder.Diş hekimliğinde kullanılan sistemik flor uygulamaları, içme sularına flor eklenmesi (1 ppm), florlu damla, tablet ve pastil, sofraya tuzlarına flor eklenmesi, süte flor eklenmesi, multivitamin-flor kombinasyonları şeklinde gruplandırılabilir.

- Okul taramaları Özellikle sosyo-kültürel ve ekonomik şartlar nedeniyle yüksek çürük risk grubundaki birçok çocuk için ağız diş sağlığı eğitimi alabileceği ve diş hekimi ile tanışabileceği en uygun yer okul olabilmektedir. Ayrıca bu yaş grubunda ağız ve diş sağlığı açısından korunma tedbirleri en etkili düzeyde gerçekleştirilebilmektedir. Bu amaca yönelik olarak yapılacak sağlık eğitimi çalışmaların ve girişimlerin öğrencilerin ilerleyen yaşamlarında ağız ve diş sağlıklarını doğrudan etkileyebileceği bildirilmiştir Okul tarama çalışmalarında temel olarak; florlu diş macunu ile doğru fırçalama alışkanlığı kazandırılması, profesyonel olarak hekim tarafından veya self fırça ile florlu jel, flor vernik, antibakteriyel ajan uygulaması, travmatik restoratif tedavi (ART) ve fissür örtücülerin yapılması gibi işlemler öne çıkmaktadır.Diş macunundaki düşük miktardaki florun sık sık ve kontrollü bir şekilde alınmasıyla flor iyonlarının mine, tükürük ve plak içinde sürekli var olmasını sağlar. Böylelikle, kolay bir florla korunma mekanizması sağlanmış olur.Okluzal pit ve fissürler, çürük gelişimine en fazla yatkın olan bölgeler olup, çürükten etkilenen diş yüzeylerinin % 85'inden fazlasını oluşturmaktadır.
- Bu bölgelerden kaynaklanan çürüğün önlenmesinde en etkin yöntem pit ve fissür örtücülerin uygulanmasıdır.6-7 yaşındaki çocukların birinci molar dişlerinin okluzal yüzeyleri ve 11-13 yaşındaki bireylerin ikinci molar dişlerinin okluzal yüzeylerinin kapatılması önerilmektedir.
- Erken dönemde alınabilecek tedbirler Erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ); yetmiş bir aylık ve daha küçük çocukta birden fazla kaviteli veya kavitesiz çürük lezyonu, çürüğe bağlı diş kaybı veya herhangi bir süt dişinde dolgulu diş yüzeyinin varlığı olarak tanımlanmaktadır. EÇÇ için modifiye edici faktörler; annenin çürük risk seviyesi (çürük, yüksek karyojenik bakteri, düşük ağız bakım düzeyi), sık şeker tüketimi, düşük tükürük akış hızı ve yetersiz tamponlama, ailenin sosyoekonomik seviyesi, prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğan çocuk, ağız diş sağlığı servislerine ulaşım, içme suyu flor seviyesi şeklinde sıralanabilir. EÇÇ, ağrı, enfeksiyon, zor çiğneme, beslenme bozukluğu, gelişim geriliği, özgüven eksikliği gibi durumlara yol açabilir. Süt dişleri için ilk muayene zamanı 6 ve 12 aylık dönemde olmalıdır.Çürük yapıcı bakteri düzeyi yüksek olan annelerin, çocuklarına bakteri geçişinin, düşük seviyede bulunanlara göre daha fazla olduğu bilinmektedir.Bu nedenle annenin ağız sağlığı noktasında bilinç düzeyinin artırılması ve karbonhidrat alımının düzenlenmesi neticesinde erken dönem S. mutans geçişinin azaltılması önemlidir.

STRES VE AĞIZ SAĞLIĞI

Doç. Dr. Barış KARABULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

Stres nedir?

- Bedensel ve psikolojik tepkiler zinciridir.Vücudumuzun yaşam taleplerine tepki verme şeklidir.Hiç var olmadığına ya da aşırı düzeye ulaştığında işlevselliği bozar.Stresi; beceri ve yetenekleri desteklemek için yaratıcı bir güç olarak kullanmak stresin olumsuz etkilerini azaltacak ve yapılan işe odaklanmayı, gündelik rutini sağlıklı şekilde sürdürmeyi sağlayacaktır.Çağımızın en önemli hastalıklarından biri olan stres, baş ağrısı, kalp hastalığı, obezite, mide bulantısı, cilt hastalıkları, mide sorunları, vücut ağrıları gibi birçok hastalığı da beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırmalara göre, stresin kişilerin, etkin bir şekilde diş fırçalamalarına ve diş ipi kullanmalarına engel teşkil ettiğini bildirmiştir.

Stres

- Ağızda aft oluşumu, Bruksizm (diş sıkma), Ağız kuruluğu, Diş eti hastalığı, Ağız kokusu, Prekanseroz lezyonlar gibi birçok ağız ve diş hastalığına sebep olmaktadır.Aft, klinik olarak yuvarlak veya ovoid şekilli, nekrotik odaklı, zemini gri veya sarı renkli, kenarları oldukça iyi sınırlı, kenarlarında kızarıklığı bulunan, tek veya çok sayıda ağrılı ülserlerdir.Ağızdaki aft oluşumunu, virüsler, bakteriler ve bağışıklık sistemindeki bazı eksikliklerin tetiklediğini ve ağızda küçük yaralar şeklinde ortaya çıktığı görülmüştür.Aft ağız içerisinde sıklıkla yanak ve dudak mukozasında, dil üzerinde, yumuşak damakta, farenkste, dişeti üzerinde görülen solgun sarı-kırmızı hale ile çevrili oldukça ağrılı ülserleşmiş lezyonlardır.Toplumun %18-20'ye kadarında aft sorunu ile karşı karşıyadır. Bayanlarda daha sıklıkla rastlanır. Gülmeyi, konuşmayı, çiğnemeyi güçleştirir. Tedaviye rağmen 1-2 hafta sürer.Bazen biri iyileşirken biri yeniden çıkar.Aft genellikle tek olarak seyretse de aynı anda birkaç bölgede birden görülebilmektedir.Bulaşıcı değildir. Günümüzde migren, yüksek tansiyon ve gastrit gibi birçok hastalığın nedenleri arasında kabul edilen stres aft oluşmasının en önemli nedenlerinden birisidir. Aftlar herhangi bir tedavi uygulanmasa da genellikle 7-10 gün sonra kendiliğinden iyileşmektedir. Ağrıyı azaltmak ve iyileşme sürecini kısaltmak için sıcak, asidik ve tahriş edici gıdalardan kaçınılmalıdır. Yemeklerden önce aft bölgesine ağız için hazırlanmış anestezi kremi uygulanabilir. Aftın başlangıç safhasında bölgeye bir topikal steroid uygulanması ya da steroidli bir gargara ile gargara yapmak aftın fazla büyümesini engeller ve ağrıyı azaltır. Klorheksidin gargara iyileşme periyodunu kısaltır. Antibiyotikler fayda sağlamaz.
- Bruksizm
- Bruksizm, diş gıcırdatma veya diş sıkma ile kendini gösteren güçlü çene hareketlerinin neden olduğu anormal bir aktivite olarak tanımlanan ve oldukça fazla görülen bir bozukluktur. Toplumda bruksizm tanımı genel olarak 'diş gıcırdatma' olarak yapılmaktadır. Günümüze kadar bu parafonksiyonu tanımlamak amacıyla; diş yüzeylerinin nonfonksiyonel olarak gıcırdatılması,

STRES ve AĞIZ SAĞLIĞI

bruksomani vb. gibi birçok terim kullanılmıştır.En çok kullanılan sınıflamanın ise, meydana geldiği zamana göre, gündüz gerçekleşen diurnal ve gece gerçekleşen nokturnal bruksizm olarak ikiye ayrıldığı bildirilmiştir. Dünya çapında bruksizmin çok sık görülen bir parafonksiyon olduğu düşünülmektedir. Toplumlarda bu parafonksiyon ile ilgili kesin ve net bir görülme insidansı rapor etmek oldukça zordur. Bruksizm teşhisinde, dünya genelinde kabul edilen ortak bir görüş olmamakla birlikte farklı tanı kriterleri ve yöntemleri mevcuttur.Bruksizm prevalansı yaklaşık %8 civarındadır.Daha önce yapılan çalışmalarda bu prevalansın çocuklarda %14-20, 18-29 yaş arasındaki gençlerde %13, yetişkinlerde %9 ve 60 yaş üstündeki bireylerde %3 civarında olduğu bildirilmiştir.Bruksizmin patogenezinin multifaktöriyel olduğu düşüncesi kabul görmektedir.Bruksizmin tanımı ve teşhis yöntemleri ile ilgili bir fikir birliğinin olmaması da bruksizm etiyojisinin açıklanmasını güçleştirmektedir.Bu alışkanlık çiğneme kaslarında spazma neden olur ve spazmda ağrıya neden olur.Bu alışkanlık devam ederse eklem yapılarında hasara neden olur.Araştırmacılar,bruksizmin patogenezinde dental,sistemik ve psikolojik etmenlerin rol aldığını belirtmişlerdir fakat bu etmenlerin hangisinin veya hangilerinin daha etkili olduğu tartışma konusudur.Son zamanlarda ise daha sıklıkla kabul gören görüş;bruksizmin daha çok anksiyete ve strese bağlı olarak geliştiğidir.Bruksizmin sebeplerine yönelik yapılan araştırmaların sayısı zamanla artsa da,bu parafonksiyon anlaşılması zor ve tartışmaya açık bir konudur.Çiğneme sırasında eklem bölgesinde ses oluşmasına,aşırı diş sıkmaya ve diş yüzeylerinde aşınmaya, diş kırıklarına neden olmaktadır.Stresli bireylerde ağız hijyeni eksikliği ve buna bağlı olarak dişeti hastalığına yatkınlık ortaya çıkar.Dişlerde sıkma ve gıcırdatma, daha çok sigara tüketimi de görülür. Bunlar da dişeti ve çevre dokulara zarar verebilir. Stres ayrıca vücutta adrenal korteksten kortizol hormonu üretimini artırır, kortizol de bizi hastalıklardan koruyan bağışıklık sistemini baskılar. Dişeti hastalığı oluşumuna zemin hazırlar. Stres ve depresyon varlığı, hastalık oluşumu ve gelişimine yatkınlık dışında uygulanan dişeti tedavisi sonucunu da negatif yönde etkilemektedir. İlaç kullanımının uyarılmamış tükürük akış hızının azalmasında önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik faktörlerin subjektif ağız kuruluşuna neden olan faktörler arasında önemli bir rol oynadığı görülmüştür.

KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ

KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ VE SİSTEMİK HASTALIKLAR

Doç. Dr. Barış KARABULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

KORUYUCU DIŞ HEKİMLİĞİ VE SİSTEMİK HASTALIKLAR

Diş hekimliği kliniğinde çeşitli sistemik hastalıklar veya sadece diş hekimi koltuğunun hastalarda neden olduğu stres nedeniyle her an bir acil durumla karşılaşılabilir. Bu gibi acil durumların ortaya çıkmaması için herhangi bir tedaviye başlanmadan önce bütün önlemler alınmalıdır. Klinikte bu gibi durumlarda kullanılması gerekebilecek malzemeler hekimin kolayca ulaşabileceği yerlerde olmalıdır. Hekimler, dişle ilgili yapacakları işlemlerin yanı sıra bu gibi acil durumlar ortaya çıktığında durumu hemen fark edip, paniğe kapılmadan yapılması gereken müdahaleleri yapabilmek için yeterli bilgi donanımına sahip olmalıdır. Hastadan alınan anamneze göre yapılan preoperatif değerlendirme ve tüm önlemlere rağmen yine de sistemik acil durumların ortaya çıkma riski mevcuttur. Ortaya çıkabilecek sistemik acil durumlar ve yapılması gereken müdahaleler şöyledir:

1. Vazovagal Senkop (Baygınlık): Senkop kısa süreli serebral hipoperfüzyona bağlı olarak hızlı bir şekilde ortaya çıkan, kısa süren ve spontan olarak düzelen geçici bilinç kaybıdır. Senkop, European Society of Cardiology (ESC) tarafından, 2009 yılında yayınlanan senkop tanı ve tedavi kılavuzunda; refleks senkop, ortostatik hipotansiyona bağlı senkop ve kardiyak/kardiyovasküler senkop olarak sınıflandırılmıştır. Diş hekiminin klinikte en çok karşılaştığı vazovagal senkop bu sınıflama içinden refleks senkopun bir çeşididir. Psikojenik sebepleri arasında korku, anksiyete, kan görme sayılabilir. Psikojenik olmayan sebepler ise uzun süreli ayakta kalma ve dehidratasyondur. Genellikle yüz ve boyunda sıcaklık hissi, terleme ve solgunluk, taşikardi gibi belirtilerin ortaya çıktığı pre-senkopal bir episod gözlenir. Devamında gözbebekleri dilate olur, soluk alıp verme hızlanır, kalp atış hızı ve kan basıncı düşer ve tablo bilinç kaybıyla sonuçlanır. Baygınlık esnasında vücutta generalize bir kas gevşemesi söz konusudur; bu durum hava yolunun kapanmasına neden olabilir. Nöbet geçirir gibi ekstremitelerde ve yüz kaslarında seğirmeler gözlenebilir. Pre-senkopal belirtiler fark edildiği anda derhal işleme ara verilip hasta Trandelenburg pozisyonuna getirilerek oksijen verilmesi gerekmektedir. Müdahale hastanın bilincini kaybetmesini önleyebilir veya senkopun kısa sürmesini sağlayabilir. Eğer bilinç kaybı gerçekleşirse, vakit kaybetmeden yardım çağırılmalı ve temel yaşam desteği (ABCDE) sağlanmalıdır (A (airway) – hava yolunun tesisi, B (breathing) – soluk alıp vermenin kontrolü ve tesisi, C (circulation) – dolaşımın kontrolü ve tesisi, D (disability) – nörolojik muayene, E (exposure) – kıyafetlerin gevşetilmesi)

Trandelenburg pozisyonu baş kalpten aşağıda kalır. İntravasküler basınç artar. Bu pozisyonda hayati organlara giden kan miktarı artar. Hasta Trandelenburg pozisyonuna getirilmeli ve çene yukarı öne doğru kaldırılarak hava yolunun açılması sağlanmalıdır. Eğer hastanın nabızı var ve soluk alıp veriyorsa burnunun altına uyarıcı olarak alkollü spanç tutulabilir. 5 dakikadan fazla süren bir bilinç kaybının vazovagal senkop olma ihtimali oldukça düşüktür dolayısıyla öyle bir durumda eğer hala acil yardım çağırılmadıysa derhal çağırılmalıdır. Eğer hastanın bilinci yerine gelmekte gecikiyor, bradikardisi düzelmeyorsa intravenöz (IV) atropin uygulanabilir

2. Postural/Ortostatik Hipotansiyon: Yatar pozisyondan oturur pozisyona geçiş veya ayağa kalkma çok hızlı yapıldığında periferde göllenmiş durumda olan kanın serebral iskemiye önlemek için yeniden hareketlenmesi yeteri kadar hızlı olmadığında ortaya çıkan bir durumdur. Bazı durumlarda hasta kısa süreli bilinç kaybı da yaşayabilir ancak genellikle baş dönmesi ve halsizlikle seyreder. Diüretikler gibi kan basıncını azaltan; nondiüretik antihipertansifler, narkotik ilaçlar β-blokörler gibi

kardiyovasküler kompenzasyonu baskılayan ilaçları kullanan hastalarda ortostatik hipotansiyon oluşmaması için daha dikkatli davranılmalıdır. Hatta kademeli olarak kaldırılıp her kademedede hastanın tansiyonu ölçülebilir.

3. Diyabetik Acil Durumlar: Diyabetik hastalarda meydana gelebilecek en tehlikeli tablo akut doğasından dolayı hipoglisemidir. Hipergliseminin etkileri daha çok kronik uzun dönem etkiler şeklinde iken hipoglisemide her şey daha hızlıdır. Kan şekerinin yetişkinde 50 mg/dl, çocukta 40 mg/dl'nin altında olması hipoglisemi olarak kabul edilmektedir. Açlık hissi, sersemlik, halsizlik, baş dönmesi ve baş ağrısı gibi belirtiler ilk başta, hafif şiddetteki hipoglisemi tablosunda ortaya çıkan, hastayı uyarıcı belirtilerdir. Hastadaki uyku hali ve konsantrasyon bozukluğu da hekimi uyarıcı belirtiler olmalıdır. Tablo ağırlaştıkça hastada; çarpıntı, terleme, titreme, anksiyete, solgunluk, davranış değişiklikleri, konfüzyon (zihin bulanıklığı) görülmeye başlar. Çok şiddetli hipoglisemi tablosunda da hipotansiyon, bilinç kaybı ve hatta nöbet geçirme riski mevcuttur. Kan şekeri değeri 30 mg/dl'nin altında koma, 20 mg/dl'nin altında ölümlerle sonuçlanabilir. Diyabetik hastada yukarıda bahsedilen belirtiler ortaya çıkmaya başladığı anda kan glikoz değeri ölçülmeli ancak bu ölçümün yapılması hastaya glikoz verilmesini geciktirmemeli. Eğer hasta kendindeyse şekerli içecekler veya yiyecekler yedirilebilir. Eğer hasta herhangi bir nedenle oral yolla glikoz alımı yapamıyorsa, %50'lik intravenöz dekstroz verilmelidir. Baygın olan hastada eğer solunum ve dolaşımla ilgili şüphe varsa mutlaka temel yaşam desteği (ABCDE) uygulanmaya başlanmalıdır.

