

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ
FAKÜLTESİ AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ
KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DEMOGRAFİK, SİSTEMİK VE RADYOGRAFİK
KARAKTERİSTİKLERİNİN BELİRLENMESİ**

Dt. Ayşe Taş

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Selmi Yılmaz

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ
FAKÜLTESİ AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ
KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DEMOGRAFİK, SİSTEMİK VE RADYOGRAFİK
KARAKTERİSTİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Dt. Ayşe Taş

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Selmi Yılmaz

2021-ANTALYA

ONAY SAYFASI

Ayşe TAŞ tarafından sunulan bu çalışma jürimiz tarafından **oy birliği/oy çokluğu** ile Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalında Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir. .../...../.....

İmza

Üye : Doç. Dr. Selmi Yılmaz
Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Üye : Doç. Dr. Eda Didem Yalçın
Dokuz Eylül Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Üye : Dr. Öğr. Üye. Sevcihan Günen Yılmaz
Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Bu tez,/...../..... tarih ve/..... sayılı Yönetim Kurulu kararıyla belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Diş Hekimliği Fakültesi

Kurum Yöneticisi

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Aday

Ayşe TAŞ

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Selmi Yılmaz

İmza

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin hazırlanmasında değerli bilgilerini, tecrübelerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, güler yüzü ve içtenliğiyle her daim yanımda olduğunu hissettiğim sevgili hocam ve değerli tez danışmanım Doç. Dr. Selmi YILMAZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, her konuda bilgi birikimini, tecrübelerini ve desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevcihan GÜNEN YILMAZ'a,

İçtenliği ve yardımsever tavrıyla tüm bilgi ve birikimini benimle paylaşan, gösterdiği anlayış ve destek ile hem eğitmen hem de arkadaş hissi veren çok değerli Uzm. Dr. Dt. Hümeysra Tercanlı ALKIŞ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan ve zaman geçirmekten büyük keyif aldığım, mezun olan ve eğitimi devam eden tüm asistan arkadaşlarım ve Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı personeline,

Hayatım boyunca hiçbir fedakarlıktan çekinmeden her anımda yanımda olan canım aileme,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Oral ve maksillofasiyal bölgede görülen hastalıkların teşhisi için anamnez alınması, ekstraoral-intaoral muayene, radyografik muayene ve diğer özel muayene yöntemleri kullanılır. Bu tez çalışmasının amacı, Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi (ADÇR) kliniğine başvuran hastaların fakülte veri tabanındaki mevcut radyografları ve anamnez kayıtlarının incelenerek hastaların demografik, sistemik ve radyografik karakteristiklerinin oluşturulmasıdır.

Yöntem: ADÇR kliniğine 01.01.2013 ve 31.12.2019 tarihleri arasında başvuran hastaların anamnez ve teşhis kayıtları ile röntgen bölümüne yönlendirilen hastaların radyografik kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Belirlenen demografik, sistemik ve radyografik sınıflamalara göre hasta sayıları araştırılarak yıllara ve toplam sayılara göre tablolar oluşturulmuştur. Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı ve Excel programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: 2013-2019 yılları arasında başvuru yapan kadın sayısı erkeklerin sayısından istatistiksel olarak anlamı derecede fazla bulunmuştur. ADÇR kliniğine başvuran tüm hastaların yaşa göre dağılımı incelendiğinde başvuru yapan hastalar 15 ve üzerindeki hastalardır ve bu hastaların %29,3'ü 30-44 yaş grubunda olup en fazla orana sahip olduğu gözlenmiştir. Radyografik verilere bakıldığında ise en çok alınan radyografin panoramik radyograf olduğu görülmüştür (%90).

Sonuç: Anamnez kayıtları sayesinde çalışmanın yapıldığı bölgenin sistemik hastalık karakteristiği ortaya konmuştur ve bu durum teşhis ve tedavi planlamasında yol gösterici olmaktadır. En fazla istenen radyografi çeşitleri ve en çok radyograf isteminde bulunan klinikler belirlenmiştir. Böylece bölüm içi ve bölümler arası işleyişte iyileştirici düzenlemelere gidilebilecektir. Panoramik radyograflarda sık görülen teşhislerin belirlenmesi ile belirli yaş ve cinsiyet gruplarındaki hastalarda dikkat edilmesi gereken hususlar netleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ağız diş ve çene radyolojisi, profil oluşturma, sistemik hastalıklar

ABSTRACT

Objective: Anamnesis, extraoral-intraoral examination, radiographic examination and other special examination methods are used for the diagnosis of diseases seen in the oral and maxillofacial region. The aim of this thesis study is to examine the existing radiographic data and anamnesis records of the patients who applied to the Akdeniz University Faculty of Dentistry, Oral and Maxillofacial Radiology (OMR) clinic, and to establish the demographic, systemic and radiographic characteristics of the patients.

Method: The anamnesis and diagnosis records of the patients who applied to the OMR clinic between 01.01.2013-31.12.2019, and the radiographic records of the patients referred to the x-ray department were retrospectively analyzed. Tables were created according to years and total numbers by investigating the number of patients according to the demographic, systemic and radiographic classifications. Data IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. It was analyzed using 1989, 2010 software and Excel program.

Results: The number of women applying between 2013 and 2019 was statistically significantly higher than the number of men. When the distribution of all patients who applied to the OMR clinic by age was examined, it was observed that the patients who applied were 15 and over and 29.3% of these patients were in the 30-44 age group and had the highest rate. When looking at the radiographic data, it was seen that the most taken radiography was panoramic radiography (90%).

Conclusion: Thanks to the anamnesis records, the systemic disease characteristics of the area where the study was performed were revealed, and this situation guides the diagnosis and treatment planning. The most desired radiograph types and the clinics that requested the most radiography were determined. Thus, improvements can be made in the operation within and between departments. With the determination of common diagnoses on panoramic radiographs, the issues to be considered in patients of certain age and gender groups have been clarified.

Keywords: Oral and maxillofacial radiology, profiling, systemic diseases

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER	vi
TABLolar	vii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1.Hasta Kaydı	2
2.1.1.Tarihçe	2
2.1.2. Kayıtların Özellikleri	3
2.1.3.Kayıtların Tutulması	3
2.2. Radyografik Kayıtlar	4
2.3. Demografik Değerlendirme	5
2.3.1.Yaş	5
2.3.2. Cinsiyet	5
2.4. Sistemik Değerlendirme	5
2.4.1. Hipertansiyon	6
2.4.2. Diabetes Mellitus	7
2.4.3. Kardiyovasküler Hastalıklar	7
2.4.4. Akciğer Hastalıkları	7
2.4.5. Mide Hastalıkları	8
2.4.6. Tiroid Hastalıkları	8
2.4.7. Onkolojik Hastalıklar	9
2.4.8. Kan Hastalıkları	10
2.4.9. Böbrek Hastalıkları	10
2.4.10. Hepatit	10
2.5. Radyografik Değerlendirme	11
2.5.1. Ekstraoral Radyografi	11
2.5.2. İntraoral Radyografi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi	15
3.2. Veri Toplama	15
3.3. İstatistiksel Analiz	16
4. BULGULAR	17
4.1. Demografik Değerlendirme	17
4.2. Sistemik Değerlendirme	24
4.3. Radyografik Değerlendirme	39
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
6.1. Sonuç	57
6.2. Öneriler	57
KAYNAKLAR	59
ETİK KURUL ONAYI	67
ÖZGEÇMİŞ	68

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADÇC: Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi

ADÇR: Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi

DM: Diabetes Mellitus

H. Pylori: Helikobakter Pylori

HAV: Hepatit A Virüsü

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

HT: Hipertansiyon

KBY: Kronik böbrek yetmezliği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler hastalık

PACS: Picture Archiving and Communications System

RVG: Radio Visio Graphy

TME: Temporomandibular eklem

ŞEKİLLER

Şekil 4.1.1. ADÇR kliniğine başvuran hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

Şekil 4.1.2. ADÇR Kliniğine başvuran tüm hastaların yaşa göre dağılımı

Şekil 4.1.3. Yıllara göre hastaların dağılımı

Şekil 4.2.1. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, genel

Şekil 4.2.2. Sistemik hastalıklarının yaş gruplarına göre dağılımı

Şekil 4.2.3. Sistemik hastalıklarının yıllara göre dağılımı

Şekil 4.3.1. Yıllara ve cinsiyete göre alınan radyograflar

Şekil 4.3.2. Ekstraoral radyografların yıllara ve türlere göre dağılımı

Şekil 4.3.3. Panoramik radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı

Şekil 4.3.4. İntraoral radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı

Şekil 4.3.5. ADÇR bölümünde panoramik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin cinsiyete göre dağılımı

Şekil 4.3.6. ADÇR bölümünde panoramik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yaş gruplarına göre dağılımı

TABLÖLAR

Tablo 4.1.1. ADÇR kliniğine başvuran hastaların cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4.1.2. ADÇR kliniğine başvuran kadın hastaların yaşa göre dağılımı

Tablo 4.1.3. ADÇR kliniğine başvuran erkek hastaların yaşa göre dağılımı

Tablo 4.1.4. ADÇR kliniğine başvuran tüm hastaların cinsiyete ve yaş gruplarına göre analizi