4. Hiperventilasyon: Genellikle anksiyetik hastalarda çok hızlı nefes alıp vermeye bağlı olarak akciğerlerdeki karbondioksit (CO₂) eliminasyonu artar ve serebral damarlar vazokonstriksiyona uğrar. Nörolojik belirtiler: el ve ayak parmaklarında ve dudaklarda karıncalanma, baş dönmesi, senkop
Respiratuvar belirtiler: solunum derinliği ve sayısında artış, nefes darlığı hissi, göğüs ağrısı, ağız kuruluğu
Kardiyak belirtiler: çarpıntı, taşikardi Kas-iskelet sistemi belirtileri: miyalji, kas spazmı, titreme, tetani
Psikolojik belirtiler: aşırı anksiyete ilk önce yapılan işleme derhal son verilmelidir. Hasta, koltukta oturur pozisyona getirilmelidir. Sözlü olarak hasta sakinleştirilmeye çalışılmalı, yavaş yavaş nefes alması telkin edilmelidir. Hasta, eğer varsa bir kese kâğıdını, yoksa kendi ellerini ağzının önüne kapatıp CO₂'den zengin havasolumalıdır. IV veya intramuskuler (IM) olarak diazepam veya midazolam gibi sedatiflerin verilmesi gerekebilir.

5. Astım Krizi: Viral ve bakteriyel respiratuvar enfeksiyonlar; soğuk hava, çeşitli alerjenler ve sigara gibi iritanlarla karşılaşma; egzersiz; emosyonel stres; aspirin, non-steroid antiinflatuar ilaçlar ve βblokörler gibi bazı ilaçlar neden olabilir. Tipik bir astım atağı göğüs sıkışması, çoğunlukla non-produktif öksürük, inspiryum ve ekspiryumda ısklık sesi ile ortaya çıkar. Hava yolu tıkanıklığı arttıkça dispne ortaya çıkar ve hastalar kollarını iki yana açarak aksesuar solunum kaslarını kullanma ihtiyacı hissederler.

Taşikardi gelişir, hastanın kan basıncı yükselir ve terlemeye başlar. Hasta konuşmakta zorlanır, kısa cümleler kurar. Tablo iyice ilerlediğinde hipoksiye bağlı siyanoz, konfüzyon ve artmış anksiyete gözlenir.



Hastanın astım krizine girdiği fark edildiğinde iŐlem derhal sonlandırılmalı ve yukarıda bahsedilen belirtilere g6re tablonun hangi aŐamada olduğu değerlendirilmelidir.

Hasta oturur pozisyona getirilmeli ve hava yolu aŐıklıĐından emin olunmalıdır. Oksijen desteği sağlanmalı ve bronkodilatasyonu sağlayabilmek iÇin doz ayarlı inhalerlerle βblok6r uygulanmalı.

6. Anafilaktik Çok: Cerrahi uygulamalarında anafilaksiye sebep olabilen ve sık kullanılan ajanlar arasında aspirin ve non-steroid antiinflamatuvar ilaÇlar, penisilin, sefalosporin, tetrasiklin, vankomisin gibi ŐeŐitli antibiyotikler, ester tipi lokal anesteziyeler ve lateks sayılabilir. deri ve mukoza hastalığı (kaŐıntı, generalize 6rtiker, kızarıklık, ŐiŐmiŐ dudaklar, dil veya uvula) g6r6lmesi – Solunumun etkilenmesi (dispne, soluk alıp vermede ısıklık sesi, hırıltılı solunum, hipoksi) Hipotansiyon veya hipotoni, senkop ve inkontinans gibi uŐ organ disfonksiyonlar. Anafilaktik bir reaksiyonun gerŐekleŐtiĐi anlaŐılınca ilk olarak vakit kaybetmeden yetişkinde IM veya SC olarak 1:1000'lik 0,2-0,5 ml, 6ocukta kolda deltoid kasa veya kalŐaya IM olarak 0,01 mg/kg epinefrin yapılması gerekmektedir. Hastanın vital bulguları ve oksijen saturasyonu s6rekli g6zetim altında tutulmalıdır. Damar yolu aŐılıp yetişkin hastaya 2 l, 6ocuk hastaya 20 ml/kg salin verilmelidir.

Bu uygulamalardan sonra hastanın durumunda d6zelme saptanırsa antihistaminik (difenhidramin 1-2 mg/kg IV ya da IM, max 50 mg) ve yeniden reaksiyon geliŐmesini 6nlemek iÇin kortikosteroid (hidrokortizon 5 mg/kg, max 250 mg) verilebilir.

7. Kardiyak Arrest: Kardiyak arrest diş hekiminin klinikte karŐılaŐabileceĐi t6m acil durumlar arasında tartiŐmasın en ciddi durumdur. Kardiyak arrest gelişen hastalarda erken m6dahale 6ok 6nemlidir. Yapılan bir 6alıŐmada m6dahale yapılmayan her dakikanın hastanın kalp ritminin normale d6nmesi ihtimalini %710 azalttığı g6sterilmiŐtir. Nabız yoksa kardiyak arrest tanısı kesinlemiŐ olup birbirini takip eden 30 g6Đ6s kompresi ve 2 soluk olacak Şekilde kardiyopulmoner resusitasyona başlanmalıdır.

8. Psikiyatrik Acil Durumlar: Hasta tuhaf, saldırgan, ajite davraniŐlar sergilemeye baŐlayabilir. bilinen bir psikiyatrik hastalığı mevcuttur. Hasta acile y6nlendirilmelidir.

9. FelŐ/Serebrovask6ler Olay: Genellikle serebral hemoraji veya serebral iskemi sonucu ortaya 6ıkar. Bu hastalarda konf6zyon ve arkasından lokalize beyin hasarına işaret eden semptomlar g6r6l6r. His kaybı, motor fonksiyon kaybı, afazi, g6rme kaybı, bilinÇ kaybı gibi beynin etkilenen b6lgesine g6re farklı etkiler g6zlenebilir. Bu hasta en kısa zamanda acile y6nlendirilmelidir. Kalp yetmezliğinin diş hekimliği aÇısından değerlendirilmesi Kalp yetmezliği, kalbin, v6cudun metabolik ihtiyaŐına yetecek kanı pompalama g6c6n6n olmamasıdır. Konjestif kalp yetmezliği, v6cudun normalden fazla olan oksijen ihtiyaŐını karŐılayamayan miyokarda oluşan hipertrofi ile karakterize bir durumdur. SonuŐta pulmoner 6dem ve karaciğer disfonksiyonu meydana gelebilir. Yetmezlik kontrol altına alınıncaya kadar genel anestezi risklidir. Kalp yetmezliğinin diş hekimliği aÇısından değerlendirilmesi Kontrol altında olan hastaların yetmezlik sebepleri de dikkate alınarak lokal anestezi altında m6dahale yapılabilir. Hastanın korkusunu azaltacak telkinlerde bulunulmalı, 6ok sabırlı davranmalı, rahat bir ortamda 6alıŐılmalı, hasta psikolojik olarak rahatlatılmalı ve ikna edilmelidir. 66nk6 korku ve heyecan oksijen ihtiyaŐını arttıracak

ve bu da kalp yükünü arttıracaktır. Kalp yetmezliğinin diş hekimliği açısından değerlendirilmesi Sırt üstü yatar pozisyonda çalışılmamalıdır. Bu durum dispneyi arttırabilir. Tüm diş tedavileri hasta dik oturtularak yapılmalıdır. Genel anestazi sonrasında venöz tromboz ve pulmoner embolizm tehlikesi olabilir. Kalp yetmezliğinde kullanılan ilaçlar komplikasyonlara yolaçabilir. Hipertansiyon Hipertansif hastalarda, sabahları oksipitalde olan şiddetli baş ağrısı gözlenir. Burun kanamaları da sıktır. Muayeneleri dikkatli yapılmalıdır. Günde 3 defa tansiyon ölçülmelidir. Tansiyona, 20-30 dakika istirahat etmiş kişide, bakılmalıdır. Hipertansiyon Kontrol altında olan ve tansiyonları regüle olan hastalarda adrenalinsiz lokal anestezi maddeleri kullanılarak diş çekimi ve diğer tedaviler yapılabilir. Eğer hasta antikoagülan ilaç kullanmıyorsa, pıhtılaşma süresi normaldir. Anestezi maddeleri antihipertansif ilaçların etkilerini artırabilir. Antihipertansif ilaçların en önemli yan etkisi postural hipotansiyondur. Yatar pozisyonundaki hastanın aniden kaldırılması tansiyonun ani düşmesine ve bilinç kaybına yolaçabilir. Diş tedavisi korkusu kan basıncını artırabilir. Hastaya tedavi öncesi güven telkin etmelidir. Ağrılı müdahalelerden kaçınılmalıdır. Çok gerekli olduğu diazem gibi sedatifler verilebilir. Anjina pectoris ve myokard infarktüsü geçirmiş hastalarda kardiyoloji konsültasyonu istemeliyiz. Antikoagülan ilaç kullanıyorsa kanama riski vardır. İlacın kesilmesine ilgili hekim karar vermelidir. Hipertiroidizm olan hastalarda, adrenalinli lokal anestezi maddelerinin kullanılması aritmi meydana getirebilir. Kronik romatizmal kalp hastalığı olanlarda, konjenital kalp hastalığı olanlar, Septal defekt, kalp kapağı protezi taşıyanlarda, endokardit riski vardır. Hastaya profilaktik antibiyotik tedavisi verilmelidir. Diş çekimi, periodantal dokuları içeren cerrahi müdahaleler, subgingival müdahaleler, apse drenajı, reimplantasyon, endodontik tedavi gibi durumlarda profilaktik antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır. Profilaksi uygulaması; oral yoldan Operasyondan 1-2 saat önce 2 gr. Amoksisilin, İlk dozu takiben operasyondan 6 saat sonra verilen dozun yarısı. Penisiline alerjisi olanlar Operasyondan 1 saat önce 1.5 gr. Eritromisin ya da 300 mg. klindamisin İlk dozu takiben operasyonda 6 saat sonra 0.5 gr. Eritromisin ya da 150 mg. Klindamisin

Kan hastalıkları ve pıhtılaşma bozuklukları olan hastalarda Yeterli tedbir alınmadan cerrahi müdahale yapmamalıyız. Çekim sonrası kanamalar ciddi problem teşkil eder. Diş çekiminden önce radyografi alınarak dişin kök anatomisi tespit edilmelidir. Postoperatif olarak mutlaka antibiyotik verilmelidir. Viral hepatit ve HIV'li hastaların dental tedavilerinde alınacak tedbirler. Tüm müdahaleler mümkünse ayrı bir bölümde veya ayrı bir yerde, son hasta olarak yapılmalıdır. Enfeksiyon yönünden riskli olanlar (hamileler, immünoşüpresif olanlar) viral hepatitli hastalardan hemen sonra tedaviye alınmamalıdır. Bütün personel eldiven, kepe, maske, önlük giymelidir. Örtüler, malzemeler, hatta aletler disposbl olmalıdır. Kullanılan enjektörlerin kaza ile batmaması için dikkatli olunmalıdır. Otoklava konulamayan malzemeler, %2 'lik gluteraldehitte en az 3 saat tutulmalıdır. Yardımcı personelin korunması da çok önemlidir. Aşı yaptırılmalıdır. Alet ve temizliği yapılırken eldiven, maske, koruyucu gözlük takılmalıdır. Eğer kontamine

alet batması olursa koruyucu immünoglobulin verilmesi için en yakın merkeze müracaat edilmelidir. Nörolojik rahatsızlıklar: Epileptik nöbet tiplerinden , Grand mal epilepsi (tonik klonik nöbetler): Nöbetten önce , nöbetin habercisi bazı huzursuzluklar, baş ağrısı, depresyon gibi bulgular olabilir. Hastada önce tonik sonra klonik kasılmalar görülür. Tonik kasılma 10-20 sn. sürer, sonra klonik kasılma başlar. bu esnada dil ısırılabilir. İdrar ve gaita inkontinansı (kaçırma) olur. Konvülsiyonlar (birkaç saniyeden 1-2 dakikaya kadar sürebilen, şuur kaybı, nefes alamama, kasılma ve çarpınmalarla seyreden durum) birkaç dakika sürer. EEG (Elektroensefalografi (EEG) beyindeki elektriksel aktiviteleri ve fonksiyonları değerlendirmek için kullanılan bir testtir) teşhiste yardımcı olur. Dental müdahale sırasında nöbet başlarsa, hasta uzatılır. Kafasını bir yere çarpmaması sağlanır.



KORUYUCU DİŞ HEKİMLİğİ VE SİSTEMİK HASTALIKLAR

Kusmaya karşı yüz yana ve aŐaęıya çevrilir. Bu Şekilde aspire etmesi önlenir. Nöbet uzun sürerse, i.m. 10 mg diazepam verilir. Oksijen verilir.

KORUYUCU DİŞ HEKİMLİğİ

KANSERLİ HASTALAR VE AğIZ DİŞ SAğLIğI

Doç. Dr. Barış KARABULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakóltesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

Kanserin teşhis ve tedavisinde son yıllarda elde edilen ilerlemeler hem kanser vakası sayısının artıŐına hem de bu hastaların yaşam sürelerinin uzamasına yol aęmıŐtır. Dolayısıyla diş hekimine ağiz ve diş sorunları nedeniyle başvuran kanserli hastaların sayısında da bir artış söz konusudur.

Kemoterapi, radyoterapi ve kemik iliği transplantasyonu gibi kanser tedavi yöntemlerine bağlı lokal ve sistemik komplikasyonların azalmasında diş hekiminin kritik rolü olduğu unutulmamalıdır. Diş hekiminin kanser tedavisine başlanmadan hazırlayıp uygulayacağı bir diş tedavi planı biręok komplikasyonları önleyecektir. Diş tedavi planı 3 aŐamada yürütülmelidir:

1. Kanser tedavisi öncesi ağiz-diş sağlığı durum değerlendirmesi ve hastanın tedaviye hazırlanması
2. Kanser tedavisi süresince hastanın ağiz diş sağlığının kontrolü
3. Kanser tedavisi sonrası ağiz-diş sağlığının uzun süreli takibi

1. Kanser tedavisi öncesi ağiz-diş sağlığı

Kanser tedavisi süresince oral bölgeye bağlı rahatsızlıkların minimuma indirgenmesi mümkün olacaktır.

Tedavi öncesi dişsiz çene bölgesi radyografik olarak incelenerek gömülü diş, enfekte kökler ve asemptomatik kemik lezyonları dikkatlice araŐtırılmalıdır.

Detartraj ve profilaksi, mukozit ve enfeksiyon gibi oral komplikasyonların riskini azaltmak için mutlaka radyoterapi ve kemoterapi öncesi uygulanmalıdır.

Hareketli protezler tedavi süresince çıkarılmalıdır.

Kemoterapi başlanacak çocuk hastaların mobil süt dişleri çekilmeli varsa ortodontik bantlar çıkarılmalıdır.

Onkologlarla yapılan değerlendirme sonucu radyoterapi sırasında ve sonrasında parasempatomimetik ilaçlarla, yapay tükürük preparatları ve şekerli sakız kullanımı tükürük salgısını uyaran diğer faktörlerdir.

Restore edilemeyen, prognozu kötü, akut enfeksiyonlu yada ileri seviye periodontal hastalıklı dişler, sepsis ve osteoradyonekroz riskini artıracığından çekilmelidir. Çekim sonrası keskin kenarlı alveol kretleri yuvarlatılmalı ve sutur atılmalıdır.

Çekim sonrası yeterli iyileşme süresinden sonra (ortalama 3 hafta) radyoterapi veya kemoterapiye başlanmalıdır.



Devital semptomlu dişler radyoterapi veya kemoterapiye başlanmadan en az 1 hafta önce endodontik tedavi görmelidir.