Tablo 4.1.5. ADÇR kliniğine başvuran tüm hastaların yaşa göre dağılımı

Tablo 4.2.1. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2013 yılı

Tablo 4.2.2. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2014 yılı

Tablo 4.2.3. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2015 yılı

Tablo 4.2.4. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2016 yılı

Tablo 4.2.5. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2017 yılı

Tablo 4.2.6. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2018 yılı

Tablo 4.2.7. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2019 yılı

Tablo 4.2.8. Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, genel

Tablo 4.2.9. Kadın hastalarda sistemik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo 4.2.10. Erkek hastalarda sistemik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo 4.2.11. Sistemik hastalıklarının yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo 4.2.12. Kadın hastalarda sistemik hastalıkların yıllara göre dağılımı

Tablo 4.2.13. Erkek hastalarda sistemik hastalıkların yıllara göre dağılımı

Tablo 4.2.14: Sistemik hastalıklarının yıllara göre dağılımı

Tablo 4.3.1. Yıllara ve cinsiyete göre alınan radyograflar

Tablo 4.3.2. Cinsiyete göre alınan radyograflar

Tablo 4.3.3. Ekstraoral radyografların yıllara ve türlere göre dağılımı

Tablo 4.3.4. Panoramik radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı

Tablo 4.3.5. ADÇR bölümünde alınan panoramik radyografların yıllara ve cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4.3.6. İntraoral radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı

Tablo 4.3.7. ADÇR bölümünde alınan intraoral radyografların türlere göre dağılımı

Tablo 4.3.8. ADÇR bölümünde panoramik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yıllara göre dağılımı

Tablo 4.3.9. ADÇR bölümünde panoramik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4.3.10. ADÇR bölümünde panoramik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yaş gruplarına göre dağılımı

1.GİRİŞ

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi (ADÇR) Anabilim Dalı; esas olarak oral diagnoz ve radyodiagnostik olmak üzere iki ana ögeden oluşur. Oral diagnoz; ağız bölgesinde görülen ve belirti veren hastalıkların teşhisi, ayırıcı tanısı ve tedavi planlaması ile ilgilenirken; radyodiagnostik yani tıbbi görüntüleme, dokularda oluşturulan enerji salımı veya transferi yardımıyla hastalıkların tanınması olarak tanımlanabilir.

Oral ve maksillofasiyal bölgede görülen hastalıkların teşhisi için şu yöntemler kullanılır:

- Anamnez alınması
- Ekstraoral ve intraoral muayene
- Radyografik muayene
- Özel muayeneler ve incelemeler (diğer görüntüleme yöntemleri, biyopsi, laboratuvar incelemeleri, hematolojik ve biyokimyasal incelemeler)⁽¹⁾

Bu yöntemler ışığında muayene tamamlandıktan sonra teşhis konur ve bir tedavi planlaması oluşturulur. Hastalara ait anamnez bilgileri, demografik, radyografik ve diagnostik veriler dijital bir kayıt sistemi üzerinden kaydedilir ve saklanır. Hasta sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılarak tedavisi için ilgili bölümlere yönlendirilir. Kaydedilen bu hasta kayıtları; hastalar hakkında temel verilerin hazır olmasını ve onlara kolayca ulaşılmasını sağlar. Böylece bir veri tabanı oluşturulmuş olur. Veri tabanı incelemeleri ile hastaların anamnez özellikleri ve tedavi ihtiyaç veya yönelim çeşitliliği belirlenerek gerek bölüm gerekse kurum açısından yapılması ya da yeniden düzenlenmesi gereken unsurlar görünür hale getirilebilir.

Bu tez çalışmasının amacı, Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine başvuran hastaların belirtilen veri tabanından mevcut radyografları ve anamnez kayıtlarının incelenerek hastaların demografik, sistemik ve radyografik karakteristiklerinin oluşturulmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Hasta Kaydı

2.1.1.Tarihçe

Bütün bilimler için daha önceden kaydedilen dökümanlar, eğitim müfredatının temelini oluştururlar. Bir başka deyişle, geçmiş olaylar üzerine çalışmalar, daha önce olanları ve gelecekte ne yapılması gerektiğini göstermenin bir yoludur. Bütün araştırmacılar, kendi araştırma faaliyetleri için diğerlerinin bilgi ve araştırma sonuçlarını incelemeye ihtiyaç duyarlar. Araştırma sonuçlarını incelemeyi ve sunmayı kolaylaştırmak amacıyla, makaleler için belirli yazı biçimlerinin kullanımı önerilirken, aynı zamanda her hastanın tedavisinden elde edilen tıbbi kayıtları ve bulguları incelemeyi kolaylaştırmak için de bir çeşit hasta kayıt formatı oluşturulması önerilmektedir.⁽²⁾

Mağara duvarlarındaki resimler, kil tabletler, papirüs ya da deri parşömenler, bilimin ilk kayıtlarının bazı örnekleridir ve o bilgiler bugünkü insanlara kadar iletilmiştir. Antik çağ kitaplarının formatı modern olanlardan farklıdır ama bu kitaplar kayıtlı bilgi açısından bugünkü kitaplar kadar önemlidir. Büyük tıp dehası İbn-i Sina, Hipokrat'ın çalışmalarının temelinde kendi derlemesini yapmıştır. Hekim olarak yaptığı gezilerde öğrendiklerini bir araya getirmiş, derlemiş ve sonuç olarak ünlü eseri Kanun'u yazmıştır. İbn-i Sina, kendi çağında belgelemenin rolüne ve önemine dikkat çekmiş ve tıbbi kayıtların üretimine başlamıştır.⁽³⁾

1920 yılına gelindiğinde özellikle birinci basamak hekimlerinin kayıt formlarını gözden geçirmek amacıyla İngiltere'de Rollstone Komitesi kurulmuştur ve bu komitenin esas amacı, hekimin hastasına verdiği önemi artırmaktır. Hekimler, kendilerine kayıtlı hastaların sürekli kayıtlarını tutmaya başlamışlardır. Kayıt sisteminin fiziki koşulları, beraberinde küçük ekonomik yararları da getirmiştir. İngiltere'nin Londra kentinde 1967 yılında A4 kayıt dosyaları önerilmiştir ve kullanımı hemen yaygınlaşmıştır. Çünkü kolayca okunabilmekte ve kronolojik olarak düzenli tutulabilmektedir.⁽⁴⁾

Hem sağlık hem de bilgisayar alanındaki hızlı gelişmeler, bu iki sektörün birbirine daha fazla yakınlaşmasını ve birbirine uyumlu gelişim göstermesini sağlamıştır. Bilimsel bilgi hızla artarken, sağlık alanında hizmetin yönetilmesi, bilginin kayıt edilmesi, saklanması, paylaşılması ve yönetiminde bilgi teknolojisi gittikçe artan ve gelişen temel bir rol oynar.⁽⁵⁻⁷⁾ Bilgisayar teknolojisi, kaynakların bütünleştirilmesine yardım etmekle birlikte, bilgisayar ortamına uyarlanmış, bilgi sistemleri aracılığı ile hasta hakkındaki bilginin hızlı ve doğru bir şekilde paylaşılmasını ve ilgili veri tabanları ile ilişkilendirilmesini sağlar. Bugün var olan bilgi sistemleri, tekrarlanan kayıt işlemlerini hafifletmekte, kırtasiye yükünü azaltmakta ve doğrudan hasta muayenesine ve tedavisine ayrılan zamanı artırmaktadır.⁽⁸⁾

2.1.2. Kayıtların Özellikleri

Kayıtların özellikleri şunlardır:

- Hastalar hakkında temel verilerin hazır olmasını ve kolayca ulaşılmasını sağlar. Böylece bir veri tabanı veya hasta profili oluşturulmuş olur. Veri tabanı hastanın ilk kaydının yapıldığı andan başlar ve sonraki eklemeler ile genişler.
- Bütün muayene ve tedavilerin klinik ve radyografik kayıtlarını sunmalıdır. Veriler sadece yazan tarafından değil, herhangi bir hekim tarafından da kolaylıkla anlaşılır, doğru ve kesin olmalıdır. Kayıtlar bulguları, tanı listesini, araştırma sonuçlarını ve tedavi planını içermelidir.
- Hastalığın seyri hakkında bilimsel veri sağlar.
- Hastalarının tedavilerinin takibine yardımcı olur.
- Koruyucu sağlık hizmeti için organize bir yaklaşım sunar.
- Eğer kayıtlar yeterli kalitede ise klinik araştırma için veri sağlar.
- Kalitenin değerlendirilmesini sağlar.⁽⁹⁾

2.1.3. Kayıtların Tutulması

Özel olarak tasarlanan otomasyon sistemleri diş hekimliği klinik, poliklinik, fakülte ve hastane sistemlerinde iş/görev akışlarını hızlandırmakta, zaman/maliyet oranlarını azaltmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi'nde diş hekimliği için tasarlanmış olan Dentassist-Metasoft (Türkiye) otomasyon sistemi kullanılmaktadır.

Genel Özellikleri:

- Hasta kayıtları bilgisayar destekli yazılım programlarına aktarılmaktadır.
- Yazılım hasta anamnez bilgileri ile birlikte dijital kamera görüntüleri ve radyografları de arşivleme yeteneğine sahiptir.
- Teşhis ve tedavi uygulamaları Sağlık Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatı kriterleriyle uyumlu olduğundan resmi faturalarda zaman kaybını önlediği gibi mükerrer işlemleri de engellemektedir.
- Hayati öneme sahip anamnez bulguları tüm planlama ve tedavi aşamalarında hekimi ve/veya hekimleri bilgisayar ekranından uyarmaktadır.
- Tüm klinik verilerin tek bir merkezi ünite de toplanabilmesine imkân vermektedir.
- Tüm hasta girişleri Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) kimlik numarası esas alınarak yapıldığından herhangi bir hataya meydan vermemektedir.
- Birden çok hekimin çalıştığı, farklı uzmanlıkların yer aldığı geniş kapsamlı ünitelerde her bir hekimin faaliyeti ayrı ayrı izlenebilmektedir.
- Her muayenede hastanın oral sağlık durumu tespit edilerek tedavi planı oluşturulurken aynı anda maliyet analizi de yapılabilmekte ve hasta her konuda aydınlatılabilmektedir.⁽¹⁰⁾

2.2. Radyografik Kayıtlar

Radyoloji, diş hekimliği eğitime 1909'da Howard R. Raper tarafından dahil edilmiştir. İlk dental radyoloji kitabı da yine Raper tarafından 1913 yılında yazılmıştır.^(11,12) 1930'lu yıllardan itibaren teknolojik olarak günümüzdekilere benzer röntgen cihazları kullanılmaya başlanmıştır. 1940'ların sonunda Y. V. Paetero tarafından panoramik radyografi cihazı tanıtılmıştır. 1980'li yıllarda da dijital yöntemler diş hekimliği alanına girmiş; ilk dijital görüntüleme sistemi olan RadioVisioGraphy (RVG) (Trophy Radiologie, Vincennes, France) 1984 yılında Dr. Frances Mouyens tarafından icat edilmiştir.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Dijital radyografi; sensör yardımıyla radyografik imaj elde etmeyi, bu imajı elektronik parçalara ayırmayı, bilgisayarda göstermeyi ve saklamayı sağlayan bir görüntüleme yöntemidir. Film kullanılarak elde edilen geleneksel radyograflarla dijital radyograflar arasındaki en büyük farklılık görüntü alımında kullanılan reseptörler ve görüntüyü oluşturmak için kullanılan yöntemlerden kaynaklanır. Geleneksel yöntemlerdeki analog görüntüler yerini bilgisayar ortamında saklanabilen ve en son

teknoloji kullanılarak üzerinde oynamalar yapılabilen dijital görüntülere bırakmıştır. Bu şekilde görüntünün saklanması kolaydır ve arşivleme sorunu yoktur. Film tekrarı sorunu bu yöntemle azaltılmıştır. Dijital röntgen görüntüleri, telefon hatlarıyla elektronik olarak taşınabilmektedir. Bu sayede filmin taşınma ve tahrip olma sorunu da ortadan kaldırılmış olur.^(15,16)

Dijital radyografide sensörler x-ışınına konvansiyonel filmlerden daha hassas olduğu için sensörde dijital bir imaj oluşturmak için daha az radyasyon yeterlidir. Ayrıca ekspozür zamanı konvansiyonel radyografiden %50-80 daha azdır.⁽¹¹⁾ Dijital radyografi ile çalışma süresi önemli ölçüde azalmıştır; film maliyeti ya da film banyosundan kaynaklanan problemler ile kimyasal atıklar söz konusu değildir; görüntüler üzerinde ölçümler ve renk ayarlamaları yapmak ve görüntüleri magnifiye ederek daha ayrıntılı inceleme yapmak mümkündür.^(17,18) PACS (Picture Archiving and Communications System) adı verilen görüntü arşivleme ve iletişim sistemi ile hastalara ait veriler indekslenir ve depolanır.⁽¹⁹⁾ Ancak sensörlerin kalın olması ve bazı hastalar tarafından tolere edilememesi, maliyetinin yüksek olması ve sterilizasyon sağlama güçlüğü gibi dezavantajları da vardır.⁽¹¹⁾

2.3. Demografik Değerlendirme

Yaş, cinsiyet, doğum yeri, meslek, aile içi riskler, sosyal durum, etnik grup gibi özellikler demografik verileri oluşturur. Kayıt altına alınması mutlaka gereken iki demografik özellik yaş ve cinsiyettir.⁽⁴⁾

2.3.1.Yaş

Hastaların yaşının not edilmesi tanı ve tedavi planlaması açısından önemlidir. Bazı hastalıklar belirli yaş gruplarında ortaya çıkabilir; belirli yaş gruplarında daha ağır seyreder, belirli yaş gruplarında özel fizyolojik durumlar görülebilir. Ayrıca ilaç uygulamaları için doz ayarlanması da yaşa göre yapılabilmektedir.⁽¹⁾

2.3.2. Cinsiyet

Birçok sistemik hastalıkta kadın-erkek arasında fark mevcuttur. Örneğin; hipertansiyon (HT) erkeklerde kadınlardan daha sık gözlenirken kadınlarda osteoporoz, erkelere oranla kadınlarda daha yüksektir. Ayrıca baş ve yüz bölgesi ağrıları kadınlarda daha fazla izlenir. Bu nedenle cinsiyet faktörü gözardı edilmemelidir.⁽¹⁾

2.4. Sistemik Değerlendirme

Teknolojinin gelişmesi ve teknolojiye ulaşımın yaygınlaşması ile hastalıkların tedavi edilme oranları artmakta ve ortalama yaşam ömrü uzamaktadır. Bu durum, yaşamın ileri dönemlerine kadar ilaç kullanımı gereksinimini ve kronik ilaç kullanma oranını artırmaktadır.⁽²⁰⁾

Toplumda bireylerin genel olarak dişlerini sağlıklı olarak ağızda tutma eğilimi artmakta, bu da diş hekimlerinin kronik ilaç kullanan hastalar ile daha sık karşılaşmasına neden olmaktadır. Diş hekimlerinin bu hastaların tedavi sürecini yönetirken neler ile karşılaşabileceği ve hasta yönetimi konusu ön plana çıkmaktadır.^(21,22)

Anamnez, doğru tanıya ulaşmak için bireyin geçirdiği hastalıkların, kliniğe başvuru nedenlerinin öğrenilmesidir ve hastanın genel sağlık durumunun iyi anlaşılabilmesi için iyi bir medikal anamnez alınması temel şartlardandır.⁽²³⁾ Diş hekimlerinin tedavi uygulayacağı hastanın mevcut hastalıklarını bilmesi, kullandığı ilaçları öğrenmesi ve bu doğrultuda gerekli tedbirleri alması, işlem sırasında herhangi bir komplikasyon yaşanmaması ve güvenli bir tedavi süreci yürütülmesi açısından oldukça önemlidir.⁽²⁴⁾

Hastaların mevcut hastalıklarını yeterince önemli görmemesi, kullandığı ilaçların etkilerini bilmemesi ya da önemsememesi veya kullanması gereken ilaçları kullanmamasından dolayı hastalığının kontrol altında olmama ihtimali gibi sebepler; hekimin ayrıntılı sorularla anamnez almasını gerekli kılmaktadır. Ayrıntılı anamnez alınması, kontrollü ve güvenli tedavi uygulamaları için de hayati önem taşımaktadır.

Diş hekimliği pratiğinde klinikte en fazla karşılaşılan sistemik hastalık gruplarından bazıları hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları, mide hastalıkları, tiroid hastalıkları, onkolojik hastalıklar, kan hastalıkları, böbrek hastalıkları ve hepatittir.

2.4.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon (HT) ölümcül hastalıklar arasında birinci sıradadır.⁽²⁵⁾ Kardiyovasküler hastalık (KVH), kalp yetmezliği, sol ventrikül hipertrofisi ve aritmilere neden olabilir. İskemik inmenin ve beyin kanamasının en sık ve en önemli nedenidir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve son dönem böbrek yetmezliğine gidişin de en önemli nedenlerindendir.⁽²⁶⁾ Hipertansiyon kan basıncının yüksek olması durumudur. 2019

yılında yayınlanan Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu'na göre hipertansiyon; hekim tarafından yapılan, tekrarlanan klinik ölçümler ile sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması olarak tanımlanır. Sistolik kan basıncı özellikle önemlidir ve çoğu hastada tanıda esastır.⁽²⁷⁾ Klasik olarak primer ve sekonder HT olarak ikiye ayrılır. Bu kavramlardan primer ya da esansiyel HT olarak adlandırılan grup hipertansif hastaların yaklaşık %95'ini ifade eder. Bu, sıklıkla kan basıncı yüksekliğinin sebebinin bilinmediği anlamına gelir.⁽²⁸⁾

Orta ve ileri yaşlarda HT sıklığı %50'lere ulaşmakta ve diş hekimliği ile cerrahi işlemler yapılması gereken hastalarda değerlendirilmesi gerekmektedir. Hafif hipertansiyonlu hastalarda risk düşüktür ve rutin tedavilere devam edilebilir. Ciddi hipertansif hastaların ise işlemlerinin ertelenmesi gerekir. Hastalar dental tedavilerinden önce mutlaka ilaçlarını almalıdır.⁽²⁹⁾