Kendi doğal dişleri olan ve baş-boyun bölgesine radyasyon tedavisi uygulanacak hastalar, kserostomi, artmış oral enfeksiyon riski, diş çürükleri ve osteoradyonekroz gibi olası komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmelidir.

2.Kanser tedavisi süresince hastanın ağız diş sağlığı

Radyoterapi ve kemoterapi görmekte olan kanserli hastaların önemli bir bölümünde ciddi oral komplikasyonlar meydana gelmektedir. Radyoterapi ve kemoterapi öncesi gerekli tedaviler bitirilmelidir ancak gerekli durumlarda kemoterapi gören hastalarda dental tedaviler kemoterapi periyotları arasında uygun bir zamanda yapılabilir.

Kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan oral komplikasyonların başında mukozit, enfeksiyon, tükürük bezi fonksiyon bozuklukları, tat alma duyusunda bozukluklar, osteoradyonekroz (ORN) ve ağrı gelmektedir.

Bu komplikasyonlar da dehidratasyon, tat duyusunda bozukluk ve beslenme bozukluğu gibi sekonder komplikasyonlara yol açar. Ayrıca kemik iliği supresyonunun olduğu kanserli hastalarda ağız boşluğu sistemik enfeksiyonların kaynağı olabilir.

Tedavi amaçlı olarak baş-boyun bölgesine uygulanan radyasyon irreversible olarak ağız mukozası, damar ve kan yapısı ile kemik dokusuna da zarar vermektedir.

Bu da kserestomia, hızlı ilerleyen diş çürükleri, trismus, yumuşak doku nekrozu ve osteoradyonekrozla sonuçlanabilir. Ciddi oral komplikasyonlar kanser tedavi programının değişmesini (doz azaltılması) gerektirebilir hatta hastanın tedaviye devam etmemesi gibi bir durum oluşturabilir.

3.Kanser tedavisi sonrası ağız-diş sağlığı

Kanser tedavisi bittikten sonra diş hekimi onkologla konsültasyon yaparak hastanın son durumu hakkında bilgi almalı ve onu uzun süreli ağız- diş sağlığı koruma programına dahil etmelidir.

Genellikle tercih edilen kontrol randevusu aralıkları; ilk 2 yıl için üç ayda bir, sonraki yıllar için ise 6 ayda birdir. Kanser tedavisinin uzun dönem komplikasyonları; kronik kserostomi, tat kaybı, kemik yapısında değişiklikler gibi problemlerdir.



Koruma programındaki hastaların ağız-diş sağlığı bakımları ve günlük flor uygulamalarına devam edip etmedikleri kontrol edilecek ve ağız mukozasında oluşmuş enfeksiyon ve iltihapların osteoradyonekroza yol açmadan erken tedavileri yapılmaya çalışılacaktır.

Baş-boyun bölgesine radyasyon uygulanmış ya da yüksek doz kemoterapi görmüş hastalarda ağız hijyeninin titizlikle korunması ve ağız mukozasında travmaya neden olmaktan kaçınılması çok önemlidir.

Bu hastalarda onkoloğa danışılmadan çekim ve benzer cerrahi müdahaleler kesinlikle yapılmamalıdır.

Kemik iliği, kök hücre transplantasyonu yapılmış hastaların transplantasyonu sonrası en azından ilk 1 yıl dental tedavilerine özel dikkat gösterilmelidir. Bu hastalar yeterli immünolojik kapasiteye ulaşınca kadar rutin tedavilere başlanmamalıdır.

Oral Komplikasyonlar

Oral komplikasyonların görülme sıklığı ve şiddeti, kanser tedavisinin şekline, dozuna ve bireye özgü farklılıklar göstermektedir.

Kemoterapiye bağlı gelişen en önemli oral komplikasyonlar daha çok tedavi sırasında ve hemen sonrasında gelişen mukozit ve çeşitli patojenlere bağlı oral enfeksiyonlar iken; radyoterapi epitel, tükürük bezi, kemik ve kasları direkt olarak etkileyerek hem akut hem de kronik komplikasyonlara yol açabilir.

Kserostomi:

Bu durum özellikle radyoterapi gören hastalarda yaygın olarak görülür.

Tükürük bezlerinden özellikle parotis normal ve uyarılmış tükürük akış hızının azalmasına yol açan hem vasküler doku hem de asinar hücrelerin etkilendiği radyasyon hasarına yatkındır ve özellikle parotis ışınlandığı zaman kserostomi gözlenir.

Radyasyonun unilateral verilmesi %50–60, bilateral verilmesi %80 oranında tükürük akış hızında azalma ile ilişkilidir. Bu nedenle kserostomiye azaltmak için unilateral ve olabildiğince sınırlandırılmış radyoterapi daha endikedir.

Kserostomi sonucunda ağızda aşırı kuruluk, dudak hareketlerinde azalma, tüm mukozada atrofi ve ülserasyon oluşur. Bunlara bağlı olarak çiğneme, konuşma, yutkunma fonksiyonlarında güçlük ve ağız kokusu vardır.



Genel olarak mukozitis ilave doku hasarından kaçınmak ve kalan epitelyal hücrelerin rejenerasyonunu temin etmek için konservatif şekilde tedavi edilmelidir (iyi plak kontrolü, yumuşak diyet tavsiyesi, sigara, alkol gibi iritanların engellenmesi esastır).

Mukozitis tedavisi için kullanılan ajanlardan klorhexidin kemoterapi ilişkili mukozitiste potansiyel etkiye sahipken radyasyon mukozitisinin kontrolünde etkili bulunmamıştır. Sucralfate, oktasulfat sükrözün alüminyum tuzudur.

Ağızdan alındığı zaman yalnız %3- 5'i sistemik olarak absorbe edilir. ülser yüzeyine bağlanarak bariyer bir yüzey oluşturur ve her iki terapi şekline bağlı oluşan mukozitiste de etkilidir.

Mukozitis:

Mukozal reaksiyonlar radyoterapinin ikinci haftasının sonuna doğru gözlenirken; kemoterapi de daha hızlı bir şekilde terapinin başlangıcından 5–7 gün sonra karşımıza çıkar.

Radyoterapi ve kemoterapi mukozal hücre yenileme döngüsünü zarara uğratarak mukozitise neden olur. Klinik olarak bukkal mukozada başlangıçta renk değişikliği, takip eden dönemlerde de eritem ve fibrin eksuda birikimi ile ülserasyon oluşur.

Mukozitis ağrısı da beraberinde getirir. Bu durum yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Ayrıca ülseratif mukozitis mikrobiyal bir giriş ortamı oluşturacağı için hem lokal hem de sistemik seviyede (enfeksiyon, septisemi) komplikasyonlar beraberinde getirir.

Lignocaine, benzydamine, dyclonine ve diphenydramine gibi anestetik ajanlar mukozitis ağrısında kullanılır. Radyoterapi gören hastalarda benzidamin kullanılırsa mukozitisin şiddetini de azaltır. Topikal tedavi yeterli olmaz ya da ağrı çok şiddetli ise narkotik analjezikler kullanılabilir.

Herpes simpleks virüs ve kandida gibi belli oral enfeksiyonlar radyoterapiye nazaran kemoterapi alan hastalarda daha yaygındır. Bu nedenle profilaktik antimikrobiyaller ve antifungaller kemoterapi süresince tavsiye edilir. Şayet hasta protez kullanıyorsa antifungaller 2 haftalık dönem boyunca reçete edilebilir.

Kserostominin mevcut olduğu durumlarda hastaya salivasyonda ilave bozulmalar yapabilen alkol ve tütün gibi semptomimetik veya antikolinergik ajandan kaçınması tavsiye edilmelidir.

Nonasidik içecekler, şekerli sakız, süt veya soğuk suyun sık yudumlanması kserostomiye yardımcı olabilir.

Olgunlaşmış muz iyi bir kayganlaştırıcıdır ancak yüksek şeker içeriğinden dolayı sadece dişsiz hastalarda önerilebilir.



Şekerli sakız tükürük üretimini stimule ettiği kadar tükürük bileşenlerini de stimule eder. İntraoral veya oftalmik uygulanan göz damlalar ve oral pilokarpin tabletlerin günde üç kez yaklaşık 5 mg uygulanması hem salivasyonun düzeltilmesinde hem de semptomların rahatlatılmasında etkilidir.

Ancak pilokarpin terleme, rinitis, baş ağrısı , mide bulantısı ve üriner sıklıkta artış gibi yan etkileri vardır.

Ayrıca kemik yıkımı olan hastalarda ve astımda kontrendikedir. Bu hastalarda tükürük preparatlar da kullanılabilir. Bunların etkisi kısa süreli olup geçici rahatlama sağlar.

Ağrı: Kanser hastalarında ağrı tümörün kendisinden, kanserle ilişkisi olmayan bazı sebeplerden veya komplikasyonların varlığına bağlı olarak karşımıza çıkar.

Oral kanama riski:

Kemoterapi veya primer hastalıktan dolayı myelosupresif trombositopeni kanama eğilimine sebep olabilir. Medikal tedaviden ve oral enfeksiyondan kaynaklı hepatotoksisite koagulopatiye yol açabilir. Bu yüzden cerrahi prosedür homeostozisi sağlayacak bakım ve itinada yürütülmelidir

Tat duyusunun kaybı:

Baş boyun bölgesinden radyoterapi alan hastalarda tat duyusunda azalma gözlenir.

Bu tat kaybının mekanizması tam olarak izah edilememiştir.

Özellikle parotisin maruz kaldığı ışınlamalardan sonra tat kaybı gözlendiği için bu durumun kserostomi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Tat kaybı stres verici olabilir ve kötü beslenmeye yol açabilir.

Ancak terapi bitiminden sonraki birkaç ay içinde tat algısında yavaşça iyileşme olur .

Kanser terapisinin geç/kronik komplikasyonları

TME rahatsızlığı/Trismus:

Bu durum uyku düzeninin bozulması ve kanserle ilişkili anksiyeteden dolayı gelişebilir.



Radyasyon veya cerrahi takiben oluşan fibrozis yahut patolojik ve cerrahi fraktürlerden dolayı mandibulanın devamlılığının kaybı , trismus ile sonuçlanabilir.

Bu hastalara oral aparey kullanımı, fiziksel terapi, uygun ilaç tedavisi ile yardımcı olunur.
Diş demineralizasyonu ve çürükler:

Kanser terapisi gören hastalar, oral mikrofloranın daha karyojenik olması , yüksek içerikli sukroz alımı ve kserostomiden dolayı çürüğe eğilimlidir.

Tükürük bileşenlerinde ciddi bir azalma görülür. Tükürük asidiktir ve düşük bir tamponlama kapasitesine sahiptir.

Diş dokusu demineralizedir ve kavitasyon normalde çürük olmaması gereken kısımlarda oluşur.

Buralar, ön dişlerin kesici kenarları , arka dişlerin tüberkül tepeleri, koleleri, ayrıca ön ve arka gurup dişlerin lingual ve vestibül yüzeyleridir.

Hastada nonkaryojenik diyet takibi ve oral hijyenin düzeltilmesi kritik önem taşır.

Hastalarda günlük diş fırçalama ve ağız bakımı yumuşak bir fırça ile yapılmalıdır.

Kemik nekrozu:

Osteoradyonekroz, radyasyon almış kemiğin hızlı ve dönüşsüz bir şekilde canlılığını kaybetmesidir. Vaskülarizasyonunun zayıf olması ve kemik densitesinin yüksek olması sebebi ile daha çok alt çenede gözlenir.

Klinik bulguları; ağrı, orofasial fistül, expoz olmuş nekrotik kemik, süpürasyon ve hatta patolojik fraktürlerlerdir.

Tanı genel olarak klinik bulgulara ve radyoterapi öyküsüne dayanır.

Şüpheli durumlarda MRG(manyetik rezonans görüntüleme) yararlı olabilir.

Çeşitli faktörler osteoradyonekroz riskini artırabilir.

Daha yüksek radyasyon dozu, fraktürün sayısı ve büyüklüğü ve zayıf beslenme bu faktörler arasındadır.

Aynı zamanda alkol sigara bağımlılığı ve kötü oral hijyen osteoradyonekroz riskini artırabilir.



Osteoradyonekroz sıklığı esas olarak periodontal hastalıklardan kaynaklanan enfeksiyon ve diş çekimi sonrası ortaya çıkan travmanın bir sonucudur. Dişleri mevcut hastalarda dişsiz hastalara göre 3 kat daha fazla görülmektedir.

Mandibular osteoradyonekrozun en yüksek insidansı radyoterapinin hemen öncesinde ve sonrasında diş çekimi yaptıran hastalarda görülmüştür.

Bu nedenle mümkünse bu zamanlarda çekimden kaçınılmalıdır.

Genel anlamda diş çekimi radyoterapiye başlanmadan 2 -3 hafta önce yapılmalıdır.

Diş çekimi kesinlikle gerekliyse dişin alınması antibiyotik profilaksisi altında ve olabildiğince atravmatik şekilde gerçekleştirilmelidir.

Cerrahi öncesi %0.2 lik klorhexidin glukonat gargaranın bakteriyel florayı azalttığı ve iyileşmeyi desteklediği vurgulanmıştır

Osteoradyonekroz tedavisi durumun ciddiyeti ve süresine göre belirlenir. Vakaların çoğunda konservatif tedavi ile (debridman, antibiyotik ve salin irrigasyonu) 6 ay içinde iyileşme olur.

Bu tedavilere rağmen ilerleyen ciddi olgularda, daha çok rezektif cerrahiler tercih edilmekte ve hiperbarik oksijen tedavileri ile kombine edilebilmektedir.

Hiperbarik Oksijen Tedavisi; bir basınç odasında tümüyle basınç altına alınan hastaya aralıklı olarak % 100 oksijen solutmak suretiyle uygulanan medikal bir tedavi yöntemi

HAMİLELİKTE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

Doç. Dr. Barış KARABULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

- Günümüzde hamilelik dönemindeki anne-cenin sağlığını geliştirmek için doğum öncesi bakıma verilen önem gittikçe artmaktadır ve kadın-doğum uzmanlığının temel noktasını oluşturmaktadır. Yıllarca gebelikte ağız ve diş sağlığı, doğum öncesi bakımın bir parçası olarak görülmezken günümüzde periodontal hastalıkların anne-cenin sağlığına olan olumsuz etkisinin açıklanmasıyla birlikte doğum öncesi bakımda yerini almıştır. Sağlıklı bir gebelik sürecinde hem annede hem de bebekte önemli fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Hamilelikte tükürükteki asit miktarı artmakta ve dişler çürümeye yatkın hale gelmektedir. İlk aylarda görülebilen kAusma sonrasında, annenin ağız hijyenine dikkat etmemesi de çürük riskini arttırmaktadır. Sağlıklı bir gebelik sürecinde hem annede hem de bebekte önemli fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Hamilelikte tükürükteki asit miktarı artmakta ve dişler çürümeye yatkın hale gelmektedir. İlk aylarda görülebilen kAusma sonrasında, annenin ağız hijyenine dikkat etmemesi de çürük riskini arttırmaktadır. Bazen dişetin bir bölgesi, özellikle papiller dişeti bu reaksiyonu gösterir ve pyojenik granülomaya benzeyen gebelik tümörü "epulis gravidorum" denen lezyonlar gelişir. Bu lezyonlar gebeliğin sonlanmasına kadar tedavi edilmeden bırakılmalıdır. Ancak bu lezyon ağrılı, yanmalı semptomlar gösterir ve enfeksiyonlara, aşırı kanamaya neden olursa, çiğneme, fırçalama güçlüğü ve aşırı ağrı gibi sorunlara neden oluyorsa dişhekimini kontrolünden geçilmelidir gerekirse gebelik sırasında elimine edilmelidir. Ancak hasta bu lezyonların gebelik sürecinde tekrarlayabileceği konusunda uyarılmalıdır. Bu dişeti hastalıkları sırasında diş etleri kanayan anne adayları dişlerini fırçalamaktan kaçınabilir. Bu durum, dişler üzerinde daha fazla bakteri birikmesine ve diş etlerinde şişliğe, kızarıklığa ve daha çok kanamaya neden olur. Gebeliğe bağlı olarak annede görülen bazı immünolojik değişiklikler, enfeksiyonlara yatkınlığı artırır. Periodontal inflamasyonlar da bu enfeksiyonların arasında yer alır. Periodontal inflamasyon gebelerin hem genel sağlığını hem de fetal sağlığını olumsuz yönde etkiler. Periodontal hastalıklar gebelikte erken doğum riskini, düşük doğum ağırlıklı bebek doğum ihtimalini, preeklampsi ve erken membran yırtığı riskini artırır. Gebelikte periodontal hastalıklar, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir durumdur. Gebelikte ağız ve diş sağlığı bakımındaki en büyük engel, gebelerin ağız ve diş sağlığına yönelik tutum ve yanlış bilgilerdir. Gebelerin, gebelik sürecindeki ağız ve diş sağlığı konusundaki yanlış bilgileri onların kötü ağız ve diş sağlığının normal olarak algılamasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları, kadınların ağız ve diş sağlığı konusunda farkındalık düzeylerini artıracak eğitimler planlanmalıdır. Bakımın planlı ve düzenli olması, birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil edilmesi bakım hizmeti kalitesini artıracaktır. "Her hamilelik anneye bir diş kaybettirir" düşüncesi yanlış bir inançtır. Hamilelik sırasında



HAMİLELİKTE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

annenin diŐlerinden kalsiyum kaybı olduğuna dair herhangi bilimsel kanıt yoktur. D vitamini, kalsiyum (günlük 1200-1500mg), C ve B12 vitamininden zengin gıdalar almalıdır. EĞer gıdalarla yeterli kalsiyum alınamazsa bebeğin geliŐimi için gerekli olan miktar annenin kemiklerinden karŐılanır. DiŐlerden kalsiyum znmesi olmaz.