2.4.2. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM) insülin salınımının bozulması, insülin direnci gelişimi ya da her ikisine bağlı olarak gelişen glikoz, yağ ve protein metabolizması hastalığıdır. İnsülin yokluğu ya da eksikliğine bağlı glikozüri ile birlikte seyreden hiperglisemi ile karakterizedir.^(30,31) Kontrol altında olmayan diyabet vakalarında gingivitis, periodontitis ve periodontal kemik kaybı meydana gelmektedir. Ayrıca enfeksiyon ve yara iyileşmesinde gecikme de görülmektedir.^(32,33) Bu tip hastalarda hekimin hastalığın kontrol altında olup olmadığını bilmesi gerekmektedir. Dental uygulamalar özellikle insülin alan olgularda hastanın beslenme ve insülin rejimi dikkate alınarak sabah saatlerinde gerçekleştirilmelidir.⁽³⁴⁾

2.4.3. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalık, kalp ve dolaşım sisteminin hastalıklarından oluşan, geniş ve kapsayıcı bir tanı terimidir.⁽³⁵⁾ KVH; iskemi, aterosklerosis, periferik arter hastalığı, enfektif endokardit ve akut miyokard enfarktüsü gibi kalp ve vasküler durumlar ile ilgili çeşitli hastalıkları içermektedir. KVH'lar genellikle erişkin popülasyonda görülmektedir ve dünyada 70 yaş altı ölümlerin %37'si kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır.

Kardiyak risk faktörlerinin dikkatli ve ayrıntılı bir anamnez ile belirlenmesi son derece önemlidir. Koroner kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, ciddi aritmiler ve kalp kapağı

hastalıklarında mutlaka kardiyoloji bölümüne hasta konsülte edilmelidir.^(36,37)

2.4.4. Akciğer Hastalıkları

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); kronik bronşit, amfizem gibi hastalıkları da içeren, akciğer dokusu ve yüzey alanı kaybıyla karakterize hastalıkları tanımlayan bir terimdir. En sık nedeni sigara kullanımıdır. KOAH hastalarında dikkat edilmesi gereken durum hastanın işlem esnasındaki pozisyonudur. Bu hastalar genellikle supin pozisyonda nefes almakta zorluk çektikleri için, semisupin veya dik oturur pozisyonda işlemlerin yapılması daha uygundur.^(38,39)

Astım hastalarında bronşiyollerdeki kronik enflamasyona bağlı olarak hava yolunda ödem, düz kas kontraksiyonları ve artmış mukus sekresyonu mevcuttur. Tüm bunlar dispne, hırıltılı solunum ve beraberinde öksürükle seyreden astım krizlerinin çeşitli durumlarda ortaya çıkmasına sebep olur.^(40,41) Astımlı hastalarda dişlerde artmış çürük insidansı, gingivitis, diş taşı, erozyonla beraber değişmiş tükürük içeriği ve akışı mevcuttur. Bu duruma bireylerin aldıkları inhaler ve sıvı formdaki ilaçlar sebep olmaktadır. β 2-agonistleri kullanımı da tükürük akış hızını azaltan faktörlerdendir. Akut rinit ve ataklar dönemlerinde ağız solunumu ve immün sistemin değişimi de tükürük akış hızı ve kompozisyonunu etkilemektedir.⁽⁴²⁾ Bu hastalarda aspirin ve non sterodid antienflamatuar ilaçlardan; ilaç etkileşimleri ve atak başlangıcına sebep olabilecekleri için kaçınılmalıdır.⁽⁴³⁾

2.4.5. Mide Hastalıkları

Gastroözofagal reflü, gastrointestinal sistemin yaygın bir hastalığıdır. Genellikle alt özofageal sfinkterin gevşemesi sonucu, mide içeriklerinin özofagusa geri gelmesi ile meydana gelir. Özofagusa geri kaçan mide içeriği semptomlara, özofagusta hasara veya her ikisine birden yol açarsa bu durumda reflü hastalığından söz edilir.^(44,45) Gastrik asidin özofagusa kaçması, özofagus, orofarenks, larinks, solunum yolları ve dişlerde çeşitli hasarlara yol açar. Dişlerdeki bu hasar çoğunlukla dental erozyondur.^(46,47)

Peptik asit hastalıkları ise gastrit, mide ülseri, duodenit ve duodenum ülserini içerir. Çoğunlukla etken Helicobacter (H.) pyloridir. Bu bakterinin hem diş plağından hem de feçesten izole edilebilmesi bulaşma yolunun oral-oral veya oral-fekal yolla olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, diş plağında barınarak mide mukozasını

tekrar enfekte edebileceği bildirilmiştir. Mide ülserleri ile ağızdaki aftöz ülserlerin histolojik benzerliğinden dolayı H. pylori'nin tekrarlayan aftöz ülserlerin oluşumunda da rol oynayabileceği düşünülmektedir. H. pylori enfeksiyonunun sık tekrarlaması sebebiyle hastaların ağız bakımlarının çok iyi olması önem taşımaktadır.⁽⁴⁸⁾

2.4.6. Tiroid Hastalıkları

Hipertiroidi, bazal metabolizmayı düzenleyen tiroid hormonlarının aşırı salgılanmasıyla karakterize bozukluktur.⁽⁴⁹⁾ Normal sınırlarda hormon salgısı osteoblastik fonksiyonu arttırırken, hormonun aşırı salınımı osteoblastik fonksiyonu azaltır.⁽⁵⁰⁾ Klinik belirtileri çarpıntı, halsizlik, iştah artışı, kilo kaybı, sinirlilik, nefes darlığı, sıcağa tahammülsüzlük, aşırı terleme, ekzoftalmi ve diyare şeklindedir.^(49,51) Hipertiroidinin ağız bulguları; çürük artışı ve kemik kaybıyla ilişkili periodontal problemlerdir. Radyograflarda osteoporoz nedeniyle kortikal sınırlarda incelleme, diş gelişim hızında artma, erken erüpsiyon, süt diş köklerinin erken rezorpsiyonu, dişlerde hipersementoz görülebilir.^(50,11) Diş hekimi bu hastalarda metabolik hızın artmasını ve buna bağlı olarak artmış kan basıncı durumunu göz önünde bulundurmalıdır.⁽⁴⁹⁾

Hipotiroidi; tiroid hormonlarının eksikliği veya etkisizliğiyle karakterize bir hastalıktır. Bu hastalarda halsizlik, çabuk yorulma, üşüme, kuru cilt, konsantrasyon eksikliği, kötü hafıza gibi klinik belirtiler görülür. Bazal metabolizma hızı düşüktür.^(11,49,51) Çocuklukta hipotiroidizm mental ve fiziksel gelişimi etkiler. Uzun dönem ciddi hipotiroidizm nedeniyle mandibular ikinci molarlar gömülü kalabilir. Yetişkinlerde ise miksödem şişlikleri görülebilir.^(11,49) Radyografik olarak çocuklarda süturların ve epifizlerin kapanmasında gecikmeler, kısa diş kökleri, lamina durada kalınlaşma, süt dişlerinin düşmesinde ve daimi dişlerin sürmesinde gecikmeler, dişlerde eksternal kök rezorpsiyonları, kafa kaidesinde kısılma görülür. Makroglossi ortodontik bozukluklara sebebiyet verebilir.^(11,51) Hipotiroidizm hastalarında fibroblast aktivitesi azaldığından yara iyileşmesi gecikmiştir. Bu nedenle travmatik çalışmaya özen gösterilmelidir.

2.4.7. Onkolojik Hastalıklar

Kanser, anormal hücrelerin normal sınırlarının ötesinde büyümesiyle karakterize edilen ve daha sonra vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubu için genel bir terimdir. Kanser vücudun hemen her

bölümünü etkileyebilir ve her biri özel yönetim stratejileri gerektiren birçok anatomik ve moleküler alt tipe sahiptir.⁽⁵²⁾ Kanser, dünyadaki ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve 2018'de 9,6 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. Kanser ölümlerinin yaklaşık %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür. Akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türü iken meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseri kadınlar arasında en yaygın olandır.⁽⁵³⁾

Kanser hastaları için oral sağlık bakımı ve oral komplikasyonlar üç grupta incelenebilir.

- Koruma ve kanser terapisi öncesi tedavi planlaması
- Tedavi boyunca oluşabilecek hastalıklar: Mukozitis, kanama riski, kserostomi, ağrı, tat kaybı ve değişikliği
- Kanser terapisinin geç komplikasyonları: Kserostomi, kemik nekrozu, ağrı, temporomandibular eklem (TME) hastalığı/trismus, mine demineralizasyonu ve çürükler, oral ülserasyonlar, tat kaybı ve değişikliği

Kanser hastalarında terapiye bağlı olarak oluşan orofasiyal komplikasyonları engellemek çok önemlidir. Bunun için diş hekimi ve onkoloğun birlikte çalışması önerilir.⁽⁵⁴⁾

2.4.8. Kan Hastalıkları

Normal hemostaz mekanizmasındaki bir bozukluk sonucu, klinikte kendini kanamaya eğilim ile belli eden hastalıklara hemorajik hastalıklar denmektedir. Hemorajik hastalıklar hemostaz mekanizmasındaki 3 safhada meydana gelen bozukluktan kaynaklanmaktadır. Bunlar vasküler bozukluklar, trombosit hastalıkları ve pıhtılaşma bozukluklarıdır.

Vasküler bozukluklar kalıtsal olabileceği gibi; alerji, aspirin gibi ilaçların uzun süreli kullanımı, infeksiyonlar ve vitamin C eksikliği nedenli olabilmektedir. Trombosit bozuklukları ise ya trombosit sayısında yetersizlik (trombositopeni) ya da trombosit fonksiyonlarında yetersizlik (trombositopati) nedenli olabilmektedir. Şiddetli kanama problemi olan hastalarda mutlaka konsültasyon yapılmalıdır.⁽⁵⁵⁾

2.4.9. Böbrek Hastalıkları

Kronik böbrek yetmezliği, birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilen böbrek hastalıkları sonucunda çok sayıdaki nefronun fonksiyonunun ve glomerüler filtrasyon

hızının azalması ile karakterize bir bozukluktur. Nefronların fonksiyonunun azalması sonucunda glomeruler filtrasyon oranı azalır ve böylelikle serumda üre ve kreatinin konsantrasyonu artar. KBY çoklu organ ya da sistem tutulumu olan bir hastalıktır.⁽⁵⁶⁾ Böbrek yetmezliğine bağlı ortaya çıkan oral bulgular amonyak benzeri ağız kokusu, tat almada bozukluk, stomatit, gingivitis, tükürük akışında azalma gibi belirtilerdir ve KBY için tanı koydurucu bulgular olarak kabul edilirler.⁽⁵⁷⁾ Bu hastalarda ağız bakımı oldukça önemlidir. İmmün yetmezliğe sahip olan diyaliz hastalarında fokal enfeksiyonların oluşması ve yayılımı daha hızlı olduğundan dental ve periodontal kaynaklı fokal enfeksiyon odaklarının önemi oldukça büyüktür. Bu yüzden KBY vakalarında intraoral muayene hastalığın medikal tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır.⁽⁵⁸⁾

2.4.10. Hepatit

Viral hepatit enfeksiyonları milyonlarca insanı etkileyen, sakatlık ve ölümlere neden olan küresel bir halk sağlığı sorunudur. Karaciğer sirozu vakalarının yaklaşık %57'si ve primer karaciğer kanseri vakalarının %78'i Hepatit B virüsü (HBV) veya Hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonu sonucu gelişmektedir.^(59,60) HBV enfeksiyonu, akut-kronik hepatit, karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği veya hepatoselüler karsinomdan erken ölüme neden olabilir.⁽⁶¹⁾ Ülkemizde Hepatit B aşısı 1998 yılında ulusal aşı takvimine girmiştir.⁽⁶⁰⁾ Dünya üzerinde en çok karşılaşılan akut viral hepatit etkeni ise Hepatit A virüsü (HAV)'dır. HAV, hasta kişilere temas edilmesi, sağlıklı olmayan içme suları veya gıdalar yoluyla bulaşmaktadır.⁽⁶²⁾ Ülkemizde Hepatit A aşısı Eylül 2012 tarihinden itibaren rutin aşılama yer almaktadır.⁽⁶⁰⁾

HBV ve HCV oldukça bulaşıcı olup, intravenöz ilaç kullanımı, cinsel temas, diyaliz ve cerrahi işlem gibi tıbbi müdahaleler sırasında virüse maruz kalma, kazayla kontamine olmuş enjektör ile yaralanma ve parenteral yolla bulaşabilir.^(63,64) Dental prosedürlerin, hastalar arasında viral hepatit enfeksiyonlarının bulaşmasında yüksek risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca dental işlem esnasında hastanın kanı ve tükürüğü ile kontamine olmuş keskin aletlerin kullanımı, diş hekimlerine hepatit bulaş riskini artırmaktadır.⁽⁶⁵⁾

2.5. Radyografik Değerlendirme

Radyografik inceleme, tanı konulmasında diş hekimliğinin ayrılmaz bir parçasıdır ve hastaların büyük bir çoğunluğunda gerekli olan, ana tanıya yardımcı bir muayene

aracıdır.⁽⁶⁶⁾ Dental radyograflar sadece dişlerin değil aynı zamanda çenelerin ve çevre dokuların da değerlendirilmesini sağlar. Radyograflar diş ve çenelerdeki anomali ve patolojilerin değerlendirilmesinde, erken tanı konulması ve tedavi planlamasında rol alır.⁽⁶⁷⁾

Diş hekimliğinde teşhis yöntemi olarak kullanılan radyografiler ekstraoral radyografiler ve intraoral radyografiler olarak ikiye ayrılmaktadır.⁽⁶⁸⁾

2.5.1. Ekstraoral Radyografi

Panoramik Radyografi

Tüm dental arkları tek bir film üzerinde gösterme düşüncesi 1904 yılında Bouchacourt tarafından ortaya atılmıştır. Bouchacourt x-ışını kaynağını ağız içerisinden vererek dental arkların görüntüsünü ağız dışında bulunan bir filme kaydetmeyi düşünmüştür.⁽⁶⁹⁾ Daha sonra 1949 yılında Finlandiyalı Prof. Dr. Yrjo V. Paatero'nun çalışmalarıyla panoramik radyografi tekniği gelişmiştir.⁽⁷⁰⁾ Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte 1985'te Kashima ve arkadaşları tarafından bilgisayarlı panoramik radyografi ve 1991'de Mc David ve arkadaşları tarafından da dijital panoramik görüntüleme sistemleri tanıtılmıştır.⁽⁷¹⁾

Panoramik radyografi, diş hekimliğinin tüm alanlarında kullanılabilir. Dişler, çene kemikleri, maksiller sinüs, TME gibi anatomik yapılar tek bir radyografda incelenebildiği için genellikle büyük patolojiler, kırıklar ve gelişim anomalilerinin değerlendirilmesinde sıklıkla başvurulanan bir görüntüleme yöntemidir. Bununla birlikte, detaylı inceleme gereken durumlarda ilave intraoral radyografik tekniklerle desteklenmesi gerekmektedir. Panoramik radyografilerin endikasyonları;

- Çenelerin ve dişlerin genel değerlendirmesi,
- Dişlerin gelişimi ve erüpsiyonunun değerlendirilmesi,
- Gömülü dişlerin konumunun değerlendirilmesi,
- Periodontal hastalıklarda kemik yapısının değerlendirilmesi,
- Tam dişsiz hastalara protez planlanması,
- Çene kemiklerini içeren patolojilerin incelenmesi,
- Çene ve yüz travmaları,
- Cerrahi işlemlerin planlanması ve postoperatif takibi,

- İmplantların planlanması ve işlem sonrası değerlendirilmesi,
- TME'nin genel değerlendirmesi,
- Ortodontik değerlendirmedir.^(11,71,72)

TME Grafisi

Panoramik radyografi cihazlarının bazılarında özel TME çekim programları bulunmaktadır. Her iki eklemde de ağız açık ve kapalı pozisyonda görüntüsünün tek bir film üzerinde gözlenebildiği bu radyograflara ağız açık-kapalı TME grafisi ya da lateral panoramik grafi denmektedir.^(73,74)

Sefalometrik Radyografi

Sefalometri, ortodontide kraniyofasiyal yapının değerlendirilmesinde kullanılan en eski yöntemdir.⁽⁷⁵⁾ Lateral sefalometrik radyografiler klinik ortodontinin temel araçlarından biridir. Bunlar kraniofasial yapıların büyüme gelişimini ve tedaviler ile meydana gelen değişikliklerin değerlendirilmesinde yardımcı olurlar. Elde edilen radyografilerde birçok anatomik yapıdan yararlanılarak nokta, doğru ve açılar elde edilmektedir. Bu ölçümler; hastanın tedavi planlaması, tedavi seyrindeki değişimler ve tedavi bitiminde elde edilen sonuçlar hakkında bilgi verir.⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾

Posteroanterior sefalometrik radyografiler ise transversal yönde iskeletsel ve dentoalveoler ilişkiler ile ilgili bilgi sağlar. İskeletsel ve dental asimetrijelerin teşhisi için kullanılırlar.⁽⁷⁹⁾

El-Bilek Grafisi

Bir ortodonti hastasının büyüme durumunun tanı, tedavi hedefleri, tedavi planlaması ve ortodontik tedavinin nihai sonucu üzerinde önemli bir etkisi vardır. Büyüme durumunun değerlendirilmesi ve hızlandırılmış büyüme döneminin belirlenmesi; iskelet uyumsuzlukları için büyüme modülasyon prosedürleri, ekstraksiyona karşı ekstraksiyon dışı seçenekler, ekstraoral ortopedik kuvvetlerin kullanımı ve iskeletsel maloklüzyonlar için ortognatik cerrahi planlaması ile ilgili alınacak klinik kararlar için gereklidir.⁽⁸⁰⁾

Kemik yaşı bu büyüme durumunun yani iskeletsel gelişimin ana göstergesidir ve değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan yöntem el-bilek radyografisidir. El-bilek kemikleri veya el parmak kemiklerindeki kemikleşme olayları Greulich-Pyle ve

Tanner-Whitehouse atlaslarındaki standartlardan yararlanılarak değerlendirilmektedir.^(81,82)

2.5.2. İntraoral Radyografi

Periapikal Radyografi

Dişlerin kron, kök ve periapikal bölgeleri incelenir. 3 farklı boyutta yapılmıştır:

0 numara 22 x 35 mm: Küçük çocuklarda kullanılır.