- Günümüzde kadınların gebelik öncesi diş hekimine gitmeleri gebelik öncesi dönem bakım standartları arasındadır. EĞer hamilelik planlanıyor ise anne adayları mutlaka bir diŐhekimi kontrolünden geçmeli, hamilelik öncesinde varsa diş ve dişeti problemleri giderilmelidir.
- AĞız Bakımı: Hamileliğin ilk aylarında görülen kusmalar, deĐiŐen beslenme alışkanlıkları ve hormonal deĐiŐimlerin etkisiyle dişetlerinde hassasiyet ve kanama olabilir. Kanama nedeniyle anne adayları diş fırçalamayı bırakmamalıdır. DiŐet iltihabı dişlerin ve diŐetlerinin etkin bakımı ve temizlenmesi ile nlenebilir. Her gün en az 2 kez, mümkün olan durumlarda her yemekten sonra dişler fırçalanmalıdır.
- Diş araları diş ipi ile temizlenmelidir. DiŐhekiminin nerisi olmadığı sürece ağız gargarası kullanılmamalıdır. AĞız ve diş sağlığı için en önemli etken bireyin ağız bakımını iyi ve yeterli yapmasıdır. AĞız ve diş sağlığı temizliğinin değerlendirilmesindeki temel parametre; doğru bir teknikle diş fırçalama ve diş fırçalama sresidir. Yapılan araştırmalar, ülkemizde doğru bir teknikle diş fırçalayan kişi yüzdesini %0,9, fırçalamaya ayrılan srenin ise yalnızca 34 saniye olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre diş fırçalama oranı, gelişmiş ülkelere göre düşük, az gelişmiş ve geliŐmekte olan ülkelere göre daha yüksek bulunmuştur. Hamilelikte Diş Tedavisi: Hamilelikte kontrol amacı ile düzenli olarak diŐhekime gitmek gerekir. Şiddetli ağrı ve iltihabın olduğu durumlarda tedavi hamileliğin hangi döneminde olursa olsun yapılmalıdır. Özel durumlar haricinde diş tedavisi ve diş çekiminin hiçbir sakıncası yoktur. Ancak seanslar mümkün olduğunca kısa tutulur. Anestezi ve ilaç verilmesi gereken durumlarda kadın doğum uzmanı ile irtibat kurulabilir. Ertelenebilecek işlemler doğumdan sonraya bırakılır.
- Hamilelik dişlerin tedavisi açısından 3 dönemde incelenir: 0–3 aylık dönem (1.trimester); Fetus teratojenik etkilere çok fazla duyarlı olduğu ve düşük yapma ihtimali de yüksek olduğu için, sadece acil diş tedavileri yapılmalıdır. 3–6 aylık dönem (2.trimester); Hamilelik sonuna kadar ertelenmesi uygun olmayan lokal anestezi altında diş çekimleri, dolgular, kanal tedavileri yapılabilir. Müdahalelerin yapılması için en uygun dönemdir. 6-9 aylık dönem (3.trimester); Bu dönemde bebek anne karnında oldukça bymŐtur ve doğum yaklaŐmaktadır. İlk 3 aylık dönemde olduğu gibi acil tedaviler dışında herhangi bir uygulama yapılmamalıdır. Bu dönemde diş hekimliği koltuğunda sık rastlanan problemlerden biri de hasta supine pozisyonda iken fetüs’n büyüklüğü dolayısıyla v.cava.inferior’a baskı yaparak ”v.cava.inferior sendromu” na neden olmasıdır. Hastada, hipotansiyon ve senkop söz konusuysa hasta derhal sol tarafa yatırılır
- Hamilelerde Röntgen ekimi:
- Zorunlu hallerde anne adayına kurŐun önlük giydirilerek röntgen çekilebilir. 10 gün kuralı: Doğurancılık ağındaki kadınlarda, menstruasyon döneminin başlangıcından itibaren ilk 10 gün radyolojik inceleme için en güvenli dönemdir.
-
- Hamilelerde ilaç Kullanımı:



HAMİLELİKTE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

- Plasenta ilaç ve kimyasal maddelerin pasif difüzyonla geçmesine elveriŐli yapıdadır. Bu maddelerin plasentadan fetusa geçerek fetusta deformasyonlara neden olmasına "teratojenik etki" denir. Bu nedenle diş hekimini, hamilelerde ilaç kullanımı konusunda çok dikkatli olmalı, özellikle ilk trimester (organ ve doku oluŐumunun aktif olarak sürdüğü dönem) ok zorunlu olmadıkça ilaç yazılmamalı, gerektiğinde güvenilir olduğu bilinen ilaçları doktoru ile konsülte ederek yarar-zarar hesabı yapılarak vermelidir.
- Fetusun teratojenik etkiye duyarlığı; bu etkiye maruz kaldığı gelişim evresine göre deĐiŐir:
- Pre-embriyonik Dönem: Döllenmeden itibaren ilk 17 günlük dönem olup, teratojenik etkiye pek duyarlı değildir. 2) Embriyonik Dönem: Döllenmeden sonraki 18-55.günleri içine almakta olup, teratojenik etkilere en fazla duyarlı olan dönemdir. Embriyonun gelişiminin en aktif, hücrelerin bölünme ve farklılaŐmasının en hızlı olduğu dönem (Organogenesis Dönemi); bu dönemdir. Organ ve dokuların oluŐumunun aktif olarak sürdüğü bu dönemde, teratojenik ilacın vücuda girdiği günde, oluşumu en aktif durumda olan organ yada yapının deformasyona uğrama Őansı genellikle en fazladır. Örneğin, gebeliğin 21-22 günlerinde, talidomid adlı ilaç kullanıldığında fetus'da diş kulak oluŐamaz ve kafa sinirlerinde bozukluklar oluşur.3) Fetal Dönem: Gebeliğin 56.gününden sonraki dönem olup bu dönemde organlar oluşmuş ve büyümektedirler. Bu dönemde teratojenik etkiye maruz kalma sonucunda; gelişme geriliği organ boyutlarında küçülme, organ sistemlerinde fonksiyonel bozukluklar ortaya çıkar. Embriyonik dönem; organogenesis'in en aktif olduğu dönem olmasına rağmen, organ oluşumu daha sonra devam ederek 4.aya kadar büyük ölçüde tamamlanmıŐ olur. Dolayısıyla fetusun; ilaçların ve kimyasal etkenlerin teratojenik etkilerine en fazla duyarlı olduğu dönemin ilk 3 aylık dönem (1.trimester) olduğu unutulmamalıdır. Diş hekimini ilaç kullanımı konusunda dikkatli olmalıdır.
- Antibiyotikler
- Penisilinler (Penisilin G, Penisilin V, Ampisilin, Amoksisilin) ve sefalosporinlerin hamilelerde her 3 trimester de de kullanımında sakınca yoktur. Aminoglikozidler (Streptomisin, gentamisin, kanamisin, vb) fetusta sağırlığa yol açabilen, 8.kafa çifti hasarına neden olduklarından hamilelik süresince kullanılmamalıdır. Makrolidler ve linkozamid antibiyotiklerden, Eritromisinin, stearat bileŐiĐinin gebelikte kullanımı emniyetli iken, Eritromisin estolate'nin hepatotoksik etkisi nedeniyle kullanımı sakıncalıdır. Linkomisin ve klindamisin'in teratojenik etkisi bildirilmemiŐ olmasına rağmen hamilelerde yaptĐı psödomembranöz kolit nedeniyle kullanımı sakıncalıdır. Metronidazol'un deney hayvanlarında teratojenik, karsinojenik etkileri olduğu saptanmıştır. İnsanlarda böyle bir etki kanıtlanmamıŐ olsa da dikkatli kullanılması gerekmektedir. Kloramfenikol, hamileliliğin son aylarında ve yeni doğanlarda kullanıldığında; akut dolaŐım ve solunum yetmezliği, hipotermi ve ciltte kül rengi ile kendini gösteren "gri ocuk sendromu"na neden olduğundan kullanılmamalıdır. Tetrasiklinler, yeni oluŐmakta olan diş ve kemiklerdeki kalsiyuma Őelasyonla bağlanmak suretiyle bu dokularda birikirler. Bu birikme; özellikle birinci trimesterden sonra diş ve kemiklerin, diskolorasyonuna ve UV iŐıĐıyla temasa geldiğinde sarımsı flüoresans göstermesine neden olur. Tetrasiklin tedavisi baŐlangıcında diş rengi sarıdır, tedaviden sonra yaş ilerledikçe bazen koyu kahverengi hatta grimsi olur. Renklenmeye ilaveten diş ve kemiklerde gelişme bozuklukları ve deformiteler de (rneğin; mine hipoplazisi) olabilir. Bütün bu etkilerin dişlerin gelişmesinin sürdüğü 10-11 yaŐlarına kadar görülebilmesi, tetrasiklinlerin



HAMİLELİKTE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

mümkün olduğunca bu yaŐlara kadar kullanılmamasını gerektirmektedir. Hamilelerde hepatotoksik ve nefrotoksik etkileri de söz konusu olduğundan, tetrasiklinlerin özellikle 2.trimesterden itibaren verilmemesi gereklidir. Sulfonamidlerin ilk trimesterde teratojenik etki yaptığı saptanamamıŐ olmasına rağmen doğuma yakın günlerde kullanıldığında 'kernikterus' oluŐma riskini artırdıkları görülmüştür.

- Analjezikler Analjeziklerden morfin ve benzeri narkotik analjezikler doğuma yakın kullanılırsa bebekte solunum depresyonu gelişir. Aspirin düşük doğum ağırlıklı ve l doğuma yol açabilir. En güvenilir analjezik parasetamoldr. Lidokain gibi lokal anesteziyelerin diş tedavisi sırasında kullanıldığı mutad dozlarda herhangi bir teratojenik etki saptanamamıŐtır. Lokal anesteziyelerin vazokonstriktör iermemesinde fayda vardır. Diazepam ve diğer benzodiazepinlerin ilk trimesterde kullanımı sonucunda, bebekte dudak-damak yarığına yol açabilir. Gebelik dışında emziren annelerde de ilaç yazımı konusunda dikkatli olunmalıdır. Yapılan araŐtırmalarda, anneye verilen ilaç dozunun sadece %1-2'sinin süte geçtiğini dolayısıyla bebeğe toksik etkisinin çok az olabileceğini ortaya koymuştur. Ancak emziren annelere kesinlikle yasaklanmıŐ bazı ilaçlar yine de vardır. Bunlar; lityum, antikanser ilaçlar, radyoaktif ilaçlar ve fenindiondur. Bu dönemde ilaç seçiminde dikkatli olunması ve kullanılan ilaçların da emzirdikten hemen sonra alınması ve mümkünse 4 saat veya daha fazla bir süre emzirmemesi en azından emzirme sütündeki ilaç konsantrasyonunu azaltacağından yararlıdır. FDA (Food and Drug Administration)(Amerikan Gıda ve ilaç Dairesi)'nin Hamilelikte ilaç Risk Kategorileri (1979)

Kategori A: İnsanlarda yapılan kontrollü çalışmalarda fetusa hiçbir risk görülmemiŐtir

(Magnezyum sülfat, Levotiroksin, Folik asit) Kategori B: Hayvan deneylerinde fetusa zarar yok, fakat insan üzerinde çalıŐılmamıŐ ilaçlar, kontrollü insan çalışmalarında fetusa zararın olmadığı ilaçlar (Zofran, Amoksisilin, parasetamol) Kategori C: Hayvan çalışmalarında fetusa risk var, kontrollü insan çalıŐması yok, ya da insan ve hayvanlar üzerinde kontrollü çalışmaların olmadığı ilaçlar (Prozac, Tamiflu) Kategori D: Fetusa zararlı olduğu insan çalışmalarında saptanmıŐ sadece bazı zorunlu hallerde kullanılabilen ilaçlar (Tetrasiklinler , aspirin) Kategori X: İnsan çalışmalarında fetusta abnormalitelere neden olduğu yönünde bulgular saptanmıŐ ve hamilelikte kullanımında fayda-zarar oranında zarar oranı ağır basan ilaçlar (Antihiperlipidemikler) !!! Hamilelikte ilaç kullanımı zorunlu olduğunda A ve B kategorisindeki ilaçlar tercih edilmelidir. Ancak zorunlu hallerde tedavi edici yönleri ağız bastığında ve yasal tıbbi yönleri dikkate alınarak C kategorisindeki ilaçlar kullanılabilir. Ancak diş hekimi C kategorisi ilacı kullanmak zorunda olduğunda kadın doğum uzmanına konsulte etmelidir. Maalesef kategorize edilen ilaçların yalnızca %20 si A ve B grubuna girmektedir. Gebenin ağrısı olursa; Parasetamol (Kategori B) en güvenilir ilaçtır. NSAİİ (Kategori B) 1. ve 3. trimesterde risklidir. 2.trimester için güvenli sayılabilir. Gebenin çok ağrısı olursa; Morfin (Kategori C) dir. Uzun süre ve yüksek dozda alınırsa - Kategori D sınıfına girer. Meperidin (Kategori B)'dir. Fentanyl, Alfentanyl, Sulfentanyl (Kategori C)'dir. Doğum ncesi kullanılırsa yenidoğanda respiratuar depresyona neden olabilir.

- Beslenme: Hamilelikte iyi beslenme annenin olduğu kadar doğacak bebeğin de diş sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Bebeğin diş geliŐimi hamileliğin ikinci ayından itibaren başlar. Sağlıklı diş geliŐimi için kalsiyum, fosfor ve vitamince zengin besinler yeterince alınmalıdır. Anne adayları hamileliğin ilk ayından itibaren abur cubur yiyeceklerden kaçınmalıdırlar. AĞız



HAMİLELİKTE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

içinden uzaklaştırılmayan tüm besin artıkları, dişler üzerinde birikerek çürük oluşumunu hızlandırır.

GERİATRİ

Doç. Dr. Barış KARABULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

GERİATRİ

Yaşlılık kaçınılmazdır. Geriatri bilim dalı çok eskilere dayanmaktadır. Geriatrik diş hekimliği 10-15 yılda güncelleştirilmiştir. İnsanlar tıbbın sağladığı olanaklarla daha uzun yaşamaktalar, insan ömrü uzamaktadır. Böylece yaşlı insan sayısı artmaktadır. Günümüzde yaşlılar, sadece fonksiyon ve sağlık açısından değil, estetik ve rahatlık yönünden de diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmak isterler. Diş hekimliğini yakından ilgilendiren konu ağız ve dişlerin yaşlanmasıdır. Yaşlılarda ağız sağlığı iki sebeple daha da önem kazanmaktadır. Yaşlılarda ağızda olan enfeksiyon, genel sağlığı etkilemektedir.

Yaşlılarda çiğnemenin yetersiz olması ile beslenme bozuklukları ortaya çıkmaktadır.

Genelde yaşlılarda ortaya çıkan ağız hastalıkları, yaşlılığa bağlı genel dejeneratif değişiklikler olarak kabul edilir. Yaşlılarda ağız ve dişlerde meydana gelen değişimler şunlardır:

Atrasyon

Diş kaybı

Alveol kemiği rezorpsiyonu

Oral mukozada değişimler

Dilde değişimler

T.M.E. Değişimler

Tükrük miktarında değişimler 8. Tümörlerde insidansın artışı 9. Sement çürükleri 10. Periodontitis

Yaşlılarda iletişim kurmak zorlaşabilir. Nedeni yaşlı insanların iyi işitememesidir. Yaşlı hastanın yanına oturup, onunla dostça konuşup şikayeti hakkında not almak çok önemlidir. Bu başarılmazsa yakınlarından yardım istenmelidir. Geriatri hastayla ne kadar iyi diyalog kurulursa o kadar iyi sonuçlar elde edilir.