1 numara 24 x 40 mm: Nispeten dardır, ön bölgeler için uygundur

2 numara 30,5 x 40,5 mm: Erişkinlerde posterior bölgede kullanılan standart boydur.⁽⁸³⁾

Bite-wing Radyografi

Maksiller ve mandibular dişlerin koronal kısımları tek bir film üzerinde bir arada görüntülenir. Ara yüz çürüklerinin saptanmasında ve alveolar kemik yüksekliğinin değerlendirilmesinde faydalıdır. Film tutucu ile veya filmin ön yüzüne tutturulmuş bir ısırtma kartonu ile kullanılır.

0 numara → küçük çocuklarda,

1 numara → çocuklarda,

2 numara → erişkinlerde kullanılır.

Standart filmlere göre daha uzun yapılmış olan 3 numara da mevcuttur.⁽⁸³⁾

Okluzal Radyografi

4 numara olan okluzal filmler 2 numaralı filmlerin üç katı büyüklüğündedir. Alt veya üst çenede periapikal filmlere göre daha geniş alanlar ve dik açılı görüntüler elde etmek için kullanılır. Hasta, filmi dişlerinin arasında ısırarak tutar.⁽⁸³⁾

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 02.10.2019 tarihli 917 sayılı karar ile etik kurul izni alınarak gerçekleştirildi.

3.1. Çalışma Grubunun Belirlenmesi

Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi (ADÇR) kliniğine 01.01.2013 ve 31.12.2019 tarihleri arasında başvuran hastaların anamnez ve teşhis kayıtları ile radyoloji bölümüne yönlendirilen hastaların radyografik kayıtları retrospektif olarak incelendi.

3.2. Veri Toplama

Fakülte dekanlığından alınan izin ile Dentassist sistemi üzerinden geçmişe dönük yedi yıllık, yani 2013-2019 arasındaki hasta kayıt bilgileri demografik, sistemik ve radyografik açıdan değerlendirildi. Belirlenen sınıflamalara göre hasta sayıları araştırılarak yıllara ve toplam sayılara göre tablolar oluşturuldu.

Öncelikle demografik değerlendirme yapıldı ve Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine başvuran hastaların yıllara göre sınıflandırılmış yaş ve cinsiyet bilgileri Microsoft Excel programında tablolar üzerinde belirtildi.

Cinsiyet ayrımı kadın-erkek olarak, yaş ayrımı 15-29 arası, 30-44 arası, 45-59 arası, 60-74 arası, 75 ve üzeri şeklinde yapıldı.

Sistemik değerlendirme için fakülteye başvuran hastalarda en sık rastlanan, ağız ve diş sağlığı ile ilgili 10 hastalık şu şekilde belirlendi:

- Hipertansiyon
- Diabetes Mellitus
- Kardiyovasküler Hastalıklar
- Akciğer Hastalıkları
- Mide Hastalıkları
- Tiroid Hastalıkları
- Onkolojik Hastalıklar
- Kan Hastalıkları

- Böbrek Hastalıkları
- Hepatit

Bu hastalıkların yıllara, yaş ve cinsiyetlere göre değerlendirmesi yapılarak mevcut hasta sayıları Microsoft Excel tabloları üzerinde belirtildi.

Radyografik değerlendirmede fakültede alınan tüm radyografların yıllara ve diş hekimliği uzmanlık alanlarına göre değerlendirmesi yapıldı. Radyograflar ekstraoral ve intraoral olmak üzere iki grupta incelendi. Ekstraoral radyograflar; panoramik radyograf, sefalometrik radyograf, el-bilek grafisi ve TME grafisi olarak dört grupta sınıflandırıldı.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Pedodonti, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi (ADÇC), Ortodonti ve diğerleri olarak belirlenen klinik sınıflamasına göre ekstraoral radyografların en çok kullanılanı olan panoramik radyografların hasta sayıları belirlenerek yıllara ve bölümlere göre değerlendirmesi Microsoft Excel programı üzerinde tablollaştırıldı.

İntraoral radyograf değerlendirmesi en çok intraoral radyograf kullanan bölümler ayrı ayrı olmak üzere; ADÇR, Pedodonti, Endodonti ve diğerleri olarak sınıflandırılarak yapıldı. Yıllara göre ilgili bölümlerdeki hasta sayıları belirtildi. ADÇR bölümünde alınan intraoral radyograflar kendi içinde bite-wing, okluzal ve periapikal radyograflar olarak sınıflanarak değerlendirildi.

Son olarak ADÇR bölümünde muayenesi yapılan hastaların panoramik radyograf esas alınarak konulan bazı temel tanıların cinsiyet, yaş ve yıllara göre değerlendirmesi yapıldı. Bu teşhisler gömülü diş, sürnümerer-süpernümerer diş, çene kırığı-travma, rezidüel kök ve kist olarak belirlendi.

3.3. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı ve Excel programı kullanılarak analiz edildi. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans ve yüzde değerleri ile sunuldu. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare anlamlılık testi kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Değerlendirme

2013-2019 yılları arasında toplam 181957 hasta Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine başvurmuştur, bunların %58,8'i kadın, %41,2'si erkektir. (Şekil 4.1.1).



Şekil 4.1.1: ADÇR kliniğine başvuran hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

Tüm yıllarda başvuru yapan kadın hastaların sayısı erkek hastaların sayısından daha fazla olmuştur. Kadın ve erkek hastalar arasındaki farkın en fazla olduğu yıl 2013, en az olduğu yıl ise 2016'dır. Başvuru yapan kadın sayısı erkeklerin sayısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1: ADÇR kliniğine başvuran hastaların cinsiyete göre dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
2013	16654	59,9	11132	40,1	27786	100,0
2014	13461	58,3	9622	41,7	23083	100,0
2015	15143	58,3	10810	41,7	25953	100,0
2016	17508	58,2	12591	41,8	30099	100,0
2017	15808	59,2	10906	40,8	26714	100,0
2018	14399	59,4	9833	40,6	24232	100,0
2019	14079	58,4	10011	41,6	24090	100,0
Toplam	107052	58,8	74905	41,2	181957	100,0
p	<0,001		<0,001		<0,001	

Ağız Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine başvuran kadın hastaların yaşa göre dağılımı incelendiğinde başvuru yapan kadınların en çok 15-29 ve 30-44 yaş gruplarında oldukları tespit edilmiştir. 2013-2019 yılları arasında başvuru yapan kadın hasta oranı 15-29 yaş grubunda %30,1, 30-44 yaş grubunda %29,8, 45-59 yaş grubunda %25,3, 60-74 yaş grubunda %12,9 ve 75 yaş ve üzerindeki grupta %2,0 olarak hesaplanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2: ADÇR kliniğine başvuran kadın hastaların yaşa göre dağılımı

Yıl	Kadın yaş grupları										
	15-29		30-44		45-59		60-74		≥75		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2013	5380	32,3	4454	26,7	4011	24,1	2370	14,2	439	2,6	16654
2014	3199	23,8	4381	32,5	3555	26,4	2006	14,9	320	2,4	13461
2015	4158	27,5	4724	31,2	3958	26,1	2006	13,2	287	1,9	15143
2016	5258	30,0	5395	30,8	4339	24,8	2173	12,4	343	2,0	17508
2017	4983	31,5	4633	29,3	3943	24,9	1959	12,4	290	1,8	15808
2018	4557	31,6	4162	28,9	3747	26,0	1668	11,6	265	1,8	14399
2019	4642	33,0	4125	29,3	3530	25,1	1578	11,2	204	1,4	14079
Toplam	32177	30,1	31874	29,8	27083	25,3	13760	12,9	2148	2,0	107052
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine başvuran erkek hastaların yaşa göre dağılımı incelendiğinde de benzer şekilde başvuru yapan erkeklerin en çok 15-29 ve 30-44 yaş gruplarında oldukları tespit edilmiştir. 2013-2019 yılları arasında başvuru yapan erkek hasta oranı 15-29 yaş grubunda %28,0, 30-44 yaş grubunda %28,6, 45-59 yaş grubunda %23,8, 60-74 yaş grubunda %16,1 ve 75 yaş ve üzerindeki grupta %3,4 olarak hesaplanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3: ADÇR kliniğine başvuran erkek hastaların yaşa göre dağılımı

Yıl	Erkek yaş grupları										
	15-29		30-44		45-59		60-74		≥75		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2013	2913	26,2	3020	27,1	2638	23,7	2071	18,6	490	4,4	11132
2014	2109	21,9	2996	31,1	2434	25,3	1662	17,3	421	4,4	9622
2015	2709	25,1	3257	30,1	2682	24,8	1770	16,4	392	3,6	10810
2016	3607	28,6	3775	30,0	2908	23,1	1922	15,3	379	3,0	12591
2017	3285	30,1	3004	27,5	2605	23,9	1694	15,5	326	3,0	10906
2018	3121	31,7	2673	27,2	2281	23,2	1476	15,0	282	2,9	9833
2019	3224	32,2	2714	27,1	2316	23,1	1495	14,9	262	2,6	10011
Toplam	20968	28,0	21439	28,6	17864	23,8	12090	16,1	2552	3,4	74905
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001

ADÇR kliniğine tüm yıllarda başvuran hastalar cinsiyete ve yaş gruplarına göre analiz edildiğinde 15-29 yaş grubunda başvuru yapanların %60,5'inin kadın %39,5'inin erkek, 30-44 yaş grubunda başvuru yapanların %59,8'inin kadın %40,2'sinin erkek, 45-59 yaş grubunda başvuru yapanların %60,3'ünün kadın %39,7'sinin erkek, 60-74 yaş grubunda başvuru yapanların %53,2'sinin kadın %46,8'inin erkek ve 75 yaş ve üzerinde başvuru yapanların %45,7'sinin kadın %54,3'ünün erkek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.1.4).