ENGELLİ BİREYLERDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

Doç. Dr. Barış KARABULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

Dünyada, çoğunluğu gelişmiş ülkelerde olmak üzere yaklaşık 500 milyon engelli insan yaşamaktadır. Ülkemizde bu tip sorunlar yaşayan 2.5 milyon insan olduğu bilinmektedir.

Zihinsel ve fiziksel engellilerde, sorunun kaynağının bulunması ancak hastalık oluşuktan ve ağrı verici hale geldikten sonra mümkün olmaktadır.

DSÖ, 1981 yılında engelli olmayı şöyle tanımlamıştır:

Özürlülük (impairment):

Kişinin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ve fonksiyonların anormalliği veya kaybıdır.

1. İskelet sistemi bozuklukları
2. Entellektüel (zeka, bellek, düşünce) bozuklukları
3. Dil ve konuşma bozuklukları
4. Görme ile ilgili bozukluklar
5. İşitme bozuklukları
6. Psikolojik bozukluklar
7. Görünüm bozuklukları
8. Duygusal bozukluklar
9. İç organ bozuklukları

Sakatlık (disability):

Normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan bir eksiklik ya da sınırlamadır.

Sakatlıklar geçici (malnütrisyon, bulaşıcı hastalık), sürekli (körlük, mental gerilik) ve ilerleyen tipte (dejeneratif hastalıklar, kalp hastalığı) olabilirler.

Engellilik (handicap):

Yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel etkenlere bağlı olarak, özürlülük ve sakatlık sonucu oluşan, o birey için normal olan bir işlevin yerine getirilememesi, tamamlanamaması ya da eksik kalmasıdır.

Eksik kalan işlev, bir aktiviteyle sınırlı olmayıp yaşantıyı oluşturan rollerden biridir.

Örneğin, fiziki bir engel vücudun belli bir kısmını ilgilendirirse de, etkisi o bölgeye sınırlı olarak kalmaz ve sonuçlarıyla o kişinin yaşamını, toplumun bütününe etkiler.

Özel ihtiyaçları olan hasta grubuna kimler girer?

1. Öğrenme bozukluğu olanlar (Down sendromu, Frajil X, Otizm)
2. Fiziksel engelliler (Serebral Palsi, Romatoid artrit, kol-bacak amputasyonları)
3. Kronik medikal sorunları olanlar (Kanser hastaları, konjenital kalp hastaları, epilepsi vb.)



4. Mental bozukluğu olan hastalar

5. Madde bağımlılığı olan kişiler (ilaç, uyuşturucu, alkol vb)

Özel sağlık hizmeti ihtiyacı olan sistemik hastalıklara, fiziksel, gelişimsel, mental bozukluğa sahip bireyler, kötü ağız hijyeni, sağlıksız periodontal dokulara, çürüklere ve çok sayıda kayıp dişe sahip olurken, oral hastalıklar açısından da büyük risk altındadırlar.

Engelli bireyler koruyucu oral hijyen uygulamalarını yerine getirememe ve anlayamamanın yanı sıra, ağız diş sağlığı hizmetlerinden de yeterince faydalanamamaktadırlar.

Engelli olan bireylere dişhekimliği hizmetlerinin yeterli şekilde verilememesi; dental uygulamaların zaman alıcı ve pahalı olması, hastanın operatif ve cerrahi işlemleri kabul etmemesi, kliniklerin kısıtlı imkanları, özel ekipman gerekliliği ve hekimin tecrübe ve eğitim eksikliği gibi faktörlerle ilişkilidir . Bu hastalar için geliştirilecek tedavi programı, hastanın yaşına, genel sağlık durumuna, beklentilerine ve ihtiyaçlarına uygunluk göstermelidir.

Tedavi programı, hasta ve hasta bakımını üstlenen kişilere gruplar halinde veya bireysel olarak koruyucu dişhekimliği profilaksi eğitiminin verilmesini, kişisel ihtiyaca göre oral muayenenin yapılmasını, ağız, diş ve çenelerdeki hastalık bulgularının ve disfonksiyonların primer tedavisini ve gerekli protetik işlemleri içermelidir.

Özel bakım ihtiyacı olan kişilerin periodontal hastalıklarının ve diş çürüklerinin önlenmesi dişhekimliğinde dikkate alınması gereken bir kavramdır.

Öncelikle özel bakım ihtiyacı olan kişiler olmak üzere, bu kişilerin ebeveynleri, bakımlarını üstlenen bakıcı ve eğitmenler, yaşlı ve bakım evlerinde kalan kişilerin bakıcı personeli veya yakınları, ağız ve diş sağlığının optimum koşullarda tutulması için bu hastalara uygulanması gereken profilaktik yöntemler konusunda bilgilendirilmelidir.

ENGELLİ HASTALARDA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ ALINACAK ÖNLEMLER:

1. Öncelikle beslenme alışkanlıklarına özel dikkat gerekmektedir.
2. Biberonla beslenebilen engellilerde tüketilen süt, hazır mama ve meyve suları gibi şeker içerikli gıdalar nedeniyle diş çürükleri çok hızlı ve kolay oluşur. Bu nedenle her beslenme sonrasında mümkünse diş fırçası ile, diş fırçası ile mümkün değilse temiz bir tülbent ile dişler temizlenmelidir. Çok gerekli olmadığı sürece gece beslenmeleri olmamalıdır.
3. Diş çürüğünün ana nedeni şekerli, asitli, diş ve dişetine kolayca yapışıp kalan besin maddeleridir. Engelliye özel bir diyet önerilmemiş ise bol şeker ve karbonhidrat içeren gıda maddeleri mümkün olduğunca tüketilmemeli; tüketileceği zaman da kesinlikle yemek aralarında verilmemeli, bu gıdalar ana öğünlerde tüketilmelidir.
4. Püre tarzında, yumuşak gıdalarla beslenmek zorunda kalan engellilerde diş fırçalama yapılamıyorsa yemek sonrası ağız çalkatılmalı veya gıda artıkları silinerek temizlenmelidir. Şurup formundaki ilaçların çoğu şeker içerdiğinden bu ilaçları sürekli kullananlarda ağız-diş bakımına daha fazla özen gösterilmelidir.
5. Hastanın dişleri ebeveyni ya da bakıcısı tarafından mutlaka fırçalanmalı, hasta

düzenli diş hekimi kontrollerine götürülerek çürükten koruyucu uygulamaların yapılması sağlanmalıdır. Güven ilişkisi açısından mümkünse hasta takibi aynı diş hekimi tarafından yapılmalıdır.

6. Her gece yatmadan önce en az 2 dakika boyunca dişler mutlaka fırçalanmalıdır, 6 ayda bir rutin diş hekimi kontrolüne gidilmelidir.
7. Fissür Sealant uygulaması ile dişlerine sürülecek özel bir cila sürülerek gıda artıklarının birikerek çürük oluşumu engellenebilir.



ENGELLİ HASTALARDA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

8. Beslenme alışkanlıklarına dikkat edilmeli, şekerli ve asitli gıdalar yerine su ve süt tüketilmelidir.
9. Diş çürüğünü önlemek amacıyla flor uygulamaları yapılmalıdır.
10. Elektrikli diş fırçaları kullanım kolaylığı sağlar, bu nedenle bu tarz fırçaların kullanılmasında fayda var.

Özel sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar için ağız-diş sağlığı hizmetleri verilirken dikkat edilmesi gereken hususlar vardır :

1. Hastaların randevularının planlanması, hastanın bilgilerine, özel durumunun tanımına ve dental şikayetlerine göre randevu zamanının ve süresinin tespit edilmesi amacıyla elde edilmelidir.
 2. Hastanın kendini iyi hissettiği ortam sağlanmalıdır.
 3. Hasta değerlendirilmesi dikkatli yapılmalı, doğru bir tanı ve etkin bir tedavi için hastanın tıbbi hikayesi tam olarak alınmalıdır.
 4. Bireysel profilaksi programı hazırlanmalıdır.
 5. Konuşarak iletişim kurulamayan hastalarla direkt ilişki kurmak için hasta sahibinden yardım alınmalı.
 6. Hasta sahibinden tedavi uygulandığına dair imza ile onaylanan belge düzenlenmelidir.
 7. Fiziksel ve mental engelli hastalar ebeveynlerinin veya bakıcılarının yardımıyla dental klinik ortamında tedavi edilebilmektedir.
- Hastanın stabilizasyonun sağlanamadığı durumlarda tedavi işlemleri sedasyon veya genel anestezi altında uygulanmalıdır.
8. Bireyin davranışlarında değişikliği başlatmanın ilk basamağı, hastaya veya bakıcısına günlük oral hijyen alışkanlıkları eğitiminin verilmesidir.

Oral hijyen ihtiyacı olan vakalar için gerekli koruyucu önlemler şu şekilde sıralanabilir:

1. Hastanın bilincinin yerinde olmadığı veya fiziksel engeli olduğu durumlarda ağız temizliği yardımcı kişiler tarafından yapılmalıdır.
2. Hastanın dişleri doğal ise bunlar mekanik veya kimyasal yollarla temizlenmelidir. Diş fırçaları ve arayüz temizleyicileri fiziksel engelli hastaların kullanabilecekleri şekilde olmalıdır.
3. Dil sırtında biriken debris tabakası dil temizleyiciler ile uzaklaştırılarak ağız ortamındaki mikroorganizmalar elimine edilmeye çalışılmalıdır.
4. Hastada ağız kuruluğu varsa 2 saatte bir hastanın ağız ıslatılmalıdır. Yapay tükürük kullanılabilir.

5. Yüksek florid ihtiva eden macunların çürük önleyici etkisinden yararlanmak faydalı olacaktır.
6. Flor jelleri; hasta ile işbirliğinin sağlandığı durumda kaşık yardımıyla uygulanacak yüksek dozdaki (5000 ppm) flor jelleri veya potasyum nitrat ile kombine flor jelleri kullanılabilir.
7. Koruyucu amaçla pit ve fissür örtücüler kullanılabilir.
8. Gargaralar; esansiyel yağlar, klorheksidin içeren gargaralar plak kontrolünde etkili ajanlardır.
9. Çürük önleyici ve tedavi edici özeliği olan cam iyonmer esaslı restoratif materyaller, ART (Atravmatik restoratif tedavi) ile özel sağlık ihtiyacı olan bireylere uygulanabilirler.
10. Rutin kontroller, hastanın genel ve fiziksel durumunda engel yoksa 2 ya da 3 aylık sürelerde yapılmalıdır.

• KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ

ENFEKSİYON KONTROLÜNÜN TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

Doç. Dr. Barış KARABULU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

E

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 raporuna göre, günümüz dünyasında, yaşama biçimlerindeki önemli değişikliklerle birlikte bulaşıcı hastalıkların seyrinde belirgin farklılıklar izlenmektedir.

Nüfus bütün dünyada artmakta, şehirleşme hızı artmakta, daha önce insan eli değmemiş bölgelere girilmektedir. Yoğun tarımsal uygulamalar, çevresel aşınma ve antibiyotiklerin sorumsuzca ve yaygın biçimde kullanımı mikroorganizma dünyasının dengesini bozmaktadır. Günümüzde, her yıl yeni bir bulaşıcı hastalık tanımlanmakta, geçmişte görülmemiş bir hızla yeni enfeksiyon hastalıkları ortaya çıkmaktadır (WHO 2007).

Yeni ve yeniden tanımlanan enfeksiyon hastalıklarının görülüşünü etkileyen faktörler

Yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkmasına ve önceden bilinen enfeksiyon ajanlarının hastalık yapma örüntülerinde değişim olmasına yol açan etiyolojik faktörler şöyle sıralanabilir :

- Mikrobial adaptasyon ve değişim (örn. E.coli'nin daha virülant olan O157: H7 zinciri)
- İnsanların enfeksiyona yatkınlığında değişim
- İklim ve hava koşullarındaki değişim (örn. fazla yağış sivrisinekler için çoğalmaya uygun ortam hazırlamakta, sivrisinekler aracılığı ile geçen hastalıklar artmakta)
- Ekosistemde değişim (örn. baraj yapımları vektör ekolojisinde değişimlere yol açmaktadır).
- İnsan demografisindeki ve davranışlarındaki değişim (örn., toplumda immün sistemi etkileyen süregen hastalıklı bireylerin giderek daha çok artması, cinsel davranış değişiklikleri, piercing ve hepatit C potansiyeli)
- Ekonomik gelişim ve toprak arazinin kullanımında değişim (örn., Venezuela'da ormanların yok edilmesi Guaranito virus rezervuarı olan kamış faresi popülasyonunda artmaya, Venezuela hemorajik ateşi olarak bilinen salgına yol açmıştır).

- Uluslar arası seyahat ve ticaret (örn. Guatemala'dan ithal edilen ağaç çileği ABD'de cyclosporiasis salgınına yol açmıştır).
- Teknoloji ve endüstri alanındaki değişim (örn. tavuklarda E. coli enfeksiyonlarının tedavisinde yoğun şekilde fluoroquinolones kullanımının, insanda diğer organizmalara karşı antimikrobial direnç yol açması)
- Yoksulluk ve sosyal eşitsizlik (örn. yoksulluk hastalanan hayvanı yemeye, şarbon, kuş gribi gibi hastalıklara yol açabilir).
- Savaş, afet, kıtlık ve halk sağlığı önlemlerinin bozulması / çökmesi (örn. terör, sivil kargaşa, doğal afetler, vektör, parazit kontrolünün sağlanamaması) Her kitlesel yıkım ve şiddet halk sağlığı hizmetlerini, özellikle bağışıklama ve vektör kontrolü gibi koruyucu hizmetleri olumsuz etkiler.
- Politik irade eksikliği (örn. Küresel enfeksiyonların bildiriminde eksiklik, salgınların politik ve ekonomik nedenlerle bildirilmemesi).

ENFEKSİYON KONTROLÜ



NÜN

TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

- Kasıtlı zarar verme niyeti (örn. 2001 yılında ABD'de Şarbon etkeni Bacillus anthracis in kasıtlı olarak bulaştırılması).

Yeni enfeksiyon hastalıklarının ya da önceden bilinen enfeksiyon hastalıklarının yeniden ortaya çıkmasına yol açtığı bildirilen bu etiyolojik faktörler çevresel, sosyal, davranışsal kapsamdadır ve çoğu birbiri ile ilişkilidir. Örneğin; savaş içme sularında bulaşıya, sanitasyon olanaklarının bozulmasına, temel sağlık hizmetlerinin yıkımına, şiddete, halkın kararlara katılımının zayıflamasına, HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasına yol açabilir.

Erken tanımanın önemi

Enfeksiyon hastalıkları salgınlarının erken tanınması ve surveyansı yeni ve yeniden beliren enfeksiyonların kontrolünde çok önemlidir.

Hastalık surveyans sistemleri bu hastalıkların alışlagelenden farklı görülüş şekillerini tanıma ve bulma kapasitesinde olmalıdır.

Yerel, ulusal ve uluslar arası düzeylerdeki kurumlar nadir görülen ya da açıklanamayan hastalıkların bildirimine etkili şekilde cevap verebilecek bilgi ve kaynaklara sahip olmalıdır.

Zamanlama bu hastalıkların erken tanınması ve kontrolünde önemli ve kritik bir öğedir .

Gelecek

Bugün enfeksiyon ajanlarının yayılımında sınırların kalktığı dünyamızda, toplumların sağlığı küresel iyiliğe bağlıdır.

Enfeksiyonlar hakkında bilgilerimiz arttıkça, insanların enfeksiyon riski de azaltılır önermesi sorgulanır olmuştur.

Şu bilinmelidir ki; insan ve mikrop dünyası arasındaki ilişki dinamiktir ve düz bir çizgi izlememektedir.

Yeni ve yeniden tanımlanan enfeksiyon hastalıklarının görölüşünde birbiri ile ilişkili birçok faktör etkilidir.

Uluslar arası seyahatler ve ticaret yolu ile küresel olarak ülkeler arasındaki bağlantılar, ekonomik, politik ve kültürel etkileşimler, insanlar arası ilişkiler ve insan-hayvan arasındaki ilişkiler giderek daha çok artmaktadır. Bu etkileşimlerde bilerek ya da bilmeden mikrobiyal ajanlar ve antimikrobiyal direnç de paylaşılmaktadır.

Bu durum yeni ve daha önce tanımlanmamış mikrobiyal hastalık etkenlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bunun sonucudur ki, 21. Yüzyılın başlarında yeni etkenler tanımlanmış, yeni salgınlar meydana gelmiştir.

Yeni ve yeniden tanımlanan enfeksiyon hastalıklarının yayılmasının sınırlandırılmasına yönelik çözümler dünyadaki tüm ülkelerin ve bir çok disiplinin işbirlikçi çabalarını gerektirmektedir. Bir pandemiye yönelik etkili önlemleri ve stratejileri belirleme konusunda çeşitli çalışmalar yapılmakla birlikte küresel olarak yeterli bir hazır oluş düzeyinden söz edilememektedir.