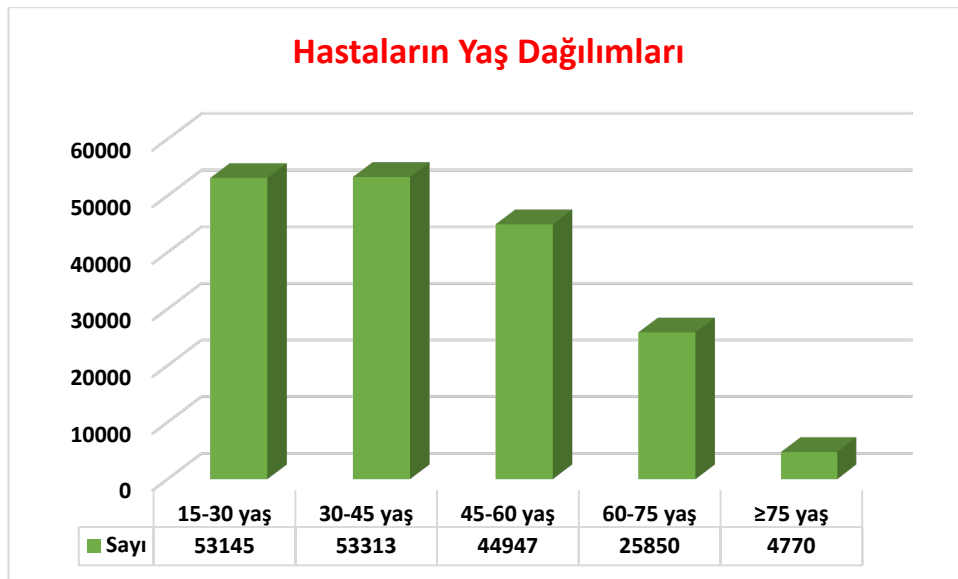
Tablo 4.1.4: ADÇR kliniğine başvuran tüm hastaların cinsiyete ve yaş gruplarına göre analizi

Yaş grupları	Cinsiyet						
	Erkek		Kadın		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
15-29	20968	39,5	32177	60,5	53145	100,0	<0,0001
30-44	21439	40,2	31874	59,8	53313	100,0	<0,0001
45-59	17864	39,7	27083	60,3	44947	100,0	<0,0001
60-74	12090	46,8	13760	53,2	25850	100,0	<0,0001
≥75	2552	54,3	2148	45,7	4700	100,0	<0,0001
Toplam	74913	41,2	107042	58,8	181955	100,0	<0,0001

ADÇR kliniğine başvuran tüm hastaların yaşa göre dağılımı incelendiğinde ise başvuru yapan hasta oranının 15-29 yaş grubunda %29,2, 30-44 yaş grubunda %29,3, 45-59 yaş grubunda %24,7, 60-74 yaş grubunda %14,2 ve 75 yaş ve üzerindeki grupta %2,6 olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.1.5). Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı şekil 1.2 ile gösterilmiştir.

Tablo 4.1.5: ADÇR kliniğine başvuran tüm hastaların yaşa göre dağılımı

Yıl	Genel yaş grupları										
	15-29		30-44		45-59		60-74		≥75		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2013	8293	29,8	7474	26,9	6649	23,9	4441	16,0	929	3,3	27786
2014	5380	23,3	7377	32,0	5989	25,9	3668	15,9	741	3,2	23083
2015	6867	26,5	7981	30,8	6640	25,6	3776	14,5	679	2,6	25953
2016	8865	29,5	9170	30,5	7247	24,1	4095	13,6	722	2,4	30099
2017	8268	31,0	7637	28,6	6548	24,5	3653	13,7	616	2,3	26714
2018	7678	31,7	6835	28,2	6028	24,9	3144	13,0	547	2,3	24232
2019	7866	32,7	6839	28,4	5846	24,3	3073	12,8	466	1,9	24090
Toplam	53145	29,2	53313	29,3	44947	24,7	25850	14,2	4770	2,6	181957
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001



Şekil 4.1.2: ADÇR kliniğine başvuran tüm hastaların yaşa göre dağılımı

Şekil 4.1.3'te yıllara göre hastaların dağılım grafiği sunulmuştur. Başvuru sayısının en fazla olduğu yıl %17 (30099 hasta) ile 2016 yılı olmuş ve bunu sırası ile %15 ile 2013 yılı (27786 hasta) ve 2017 yılı (26714 hasta) izlemektedir. Başvuru oranı 2015 yılında %14 (25953 hasta), 2014 (23083 hasta), 2018 (24232 hasta) ve 2019 (24090 hasta) yıllarında ise %13 olarak hesaplanmıştır.



Şekil 4.1.3: Yıllara göre hastaların dağılımı

4.2. Sistemik Değerlendirme

Tablo 4.2.1-4.2.8 arasında sistemik hastalıkların cinsiyete ve yıllara göre dağılımları sunulmuştur. 2013 yılında HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid ve kan hastalıklarının kadın hastalarda erkek hastalardan; KVH, böbrek hastalıkları ve hepatit hastalığının ise erkek hastalarda kadın hastalardan daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). 2013 yılında toplamda en fazla gözlenen üç hastalık; HT, DM ve KVH olmuştur (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2013 yılı

2013	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
HT	1420	63,8	806	36,2	2226	100,0	<0,001
DM	852	58,5	604	41,5	1456	100,0	<0,001
KVH	443	39,7	674	60,3	1117	100,0	<0,001
Akciğer	302	76,8	91	23,2	393	100,0	<0,001
Mide	67	66,3	34	33,7	101	100,0	<0,001
Tiroid	563	91,2	54	8,8	617	100,0	<0,001
Onkolojik	260	58,7	183	41,3	443	100,0	<0,001
Kan	109	96,5	4	3,5	113	100,0	<0,001
Böbrek	63	38,0	103	62,0	166	100,0	<0,001
Hepatit	195	47,7	214	52,3	409	100,0	<0,001

2014 yılında HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, tiroid ve kan hastalıklarının kadın hastalarda erkek hastalardan; KVH, mide ve böbrek hastalıkları ve hepatit hastalığının ise erkek hastalarda kadın hastalardan daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). 2014 yılında toplamda en fazla gözlenen üç hastalık; HT, DM ve KVH olmuştur (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2014 yılı

2014	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
HT	1312	65,3	697	34,7	2009	100,0	<0,001
DM	751	58,3	537	41,7	1288	100,0	<0,001
KVH	520	43,1	687	56,9	1207	100,0	<0,001
Akciğer	384	77,0	115	23,0	499	100,0	<0,001
Mide	142	17,4	676	82,6	818	100,0	<0,001
Tiroid	494	88,5	64	11,5	558	100,0	<0,001
Onkolojik	298	57,8	218	42,2	516	100,0	<0,001
Kan	191	96,0	8	4,0	199	100,0	<0,001
Böbrek	72	43,6	93	56,4	165	100,0	<0,001
Hepatit	174	45,3	210	54,7	384	100,0	<0,001

2015 yılında HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid ve kan hastalıklarının kadın hastalarda erkek hastalardan; KVH, böbrek hastalıkları ve hepatit hastalığının ise erkek hastalarda kadın hastalardan daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). 2015 yılında toplamda en fazla gözlenen üç hastalık; HT, DM ve KVH olmuştur (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2015 yılı

2015	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
HT	1199	63,3	694	36,7	1893	100,0	<0,001
DM	683	55,3	553	44,7	1236	100,0	<0,001
KVH	388	41,9	539	58,1	927	100,0	<0,001
Akciğer	342	76,0	108	24,0	450	100,0	<0,001
Mide	299	68,7	136	31,3	435	100,0	<0,001
Tiroid	538	92,1	46	7,9	584	100,0	<0,001
Onkolojik	238	56,8	181	43,2	419	100,0	<0,001
Kan	268	90,2	29	9,8	297	100,0	<0,001
Böbrek	67	41,6	94	58,4	161	100,0	<0,001
Hepatit	256	43,5	333	56,5	589	100,0	<0,001