Başarının anahtarları arasında yeterli finansal kaynakların bulunması, bilgi paylaşımı, hızlı iletişim, sağlık personeli /sağlık meslek üyeleri ile psikologlar, sosyologlar, politikacılar, ekonomistler ve diğer disiplinler arasında işbirliği yer almaktadır.

Sağlık personellerinin bu süreçte etkili olması için gerekenler ise, alışlagelenden farklı hastalık belirtileri / belirti kümelerinin farkında olma, uygun eğitimin sağlanması, enfeksiyon kontrol



önlemlerinin sağlanması ve sürdürülmesi için yeterli araç ve gereci edinme, bunları uygulamak için yetki sahibi olma, enfeksiyon hastalığı durumunda aileye ve bireye olası en iyi bakımını sağlanacağı güvencesinin verilmesidir . Enfeksiyon kontrol önlemleri

Temas yolu ile bulaşan hastalıklarda lezyona temas edilmemesi, lezyon olan bölgenin kapalı tutulması, ortak eşya kullanılmaması, lezyonlar iyileşene kadar hasta ve hastanın eşyalarına temas öncesi ve sonrası el yıkanması enfeksiyonun yayılmasını önlemek için gereklidir.

Hava yolu ile bulaşan hastalıkların ise hasta ve yakınları öksürürken burnunu veya ağzını kapatmaları, sekresyonlara temas eden materyalleri atmaları ve el hijyeni uygulamaları konusunda uyarılmalıdır. Hastaneye yatırılması gerekirse ideal olarak negatif basınçlı odada ya da izole odada kalmalıdır.

Bulaşıcı hastalıkları olanların hastalığı bulaştırma döneminde toplu alanlardan uzak durması önemlidir. Okul dönemindeki çocuklara ve çalışanların izolasyonu önemlidir.

Havayolu ile bulaşan viral hastalıklarda ise hastalığa göre farklılık gösterir.

Bulaşıcı hastalıkların bulgularının tanınması, erken tanı ve tedavi uygulanması, bulaş yoluna uygun önlem alınması hastalığın yayılma riskini azaltmak için önemlidir. Hasta olan bireylerin ailelerinin taraması, okul taramaları bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önler. Aşı takviminin bütün çocuklara uygulanması ileriye yönelik hastalık riskini azaltacak önlemler arasındadır.

Standart ve Temas Önlemleri genel bir konsensüse dayalıdır ve kanıta dayalı olması gerekmemektedir. Standart önlemlerin etkisi ile standart ve temas kontrol önlemlerinin etkisini karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır

a. Standart Önlemler

El hijyeni standart önlemlerin önemli bir ögesidir.

Özellikle salgın durumlarında izolasyon uygulamaları önemli bir yer tutar.

b. Temas önlemleri

Temas önlemleri enfeksiyon ajanlarının hastayla ve hastanın bulunduğu ortamla doğrudan ya da dolaylı olarak temas yoluyla bulaşmasını önlemeye yöneliktir.

Temas Yeni-Yeniden Tanımlanan Enfeksiyonlar ve Enfeksiyon Kontrolü önlemleri gereken hastalar için tek kişilik hasta odaları tercih edilir.

Eğer tek kişilik oda sağlanamıyorsa diğer hastalar için riskleri ve seçenekleri değerlendirmek için enfeksiyon kontrol komitesine danışılmalıdır.

Temas önlemleri uygulanan hataya bakım veren sağlık personeli hasta ile ya da hastanın bulunduğu ortamdaki kontaminasyon potansiyeli olan tüm alanlarla tüm etkileşimlerinde gömlek ve eldiven giymelidir.

Sonuç olarak, hastane enfeksiyonları sağlık hizmeti kalitesinin yükseltilmesi, hasta güvenliği gibi konularla ilgili olarak gelecekte de önemini sürdürecektir.

El yıkaması, izolasyon önlemlerine uyması ile engellenebilmekte ve böylece çapraz bulaş büyük ölçüde azaltılmış olmaktadır.

• KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ

DİŞ HEKİMLİĞİNDE BULAŞICI HASTALIKLAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakóltesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

Diş hekimleri ve diğer sağlık çalışanları dental setlerden geçebilecek çeşitli enfeksiyon ajanları hakkında endişe taŐımaktadırlar.

Potansiyel bulaşma riski olan AIDS, hepatit, tüberkölöz ve sifiliz gibi bir çok enfeksiyon hastalığı ilk belirtilerinin ağız içinde gőrölmesi sebebiyle önem taşır.

Diş hekimlerinin hastalık hakkında bilgi sahibi olması, ilgili lezyonların tespitini ve doğru tedbirlerin alınarak diş ünitelerinde bulaşma riskinin minimuma indirilmesini sağlar

Viral hepatit:

Karaciğere afinitesi olan bir grup virüsün sebep olduğu enfeksiyonu tanımlamakta kullanılan bir sözcüktür.

En az altı farklı hepatit virüsü bulunmaktadır.

Hepatit A (HAV) ve hepatit E (HEV) sonradan tam olarak iyileŐmenin beklendiği minör enfeksiyonlardır. Diğer taraftan Hepatit B (HBV), C (HCV), D (HDV) ve G (HGV) kronik komplikasyonlara sebep olan ciddi hastalıklara neden olabilmektedir.

Viral hepatitin kesin bir tedavisi olmadığı için, bu formların farkında olmak dental alanda çalışanların sağlığının korunması açısından önemlidir.

Hepatit B

AŞısı HBV ve HDV'den korunmak için etkili bir yöntemdir.

Bununla birlikte HCV için aşı bulunmamaktadır.

Bu nedenle hastayla diğer hastalar ve hastayla dental çalışanlar arasındaki kan yoluyla bulaşma riskini önlemek için geleneksel tedbirlerin alınması en etkili korunma yoludur.

Kazayla batma veya perkütanöz yaralanmanın sonuçlarının ortaya çıkması için belli bir süre geçmesi gerekmektedir.

Bu sebepten iğneyle yaralanma olduğu zaman iğne batma protokolünün izlenmesi gerekmektedir.

Hastanın kanı veya tükürüğünü içeren herhangi bir iğne yaralanması hemen rapor edilerek uygun iğne batması protokolü baŐlatılmalıdır.

iğne batması durumunda uygulanan protokol Şöyledir:

Hasta için kullanılmıŐ bir iğne veya aletle yaralanan kişinin kan profiline bakılır.

HBSAg, AntiHCV, AntiHBV ve AntiHIV değerleri tespit edilir.

Kişi hepatit B'ye karşı aşılı değilse veya bağışıklığı yoksa aynı anda bir kolundan hepatit aşısı yapılırken diğer kolundan da hepatit B immünglobülin (HBIG) 0.006 ml/kg yapılır.

Aşı 1. ve 6. aylarda tekrarlanır. Hepatit B'ye karşı aşılı bireylerde ise antikor titresine bakılır.

Çıkan sonuç 100 mIU/ml'nin altında ise kişiye 1 doz aşı yapılır.

HIV bulaşma riskine karşı ise antiretroviral tedavi uygulanabilir.

Tüberküloz:

Mikobakteriyum tüberkülozisin neden olduğu hava yoluyla bulaşan bakteriyel bir enfeksiyondur. Tüberküloz basili canlı fakat inaktif halde kaldığı akciğerlerde konakçının immün sisteminin bozulmasıyla enfeksiyon meydana getirir.

Enfekte birçok kişide tüberküloz (TB) gelişmez ve bu kişiler hastalığı bulaştırmazlar.

Bununla beraber bir kere enfekte olan kişide gelecekte aktif hastalığın gelişme riski vardır.

Tüberkülozda oral lezyonlar da görülebilir. Dil, dudak, bukkal mukoza ve damak, oral lezyonların en sık görüldüğü kısımlardır.

Her yıl uygulanan tüberkülin deri testleri, enfekte olan dental çalışanların belirlenmesinde önemlidir.

Eğer serokonversiyon meydana gelirse, aktif hastalığın gelişmesinin önlenmesi için 6 ay boyunca profilaktik olarak izoniazide başlanması genellikle tavsiye edilir.

Bu da hayatın ileriki dönemlerinde aktif hastalığın gelişme riskini azaltmış olur.

Göğüs filminin alınarak hastalığın aktif durumda olmadığı doğrulanmalıdır.

Acil konumdakiler hariç aktif hastalığa sahip olanların dental tedavileri ertelenmelidir.

Aktif hastalık hikayesi olan ama antitüberküloz tedavisini tam olarak almış asemptomatik hastalara rutin diş tedavisi uygulanabilir.

Aktif hastalığı olup olmadığı bilinmeyen fakat tüberkülin testi pozitif olan hastalara enfeksiyon durumu tespit edilene kadar yalnız acil durumlarda tedavi uygulanmaları veya profilaktik ilaç tedavilerini tamamlamaları beklenmelidir.

Deri testi yapılmamış fakat TB için risk faktörü olan durumlarda potansiyel enfeksiyon varmış gibi davranılmalıdır.

Bunlar, aktif hastalığı olan kişilerle temasta bulunmuş olan, TB'un görülme sıklığının yüksek olduğu yerlerden göç eden, intravenöz ilaç bağımlısı olan ve özellikle AIDS gibi immün sistemi tehdit eden hastalığı olan kişilerdir.

Dental birimlerde TB'un bulaşma riskini en aza indirmek için ek önlemler alınmalıdır.

TB olan veya olduğundan şüphelenilen hastalarda aerosoller mümkün olduğunca az kullanılmalıdır.

Bu, hastanın uygun pozisyonda tedavi edilmesi, "rubber dam" kullanılması ultrasonik ve yüksek hızlı el cihazlarının kullanımının sınırlandırılması ile gerçekleştirilebilir.

Maske dental birimlerin çoğunda rutin olarak kullanılsa da, TB'un hava yoluyla bulaşmasını engellemede oldukça etkisizdir.

DİŞ HEKİMLİĞİNDE BULAŞICI HASTALIKLAR



Travma vakaları veya hayatı tehdit eden enfeksiyonlar gibi tedavinin kesin gerektiği durumlarda dental personel, TB bulaŐmasına karşı etkili olan maskelerle, havalandırmanın sürekli olduğu hastane ortamında çalışmalıdır.

Aktif tüberkülozlu hekimler, tedavilerinin tamamlanması ve arka arkaya alınan üç tükürük smear'inin negatif olması sonrasında klinik çalışmalarına devam edebilirler.

AIDS (Acquired immune deficiency syndrome): HIV pozitif bireylerde ağız içinde gelişen AIDS'in ilk bulgularından olan monilyazis enfeksiyonu diş hekimi tarafından teşhis edilebilir.



Monilyazis ve histoplazmoz gibi fırsatçı enfeksiyonlarla beraber Herpes simpleks enfeksiyonları ve Kaposi sarkomu, non-Hodgkin lenfoma gibi neoplazmlar görülebilir.

Amerikan Diş Hekimliği Birliği (ADA) genel korunma tedbirlerini alan dental birimlerde hastalığın bulaşma riskinin olmayacağına dair yorum getirmiştir.

Herpes simpleks: Akut bir durumda olabileceği gibi, ağız ve dudakların çevresinde sıklıkla görülen rekürrent lezyonlar halinde de olabilir.

Hastalığın bulaşması genellikle kişinin temasıyla Herpes simpleks virüsünün deriye ve müköz membrana geçmesiyle olur.

Veziküler döküntüler

Veziküler döküntüler virüs partikülleri içerir ve bu yolla diş hekimleri ile hastalar arasında bulaşmanın olduğu kanıtlanmıştır.

Veziküler döküntünün ilk 24 saati, viral partiküllerin en yoğun ve bulaşma riskinin en fazla olduğu zamandır.

Diş hekimlerinde tırnakların etrafındaki veya parmağın diğer kısımlarındaki HSV enfeksiyon alanları nadir olarak görülür.

Acil durumlar haricinde Herpes lezyonları geçene kadar diş tedavileri ertelenmelidir

Sifiliz:

Diş hekimleri sifilizin değişik aşamalarındaki oral bulguları iyi bilmelidirler.

Sifilitik ülserin yüzeyi veya sekonder sifilizin müköz "patch"leri son derece bulaşıcıdır.

Önceden tükürük veya kan içeren batma yaralanması hikayesi olan, elinde veya parmaklarında kronik ülserler bulunan şüpheli hastaların muayeneleri dikkatli yapılmalıdır.

Diş hekimliği çalışma ortamlarından bulaşabilecek çok sayıda bulaşıcı enfeksiyon ajanı bulunmaktadır ve bunların belirtileri oral lezyonlar olarak ortaya çıkabilmektedir. Dental alanda çalışanlar bu ajanları tanımalı, bunların neden olduğu oral lezyonlar hakkında bilgi sahibi olmalı, dental alanda çalışanlardan hastalara çapraz enfeksiyon riskini azaltmak için gerekli tedbirler almalıdırlar. Diş hekimliği alanında çalışan personelin hepatit B aşısı olması son derece önemlidir.

Fakat daha da önemlisi kan yoluyla ve diğer yollarla geçen enfeksiyon ajanlarının bulaşma riskini azaltmak için genel tedbirler her zaman titizlikle uygulanmalıdır.

Covid-19

Dünya sağlık örgütünün (WHO) uluslararası halk sağlığı acil durumu ilan etmesine sebep olan ve halen devam eden,başladığı günlerde 2019-NcoV, daha sonra WHO'nın resmi kararıyla Covid-19 olarak adlandırılan salgın, 2019'un Aralık ayının son günlerinden beri dünyanın gündemindedir.



Coronavirüsler hem insanlarda hem hayvanlarda bulunabilen büyük bir virüs ailesinin bir parçasıdır. Bazıları insanları enfekte edebiliyor, yaygın olarak basit bir soğuk algınlığına veya MERS (Orta doğu solunum sendromu) ve SARS (Ciddi akut solunum sendromu) gibi çok ciddi hastalıklara sebep olabiliyor.

Coronavirüs, 20 yıldan kısa bir süre önceye kadar insanlarda hafif derece hastalığa neden olan bir virüs olarak değerlendirilmiş, araştırmaların odak noktası olmamıŐ.

Coronavirüsler hayvanlardan insanlara geçebilen bir virüs türü olduğu için zoonotik hastalıklar olarak adlandırılır.

İnsanların bağışıklık sistemi daha önce bu virüsle karŐılaŐmadığı için, vücutta daha önce bu virüse karşı bağışıklık gelişmediği için zoonotik hastalıklar ölümcül olabiliyor.

Araştırmacılar, coronavirüs ailesine ait virüslerin aliminyum, ahŐap, kağıt, plastik ve cam gibi değişik malzemeler üzerinde en fazla 4- 5 gün canlı kalabileceğini söylüyor.

Düşük sıcaklık ve yüksek nemin bu virüslerin yaşam süresini uzattığını söylüyor.

Hastanelerde her türlü yüzeyin çok dikkatli bir şekilde sodyumklorit, hidrojen peroksit veya etanol içeren çözeltilerle dezenfekte edilmesini önermektedir.

Covid-19 virüsünün ne kadar tehdit edici olduğu düşünülürse elleri sık sık yıkamak ve ortak kullanım alanlarının temizliğine özen göstermek büyük önem taşımaktadır.

Dışhekimliği hastaları ve çalışanları, ağız boşluğunu ve solunum yollarını enfekte eden virüsler ve bakteriler dâhil patojen mikroorganizmalara maruz kalabilirler.

Dış tedavi ortamı hastalarla yüz yüze, sıklıkla tükürük, kan ve diğer vücut sıvılarına maruz kalma ve keskin aletlerin kullanılması gibi işlemlerle Covid-19 enfeksiyon riskine her zaman açıktır.

Havadaki mikroorganizmaların solunması yoluyla ağız ortamına bulaŐabilir.

Bulaşma havada uzun süre asılı kalabilen, kan, ağız sıvıları ya da diğer hasta materyalleri ile doğrudan temas, göz, burun veya ağız yoluyla enfekte olmuş bir kişiden, konuşurken, hapsirirken, öksürürken, damlacıklar ve aerosollerle ve kontamine aletler ve kontamine çevresel yüzeylerle dolaylı temas ile gerçekleşebilir.

Aerosol; devirli aletler, hava-su spreylelerinden, havaya karıŐan damla ve damlacıklardır. Su, tükürük, kan, bazı döküntüler ve mikroorganizmalar içerir. Çapı 10 mikrometreden büyük olan damlacıklar ağırlıkları nedeniyle hemen yüzeylere inerler. Çevrenin kontaminasyonu içerdiği mikroorganizmaların bulaşması ancak doğrudan temasla gerçekleşebilir.

Çapı 10 mikrometreden küçük olan aerosoller damlacık çekirdekleridir. Havada asılı kalabilen, solunabilen büyüklükte ve çıplak gözle görülemeyen damlacıklardır. Bu nedenle dış hekimliğinde SARSCov'un havadan yayılımı birçok literatürde bildirildiği gibi Covid-19'un da tükürük ve kanla damlacıklar ve damlacık çekirdekleri ile yayılmasından endişe edilmektedir.

DİŞ HASTALIKLARI VE ORAL HİJYEN EĞİTİMİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

Ağız ve diş rahatsızlarının tespit edilip tedavi edilmesinde Diş hekimleri öncü konumdadırlar. Ancak ülkemizde diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Oral Hijyenistler olmadığı için Diş hekimleri hastalarını tedavi etmeleri yanı sıra oral hijyenle ilgili bilgi ve yöntemleri de üstlenmiş durumdadırlar. Ağız hijyeni alışkanlıklarının iyi olması çürük riskini azaltır. Hem diş çürüklerinin hem de periodontal hastalıklarının ana nedeni dental plaktır. Plağın hasta tarafından düzenli olarak uzaklaştırılmasıyla bu hastalıklara engel olunmuş olunacaktır. Bu açıdan geliştirilmiş tüm hijyen araçlarının kullanım amaçları plağın uzaklaştırılmasına dayanmaktadır. Plak, diş yüzeyinden uzaklaştırılmazsa, enfeksiyon önce dişetini sonra da komple destek dokuları tutarak dişin kaybı ile sonuçlanabilecektir. Periodontal hastalıkların en yaygın olarak rastlanan hastalık gruplarından oldukları kabul edilen bir gerçektir. Diş fırçalama sıklığı: Hergün en az 1 kez macunla fırçalanmalıdır. Diş macunu floritli olması riski azaltır. Diş fırçalama zamanı, Dişler kahvaltıdan sonra ve gece yatarken macun ile fırçalanmalıdır. Fırçalama süresi, en az 1.5- 2 dakika sürmelidir. Diş fırçasının modeli, boyutu, fırça kılları orta sertlikte olmalıdır. Boyu 2-3 diş içine alacak uzunlukta olmalıdır. Diş temizliğinde yardımcı araçlar, Ağız duşu (water pick) Diş ipi Kürdan Şekersiz çiklet – ksilitol ile tatlandırılmış çiklet çiğnendiğinde dental plak miktarı azalmaktadır. xylitol içeren sakız çiğnediğinizde (veya bir tatlandırıcı olarak kullandığımızda) bakterilerdeki şeker metabolizması engellenir ve tam anlamıyla açlıktan ölürlür. Dilin fırçalanması, çürük yapıcı mikroorganizmalar dilin dorsumunda yer alır. Çürüğü olan hastalarda paslı dil gözlenebilir. Arayüz temizliği, Arayüz fırçası, hem dişlerin arasındaki plağın ve gıdaların uzaklaştırılmasını sağlarken, hem de diş etlerine masaj yaparak bu alanlardaki kan dolaşımını artırır. Böylece, diş eti çekilmesini yavaşlatır. Günümüzde üretilen elektrikli diş fırçaları ileri geri hareket etmeleri ve dairesel hareketleri nedeniyle diş yüzeyinde maksimum bölgeye ulaşma imkânını sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar, interproksimal bölgelerdeki temizlik oranının manuel fırçaya göre daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Elektrikli diş fırçalarının etkin ve doğru kullanımı dental plak oluşumunu engellemekte başarılı sonuçlar vermektedir. Özellikle ortodontik tedavi gören kişilerde plak temizleme etkinliği açısından daha etkili olduğu görülmüştür. Elektrikli diş fırçasının kullanımı manüel diş fırça kullanımından farklıdır. Elektrikli fırça sadece diş ve dişeti dokularına 45 derecelik açı ile temas ettirilmeli fazla basınç uygulanmamalıdır. Elektrikli diş fırçası ile fırçalama süresi tüm ağız için yaklaşık olarak 4 dakikadır. Elektrikli diş fırçalarının fırça kısmı değiştirilebileceği için birden fazla kişi tarafından kullanılabilirler. Kimyasal plak eliminasyonu, ağız gargaraları, Klorheksidin diglukonat Antibakteriyel özelliği vardır. Klorheksidin bir biguanid antiseptiktir ve genel oral hijyene ara verildiği zaman plak ve gingivitis gelişimini azaltmada önemli rol oynar. Diş minesini hidrokapatiti, diş yüzeyi, bakteri ve tükrük proteinleri içeren oral yapılara güçlü afinitesi vardır. Diş Macunlarının İçeriği Abrazivler (Kalsiyum karbonat ve kalsiyum fosfatlar) Nemlendiriciler Köpürtücü ajan (sabun veya deterjan) Bağlayıcı (birleştirici) ajan Aroma verici ajan Tatlandırıcı ajan Tedavi edici ajan Renk vericiler ya da koruyucular Dentin Hassasiyetini Önlemeye Yönelik Olan Diş Macunları Dişleri Beyazlatmaya Yönelik Olan Diş Macunları Çürük önlemeye yönelik olan diş

DİŞ HEKİMLİĞİNDE BULAŞICI HASTALIKLAR

macunlar.AĞız gargaraları Şu durumlarda kullanılmaktadır: *remineralizasyona yardımcı olarak, *akut mukoza ve diş eti infeksiyonları, *periodontal cerrahi işlemler sonrası iyileşme dđneminde, *cerrahi





DİŞ HASTALIKLARI VE ORAL HİJYEN EĞİTİMİ

işlemler sonrası, *çalkalama yapabilen 6 yaŐından büyük yüksek çürük risk grubundaki çocuklar ve engelli bireylerde Gargaralar genellikle diş macunları ile aynı içerikte olup macunlardan farklı olarak abrasiv içermezler; ancak bir koruyucu ve alkol içerebilirler. Gargaralardaki aktif içerikler; florid ve florid bileŐikleri, kalsiyum ve fosfat, sodyum lauril sülfat, triklosan, metal iyonlar (çinko, kalay) , hidrojen peroksit, aminoglikosidaz ve glikozoksidaz, esansiyel yağlar(mentol, ökaliptol), klorheksidin, pirofosfat ve potasyum tuzlarıdır.Gingivitis ve periodontitis tedavisinde terapötik olarak kullanılırlar. Bu amaçla klorheksidin ve benzidamin HCl içerikli gargaralar tercih edilir. Ağız gargaraları aftömatöz ülser, kandida enfeksiyonu gibi ağızda meydana gelen ağrılı rahatsızlıklarda semptomları rahatlatırlar.Bebek 6-8 aylıkken, (yani ilk dişler ağızda görüldüğünde) temizleme işlemi başlamalıdır. Sabah kahvaltısı sonrası ve gece yatmadan önce dişleri temiz bir tülbent ya da gazlı bezi ıslatarak silmek, bebekler için üretilmiŐ yumuşak diş fırçaları ya da parmağa geçirilerek uygulanan fırçalar yardımıyla macunsuz olarak temizlemek yerinde olacaktır. Okul öncesi çocuklarda diş fırçalama için bir teknik uygulamak çok zordur. Bu yaşlarda önemli olan, çocuğa diş fırçalama alışkanlığı kazandırmaktır.

. KORUYUCU DIŞ HEKİMLİĞİ

BİLİNÇLİ İLAÇ KULLANIMININ TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği, İstanbul

Akılci ilaç kullanımı (AİK) tanımlaması bundan 30 yıl önce Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde kişisel gereksinimlerin karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünü” olarak tanımlanmıştır . İlaç kullanımının akılcı ilkelere uygun yapılmaması halinde ortaya çıkan pek çok sorunun ise akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) ortak adıyla anılır . İlaçların doğru kullanılıp kullanılmadığı sorununu dünya genelinde tartışılmaktadır. Her ne kadar DSÖ yıllardır konu ile ilgili yapıcı adımlar atsada, AOİK sorunu Türkiye de dâhil pek çok ülkenin baş etmeye çalıştığı temel sağlık sorunlarından birisi haline dönüşmüştür. Dünya genelinde ilaçların yarıya yakının yanlış, bilinçsiz kullanılmakta olduğuna dair kaygılar bulunmaktadır.

Örneğin, akılcı olmayan antibiyotik kullanımı sorunu alarm vermektedir ve son zamanlarda bunun evrensel boyutta taşıdığı tehlikeler ve çözüm yolları üzerinde durulmaktadır. Tüm bu gelişmeler, AİK’in önemini artırmıştır. Bu doğrultuda Türkiye’de de son yıllarda AİK’in yaygınlaştırılmasına yönelik çabalar hız kazanmış,“AİK Ulusal Eylem Planı” bu kapsamda hayata geçirilmeye başlanmıştır.

Diş hekimliği, analjeziklerin, antibiyotiklerin, ağız ve diş sağlığını ilgilendiren diğer bazı ilaçların kullanılabilirdiği özgün bir sağlık alanıdır. Diğer nedenlerle kullanılan ilaçlarda olduğu gibi dental nedenlerle kullanılan ilaçlarda da akılcı olmayan kullanım sorunları yaşandığı düşünülmektedir. Gerek AOİK sorunlarını tespit, gerekse genel olarak “ilaç kullanımı” araştırmaları günümüzde sıkça yapılmasına karşın, diş hekimliğinde bu nevi araştırmaların sayısı son derece sınırlıdır. Dolayısıyla, dental nedenlerle ilaç kullanımı araştırmalarına Türkiye’de daha belirgin olmak üzere dünya genelinde ihtiyaç duyulmaktadır.

Örneğin, halkın ilaç teminini nasıl gerçekleştirdiği, ilaç(lar)ı nasıl kullandığı ve ilaç israfında bulunup bulunmadığı gibi hususlardaki bilgi ve tutumlarının ayrıntılarıyla saptanması, AİK kapsamında yapılacak faaliyetler açısından hayati önem taşır. Toplumun ilaç kullanma alışkanlıklarını etkileyen pek çok neden bulunmaktadır. Onların konuya ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının bilinmesi, yaşanan sıkıntıların çözümünde anahtar rolü üstlenir. Diş hekimliği AOİK sorununun yaygın olarak görüldüğü alanlar arasındadır.

ADSM’ye başvuranlara göre DHFH’ye başvuranların kısmen daha genç olduğu, öğrenim ve gelir düzeylerinin daha yüksek olduğu, ilave sosyal güvence sahiplerinin daha fazla olduğu, daha azında “dental problem dışı ilave başka hastalık” olduğu dikkati çekmektedir(Tablo 1). Söz konusu bu farklılıkların hastaların ilaç kullanma alışkanlıklarını etkileyebileceği görülmektedir.Araştırmada hastaların diş hekimliği kliniklerine başvuru nedenleri ve bunların sıklığı iki grup arasında farklılıklar içermektedir.

Her ne kadar her iki merkezde de en sık “diş ağrısı” nedeniyle başvurulmuş olsa da bunun oranı, ADSM’de DHFH’den belirgin olarak fazla bulunmuştur (sırasıyla, %51,1 ve %30,2).

Benzeri farklılıklar, izleyen diğer başvuru nedenlerinde de göze çarpmaktadır. Örneğin, ikinci sıklıkta başvuru nedeni olarak ADŞM’de “protez yapılması/ yenilenmesi” (%28,9), DHFH’de ise “diş eti problemleri” (%16,3) ile karşılaşmıştır. Bu durum, üniversite ve kamuya ait dental kliniklere başvuru nedenlerinin birbirinden farklı olabildiğini göstermektedir.

Literatüre yansıyan çalışma sonuçlarına göre, dental nedenlerle kendi kendine ilaç kullanma alışkanlığı sergileyenlerin oranın %50,7 ile %67,8 arasında olduğu bildirilmiştir . ADŞM’de DHFH’nin iki katından fazla olmak üzere tüm hastaların %29,3’ü (sırasıyla, %36,0 ve %15,9) diş kliniğine başvuru öncesi ilaç kullandığını beyan etti(Tablo 1) . Gruplar arasında gösterilen sosyodemografik farklılıkların bunda rolü olduğu söylenebilir. Özellikle daha düşük sosyo-ekonomik koşullara sahip olanların diş hekimliğine başvuru öncesi kendi imkânları ile kendi kendine tedavi önceliğini kullanmış olabileceği düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında da eğitim düzeyi yüksek gruplarda kendi kendine ilaç kullanım oranının yüksek seyrettiği belirlenmiştir .

. Bu durum çalışma sonuçları ile örtüşmektedir. Başvuru öncesi kullanıldığı beyan edilen ilaçların ¾’ünden fazlasını analjeziklerin oluşturması bu varsayımı desteklemektedir. Nedeni belirlenmeden dental kaynaklı ağrılarda doğrudan analjezik kullanma yaklaşımı, altta yatan sorunun sağlıklı çözümünü engelleyebilir, gecikme kaynaklı daha ciddi sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilir. Çalışmamızda diş kliniğine başvuru öncesi ilaç kullananların %77,5’u analjezik kullandığını, %15,0’i ise antibiyotik kullandığını belirtti. Nijerya’da yapılan çalışmada ise ağız ve diş sağlığı problemleri için analjezik kullananların oranı %40,9 iken antibiyotik kullananların oranı %21,2 bulunmuştur.

İzmir’de DHFH’de yapılan bir çalışmada ise analjeziklerin %31,7’sinin reçetesiz kullanıldığı belirlenmiştir . Türkiye’de yapılan iki ayrı çalışmada sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullananların ve eczaneden reçetesiz ilaç alanların sıklıkla analjezik(sırasıyla, %76,2 ve %90,4) ve antibiyotik (sırasıyla, %11,5 ve %19,1) kullandığı bildirilmiştir . Bu sonuçlar bizim çalışmamızdan çıkan sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Kendi kendine ilaç kullanımının; yanlış teşhis, gereksiz ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri ve polifarmasi riskleri ile ilişkisi olduğu bilinmektedir.

Analjeziklerin reçetesiz kullanımının antibiyotiklere göre daha masum olduğu düşünülmektedir. Ancak ABD’de yapılan bir çalışmada, en sık kullanılan analjeziklerden biri olan parasetamolün üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında görülen karaciğer toksisitesi vakalarının en az %42,0’sinden sorumlu olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla, analjeziklerin bilinçsiz kullanımının da önemli risklere yol açabileceği, kendi kendine kullanımının sınırlı tutulması gerektiği göz ardı edilmemelidir. Bu bakımdan diş hekimince muayene edilmeksizin doğrudan kendi kendine tedavi yoluyla analjezik kullanılmasının yeterince akılcı olmayacağı söylenebilir.

Bu tespitten daha da kritik önemde olanı ise hastaların %15’inin kliniğe başvuru öncesi antibiyotik kullanmalarıdır (Şekil 1). Diş hekimliğinde oldukça sınırlı sayıdaki endikasyonda ve ancak ki hekiminin kontrolünde kullanılması gereken antibiyotiklerin araştırmada azımsanmayacak oranda hasta tarafından başvuru öncesi kullanılıyor olması, AOİK’e işaret etmektedir. Antibiyotiklerin yanlış kullanılması ve direnç sorunu dünya genelinde güncel sağlık sorunları arasında yer almaktadır . Türkiye bu sorunun yaşandığı önde gelen ülkelerden birisidir . Ülkede konuya ilişkin yapılan tespitlerin çoğunluğunu dental dışı

BİLİNÇLİ İLAÇ KULLANIMININ TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

nedenlerle antibiyotiklerin kullanımı oluşturmaktadır. Dolayısıyla, bu araştırmada antibiyotiklerin kullanımıyla ilişkili tespitler AİK açısından daha da kıymetlidir.

İlaç kullanımı konusuna erkeklere kıyasla kadınların genel olarak daha yatkın oldukları söylenebilir. Benzeri durumun dental nedenlerle kendi kendine ilaç kullanımında da geçerli olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim bu araştırmada kliniğe başvuru öncesi ilaç kullanmış olanların erkeklere göre kadınlarda daha fazla (sırasıyla, %34,1 ve %21,6) olduğu görüldü (Tablo 2). Benzer şekilde literatürdeki başka çalışmalarda da kendi kendine ilaç kullanımının erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek seyrettiği bildirilmiştir.

İstisnaları olmakla beraber diş hekimliğinde ilaç tedavisi gerektiren durumlar, daha çok akut sayılabilecek bir tedavi sürecini izler. Nitekim “son bir yıl içinde dental problemlerin tedavisi nedeniyle alındığı” beyan edilen ilaçların %56,8’inin antibiyotiklerden oluşması, söz konusu akut tedavi protokolü yaygınlığının somut göstergelerinden birisidir. Katılımcıların %39,4’ü (ADSM’de %44,3 ve DHFH’de %29,5) ”son bir yıl içinde dental nedenlerle ilaç kullandığını” beyan etti. Hastaların son bir yılda dental nedenlerle ilaç kullanımını sorgulayan literatüre yansıyan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte söz konusu süre boyunca genel ilaç kullanımını araştıran Türkiye’de yapılmış bir çalışmaya rastlanmıştır.

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin “son bir yılda” ilaç kullanma oranının %71,7 olduğu bildirilmiştir . Literatüre yansıyan sonuçlarla kıyaslandığında hastaların dental nedenlerle yakın geçmişte kısmen daha az ilaç tükettikleri anlaşılmaktadır. Öte yandan bu ilaçların çoğunu antibiyotiklerin oluşturması, başlı başına düşündürücüdür. Yukarıda değinildiği üzere oldukça sınırlı kullanım yeri olmasına rağmen antibiyotiklerin dental nedenlerle aşırı tüketildiği anlaşılmaktadır. Bu tespit, antibiyotiklerin akılcı olmayan kullanımının engellenmesi için bilinçlendirme faaliyetleri başta olmak üzere diş hekimliğinde AİK’in yaygınlaştırılmasına ilişkin özel önlemlerin alınması gerektiğine işaret etmektedir. Araştırmada “periodontal problemleri ile birlikte halsizlik, ateş vb. şikâyetlerini içeren sistemik bir rahatsızlığının da bulunması halinde ne yapacağı sorusuna, katılımcıların %14,2’sinin muayene olmadan da antibiyotik kullanacağını, %11,7’sinin de antibiyotiğe başlayacağını ancak iyi hissettiğinde bırakacağını belirtmiş olması, hastaların antibiyotik kullanma yatkınlığını gösteren dikkat çekici diğer bir bulgudur (Tablo 4). Araştırmada sadece antibiyotikler için değil, aynı zamanda dental nedenlerle kullanılan tüm ilaçlar için de hastaların tedavi süresine uymama yatkınlığı sergiledikleri anlaşılmaktadır . Diş hekiminin reçete ettiği ilacı katılımcıların sadece %42’sinin “hekim veya eczacının önerdiği süre boyunca kullanacağını” beyan etmesi, bu bakımdan oldukça düşündürücüdür. DSÖ’nun yayımladığı raporda hastaların yarısının tedavilerine uyunc göstermediği, ciddi AOİK sorunları yaşandığı belirtilmiştir . Bizim çalışmamızda bu tespit, sorunun dental nedenlerle ilaç kullanımında da hayli yaşanmakta olduğuna işaret etmektedir.

Gereksiz yere evde ilaç bulundurma israf kaynağıdır ve potansiyel sorunlara yol açması nedeniyle önemli AOİK nedenidir. Her ne kadar bazı kişilerin önceden tanımlanmış “diş ağrısını giderme” gibi nedenlerle bazı ağrı kesicileri, ağız diş sağlığını ilgilendiren sınırlı sayıdaki ilaç/ürünü evlerinde bulundurması kısmen de olsa kabul edilebilir. Ancak bu yaklaşımın aşırıya kaçma ihtimali her zaman söz konusudur. Sağlık çalışanlarının hastalarını bu konuda daha dikkatli olmaya yönlendirmesi beklenir. Aksi halde geliş güzel evde bulundurulmuş ilaçlar, doğru koşullarda muhafaza edilememesi, yeniden kullanılıp

BİLİNÇLİ İLAÇ KULLANIMININ TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

kullanılmama endişesi yaratma, başarısız atık yönetimi ile uzaklaştırılma gibi insan ve çevre sağlığını olumsuz etkileyebilecek/potansiyel kazalara sebebiyet verilebilecek hayati sorunların yaşanmasına zemin hazırlar.

Bu risk diğer ilaçlarda olduğu gibi dental nedenlerle kullanılan ilaçlar için de geçerlidir. Literatüre yansıyan çalışma sonuçlarına bakıldığında genel olarak karşılaşılan “hastaların ilaç muhafaza etme ve atığını imha etme sorunları” ile bu araştırmada da karşılaşıldığı görülmektedir . Örneğin, katılımcıların yaklaşık 1/3’ü “evlerinde dental problemlerin tedavisi sonrası arta kalan ilaçları çöpe/tuvalete attığı”; yarısından fazlasının “evlerinde buldukları ilaçları buzdolabında sakladıkları” beyanları bu yanlışlıklar arasında ön planda göze çarpmaktadır (Tablo 3).

Dental problemleri için evde bulundurduğu ilaçları çok az kişinin (%25) “diş hekimine danışarak kullandığı”; %47,3’ünün “kimseye danışmadan kullandığı” anlaşılmaktadır. DHFH’de diş hekimine danışarak kullanma davranışını sergileyenlerin çok daha az (%15,4) olması, üniversite kliniğine başvuran hastaların ilaç tedavileri konusunda diş hekimleri ile daha az temasta olduklarını yansıtmaktadır. Türkiye’nin batısında ve güneyinde yer alan 3 ayrı kentte yapılan çalışmalarda da hastaların ilaç kullanımında kendi başına karar verme eğiliminin az olmadığı bildirilmektedir.

İzmir’de DHFH’de yapılan bir çalışmada ise hastaların %21,1’inin evlerindeki artık ilaçları kullanmadan önce kimseden bilgi almadıkları bildirilmiştir . Mersin’de yapılan bir çalışmada ise doktora tavsiyesi olmadan ilaç kullananların %51,3’ü kendi bilgileri doğrultusunda, %26,9’u çevrelerinin, %14,1’i ailesinin önerilerine göre ilaç kullandıklarını belirtmiştir . 2003 yılında Isparta’da yapılan başka bir çalışmada ise sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullananların %73,1’inin kendi kararıyla ilaç kullandığı bildirilmiştir.

Araştırmada bazı katılımcıların (%9,8) “gerek olabileceği düşüncesiyle diş hekimine ilaç (tamamına yakını analjezikler) yazdırıp, evde bulundurduğu” tespit edildi. Kendi kendine ilaç kullanmaya yatkın olan bireyler bu ilaçları reçetesiz olarak temin edip kullanabildikleri gibi bazen de reçeteyle aldıkları ilaçları bir şekilde arta kalanlarını tekraren kullanma eğilimi içinde olmaktadır. Nitekim beklenenden daha fazla sayıda katılımcının (%73,1) “daha önce dental problemler nedeniyle reçeteli olarak aldığı bir ilacı kendi kararıyla tekrar kullandığını” beyan ettiği görüldü (Tablo 1).

Arta kalan ilaçların bu şekilde tüketilmesi bilinçsiz kullanıma dayalı AOİK’i işaret etmektedir. Üstelik reçeteli alınan ilaçların istenildiği gibi düzenli/tedavi süresiyle uyumlu kullanılmaması halinde arta kalanları fazla olabilir. Dolayısıyla, bazı hastaların yetersiz tedavi olma kaynaklı arta kalan ilaca sahip olabilecekleri ihtimali, bu şekilde yaşanabilecek başka bir AOİK sorununu a düşündürmektedir. AİK ilkelerince hareket eden bir hekim, iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurar, hastasına gerekli bilgileri anlatmak için zaman ayırır ve tedavi sürecine aktif şekilde katılması, tedavisini sahiplenmesi için hastasını motive eder. Doğru hasta-hekim ilişkisinin sonucunda hastaların tedaviye uyuncunun arttığı bilinmektedir. Araştırmada elde edilen tespitler, hastaların önceki görüşmeleri sırasında bu konularda hekimleri tarafından yeterince bilinçlendirilmediklerini düşündürmektedir. Katılımcılara kendi kararlarıyla bazı ilaçları (analjezikleri, antibiyotikleri, antiseptik gargaraları ve spreylere) tekrar kullanırken nelere dikkat ettikleri sorulduğunda dört ilaç grubunun hepsinde de hastalar bu ilaçları en fazla “belirtinin yer ve şiddet benzerliği olan durumlarda” yeniden kullanma alışkanlığı

BİLİNÇLİ İLAÇ KULLANIMININ TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

sergilediğini beyan etti. Diğer üç ilaç grubunda “kendi kendine tedavinin” yeri ve olanağının kısmen de olsa varlığından söz edilebilir.

Dolayısıyla bazı hastaların önceki deneyimleri ve bilgileri ışığında bu nevi ilaç/ürünleri sınırlı durumda kendi kendine tedavinin bir unsuru olarak kullanması kısmen mümkündür.

Oysa antibiyotikler için böylesi bir kullanıma kesinlikle yer yoktur. Antibiyotiğe karşı direnç gelişiminin ve antibiyotik kullanımına bağlı diğer sorunların önlenmesi bakımından antibiyotiklerin gerek dış hekimliğinde gerekse diğer tıbbi durumlarda kullanımını sadece doktor kontrolünde reçeteli olması gerekir. Araştırmada hastaların bu bakımdan hatalı yaklaşım sergiledikleri tanı koyup tedavi düzenleme konusunda gereksiz özgüven duygusuna sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Diş ve diş eti ile ilgili üç özel hastalık durumunda (aftuçok-yara durumu, diş eti kanaması, diş ağrısı) nasıl bir yaklaşım sergiledikleri sorgulandığında, katılımcıların daha çok “diş hekimine danışırım” yanıtlarını vermiştir. Bu olumlu tutumlarına karşın “aft, uçuk, yara vb. durumdaki yaklaşımlarında” daha belirgin olmak üzere azımsanmayacak sayıda katılımcının “diş hekimine danışma dışında” başka yolları tercih edeceği beyanları, hastaların tanı/tedavi sürecindeki hatalı tutumlarının bir diğer göstergesidir.

. Katılımcıların yaklaşık dörtte birinin söz konusu hastalıklarda “yakınlarına ilaç tavsiyesi vereceğini” beyan etmesi de bu çıkarımı desteklemektedir. Kendi kendine bilinçsiz ilaç kullanma eğilimi yönündeki tüm bu tespitler, söz konusu AOİK alışkanlığının topluma yönelik yürütülecek AİK eğitim faaliyetlerine ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. AİK ilkeleri çerçevesinde ilaç tedavisi düzenleyecek bir hekimin ilgili endikasyonda önceden belirlediği kişisel ilacının o sırada karşısındaki hastaya uygun olup olmadığını belirlemesi gerekir. Bunun için “kullandığı/kullanmakta olduğu ilaçlar, hastalıkları ve varsa besin/ilaç alerjileri vb.” hakkında hastaya yeterli sorgulamayı yapması beklenir. Araştırmalar hekimlerin bu konudaki beklentileri karşılanmadığını ve söz konusu sorgulamayı yeterince yapmadıklarını rapor etmektedir . Oysa uygun olmayan ilacı reçetelemenin kontrendike olan ilaçları kullanmak başta olmak üzere pek çok olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Bu olumsuzlukları önlemeninyollarından birisi, hastaların söz konusu sorgulama konusunda dikkatli olmalarıdır.

AİK ilkeleri gereği hastalarında bilinçli olma yükümlülüğü bulunmaktadır. Hekim kendisine ilaç uygunluğuna ilişkin sorular sorduğunda yeterli cevabı verebilmeli, hekim bu sorgulamayı atladığında ise hasta bu bilgileri hekimine kendisi hatırlatmalı ve onu bilgilendirmelidir. Bu bilgilendirmeleri doğrudan yaptığını beyan eden katılımcıların oranının sırasıyla %68,3, %69,2 ve %72,5 olduğu; bu bilgileri diş hekiminin sorması halinde söylediğini belirtenlerin ise sırasıyla %25,9, %27,5 ve %25,8 olduğu saptandı (Şekil 2). Bu sonuçlar diş hekimleri tarafından tedavileri düzenlenirken hastaların “ilaç uygunluğuna etki edebilecek kendi anamnez bilgilerini diş hekimleri ile paylaşma eğilimlerinin” yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmada ilaç ve ilaç dışı tedavi araçlarını son bir yılda kullanma bakımından ADSM ve DHDF grupları arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Örneğin, “son bir yıl içinde dental problemleri nedeniyle“yaşam biçimi değişikliği de dahil ilaç-dışı tedavi” uyguladığını” belirtenlerin DHFH’de ADSM’dekilerin 4 katından fazla olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 1).



BİLİNÇLİ İLAÇ KULLANIMININ TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

Hastaların ilaçlar konusundaki bilgileri nereden ve nasıl öğrendikleri AİK açısından büyük önem taşır. Doğru, objektif ve kanıta dayalı bilgiye toplumun güvenilir kaynaklar yoluyla ulaşmaları gerekir . Araştırmada genel olarak katılımcıların ilaçlarla ilgili bilgi edinme ve ilaca bağlı sorunla karşılaşılınca ne yapacağı konularında nispeten daha akılcı yaklaşım içinde oldukları görülmektedir. Örneğin, “dental nedenle ilaç kullanırken gerekli bilgileri ve olası yan etkileri nereden öğrendikleri” sorgulandığında katılımcıların bu bilgileri genel olarak doğru bilgi kaynakları olarak sıralanan “kullanma talimatından” (%56,6), dış hekiminden (%14,5) ve eczacıdan (%7.9) öğrendikleri anlaşılmaktadır.

İzmir’de yapılan çalışmada da hastalara benzeri bir soru sorulmuş ve hastaların %25,6’sı “sağlık profesyonellerinden”, %66,2’sı ile “prospektüsten” cevabını vermiştir. Doğru bilgi kaynaklarından yararlanma eğilimi” ile ilgili araştırmamızdaki olumlu tespiti destekleyen bir diğer bulgu, katılımcıların “medyada/internette reklamı yapılan diş sağlığını ilgilendiren ürünleri kullanmayacağı” beyanını yüksek yüzde ile (%80,5) vermiş olmalarıdır. Öte yandan eşdeğer ilaçlar konusunda sergilenen tutum, yukarıdaki tespitler ışığında beklentilerin gerisinde kalmıştır. Katılımcıların %35,9’u “ağız ve diş sağlığı ile ilgili reçete edilen ilacın eczacı tarafından eşdeğeri önerilmesi” halinde bunu “kabul etmeyeceğini” belirtmiştir. Japonya’dayapılan bir çalışmada, katılımcıların %33,1’inin eczacının eşdeğer ilaç önerisini kabul edeceği bildirilmiştir. 2010 yılında İstanbul’da hekim, eczacı ve hastaların eşdeğer ilaca bakışını sorgulayan bir çalışmada da bu araştırmada olduğu gibi eşdeğer ilaç konusunda bilgi eksikliği ve güven sorunu yaşandığı bildirilmiştir. Söz konusu çalışmada eczacının eşdeğer ilaç önerisini hastaların%16’sı kesinlikle kabul etmeyeceğini, %71’i ise ikna olursa kabul edeceğini belirttikleri bildirilmiştir . Tüm bu tespitler, hastaların eşdeğer ilaçların kullanımı konusunda çekincelerinin sürdüğüne işaret etmektedir.

KAYNAKÇA

1. Koyuncuoğlu C.Z., Kırmızı N.İ., Ceylan İ. , Akıcı A. Diş Hekimliği Kliniklerine Başvuru Öncesinde Hastaların İlaç Kullanımı İle İlgili Tutumlarının Araştırılması. Marmara Pharmaceutical Journal 2017 ;21: 165-176.
2. Baykan Z. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma. STED Eylül 2000.
3. Öztürk D.N., Karaca İ.R. Diş hekimliği açısından riskli sistemik hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı oluşabilecek acil durumlar: bölüm 2 - sistemik acil durumlar ve müdahaleleri. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. 2016;16: 157-163.
4. Greenwood M, Meechan JG. General medicine and surgery for dental practitioners: part 3.Management of specific medical emergencies in dental practice. Br Dent J 2013; 217: 21-6.
5. Çakur B., Miloğlu Ö., HARORLI A.Radyoterapi ve kemoterapi gören hastalarda oral bakım. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. 2006;16(3):50-55.
6. Robert A.O, Blanchaert R. Current management of oral cancer: A multidisciplinary approach. JADA 2001; 32:19 -23.
7. Şenel B. Diş hekimleri için risk taşıyan hastalıklar ve diş hekimlerinin mesleki rahatsızlıkları. Gülhane Tıp Dergisi 2007; 49: 204-212.
8. Ak Özlem. Küresel Kabus. Bilim ve Teknik. Mart 2020.
9. Özkan G.,Kanlı A.Ağız ortamında yaşlanma ile birlikte görülen değişimler. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2012 46(3):68-78.
10. Kloetzel M.K., Huebner C.E.,Milgrom P.Referrals for Dental Care During Pregnancy. Journal of Midwifery & Women's Health. doi:10.1111/j.1542-2011
11. Develioğlu H., Gedik R., Tufan N.,Yalçın D. Bireylerin oral hijyen araçları ve bilgilerinin araştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi 2001;4 (1): 15-19.
12. Bostancı HS, Akkaya M, Günhan M. Bir araştırma nedeniyle okul öncesi çocuklarda ağız hijyen eğitimi. A U Diş Hek Fak derg 1985; 12: 553-560.