2016 yılında HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid ve kan hastalıklarının kadın hastalarda erkek hastalardan; KVH, böbrek hastalıkları ve hepatit hastalığının ise erkek hastalarda kadın hastalardan daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). 2016 yılında toplamda en fazla gözlenen üç hastalık; HT, DM ve KVH olmuştur (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.4: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2016 yılı

2016	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
HT	1355	61,7	842	38,3	2197	100,0	<0,001
DM	892	58,3	639	41,7	1531	100,0	<0,001
KVH	543	45,3	657	54,8	1200	100,0	<0,001
Akciğer	479	75,6	155	24,4	634	100,0	<0,001
Mide	411	67,3	200	32,7	611	100,0	<0,001
Tiroid	602	88,7	77	11,3	679	100,0	<0,001
Onkolojik	270	55,6	216	44,4	486	100,0	<0,001
Kan	287	94,4	17	5,6	304	100,0	<0,001
Böbrek	62	36,9	106	63,1	168	100,0	<0,001
Hepatit	193	49,4	198	50,6	391	100,0	<0,001

2017 yılında HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid ve kan hastalıklarının kadın hastalarda erkek hastalardan; KVH, böbrek hastalıkları ve hepatit hastalığının ise erkek hastalarda kadın hastalardan daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). 2017 yılında toplamda en fazla gözlenen üç hastalık; HT, DM ve KVH olmuştur (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.5: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2017 yılı

2017	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
HT	1264	64,2	704	35,8	1968	100,0	<0,001
DM	821	60,5	535	39,5	1356	100,0	<0,001
KVH	485	42,7	652	57,3	1137	100,0	<0,001
Akciğer	453	78,1	127	21,9	580	100,0	<0,001
Mide	400	69,7	174	30,3	574	100,0	<0,001
Tiroid	710	89,4	84	10,6	794	100,0	<0,001
Onkolojik	240	54,4	201	45,6	441	100,0	<0,001
Kan	258	88,4	34	11,6	292	100,0	<0,001
Böbrek	68	40,0	102	60,0	170	100,0	<0,001
Hepatit	159	47,3	177	52,7	336	100,0	<0,001

2018 yılında HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid ve kan hastalıklarının kadın hastalarda erkek hastalardan; KVH, böbrek hastalıkları ve hepatit hastalığının ise erkek hastalarda kadın hastalardan daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). 2018 yılında toplamda en fazla gözlenen üç hastalık; HT, DM ve KVH olmuştur (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.6: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2018 yılı

2018	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
HT	1153	66,0	595	34,0	1748	100,0	<0,001
DM	779	60,9	501	39,1	1280	100,0	<0,001
KVH	494	43,9	632	56,1	1126	100,0	<0,001
Akciğer	473	76,8	143	23,2	616	100,0	<0,001
Mide	589	71,3	237	28,7	826	100,0	<0,001
Tiroid	715	89,7	82	10,3	797	100,0	<0,001
Onkolojik	308	56,7	235	43,3	543	100,0	<0,001
Kan	367	90,4	39	9,6	406	100,0	<0,001
Böbrek	85	45,9	100	54,1	185	100,0	<0,001
Hepatit	117	44,3	147	55,7	264	100,0	<0,001

2019 yılında HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid, kan hastalıkları ve hepatit hastalığının kadın hastalarda erkek hastalardan; yalnızca KVH ve böbrek hastalıklarının ise erkek hastalarda kadın hastalardan daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). 2019 yılında toplamda en fazla gözlenen üç hastalık yine; HT, DM ve KVH olmuştur (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.7: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, 2019 yılı

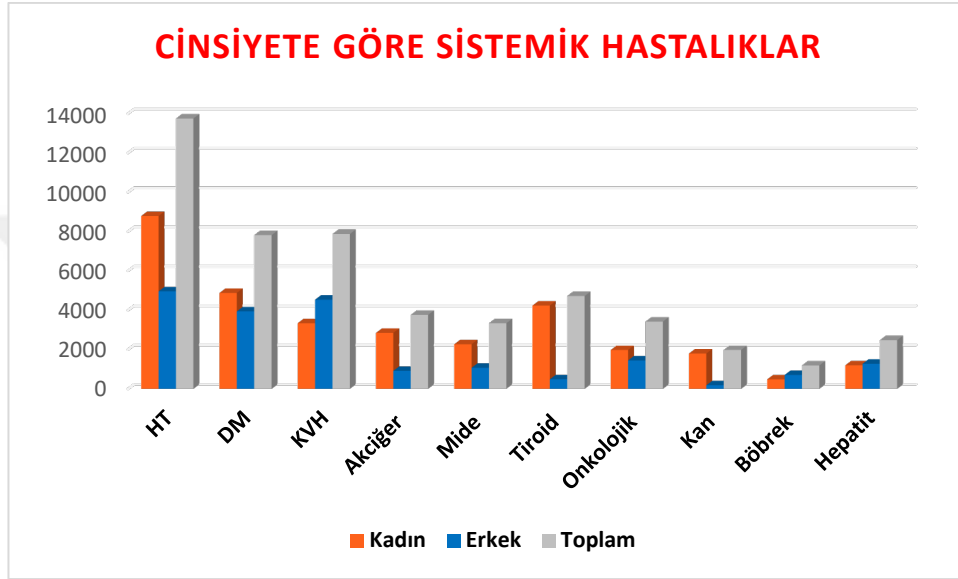
2019	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
HT	1088	63,7	619	36,3	1707	100,0	<0,001
DM	749	56,7	572	43,3	1321	100,0	<0,001
KVH	495	41,6	695	58,4	1190	100,0	<0,001
Akciğer	412	72,5	156	27,5	568	100,0	<0,001
Mide	461	69,4	203	30,6	664	100,0	<0,001
Tiroid	613	88,7	78	11,3	691	100,0	<0,001
Onkolojik	362	63,4	209	36,6	571	100,0	<0,001
Kan	311	85,7	52	14,3	363	100,0	<0,001
Böbrek	64	37,0	109	63,0	173	100,0	<0,001
Hepatit	103	52,6	93	47,4	196	100,0	<0,001

Sistemik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı tüm yıllarda genel olarak incelendiğinde de HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid ve kan hastalıklarının kadın hastalarda erkek hastalardan; KVH, böbrek hastalıkları ve hepatit hastalığının ise erkek hastalarda kadın hastalardan daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). En çok görülen hastalıklar sıklık sırasına göre şu şekildedir; HT, DM, KVH, tiroid, akciğer hastalıkları, onkolojik hastalıklar, mide hastalıkları, hepatit hastalığı, kan ve böbrek hastalıkları (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.8: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, genel

Genel	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
HT	8791	63,9	4957	36,1	13748	100,0	<0,001
DM	4877	55,3	3941	44,7	8818	100,0	<0,001
KVH	3338	42,4	4536	57,6	7874	100,0	<0,001
Akciğer	2845	75,7	915	24,3	3760	100,0	<0,001
Mide	2267	67,9	1071	32,1	3338	100,0	<0,001
Tiroid	4235	89,7	485	10,3	4720	100,0	<0,001
Onkolojik	1976	57,8	1443	42,2	3419	100,0	<0,001
Kan	1796	90,8	183	9,2	1979	100,0	<0,001
Böbrek	481	40,5	707	59,5	1188	100,0	<0,001
Hepatit	1197	48,4	1276	51,6	2473	100,0	<0,001

Toplamda kadınlarda en çok görülen üç hastalık HT, DM ve tiroid hastalıkları iken; erkeklerde görülen en çok üç hastalık HT, KVH ve DM olmuştur. Kadınlarla erkekler arasındaki en fazla fark kan ve tiroid hastalıklarında olmuştur ve her iki hastalık da kadınlarda erkeklere oranla çok daha fazla görülmektedir. Kadınlarla erkekler arasındaki en az fark ise hepatit hastalığında olmuştur ve hepatit hastalığı erkeklerde kadınlara oranla bir miktar daha fazla görülmektedir (Şekil 4.2.1).



Şekil 4.2.1: Sistemik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı, genel

Tablo 4.2.9’da kadın hastalarda sistemik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid, böbrek hastalıkları ve hepatit en çok 45-59 yaş grubunda; KVVH en çok 60-74 yaş grubunda; kan hastalıkları ise en çok 30-44 yaş grubunda gözlenmektedir. 15-29 yaş grubundaki kadınlarda en çok görülen hastalık akciğer hastalıkları, 30-44 yaş grubundaki kadınlarda en çok görülen hastalık tiroid hastalıkları iken 45 yaş ve üzerindeki kadınlarda en çok görülen hastalık ise HT olmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.2.9: Kadın hastalarda sistemik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı

Sistemik Hastalıklar	Kadın yaş grupları										
	15-29		30-44		45-59		60-74		≥75		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
HT	243	2,8	1048	11,9	3995	45,4	3021	34,4	484	5,5	8791
DM	201	4,1	738	15,1	2680	55,0	1071	22,0	187	3,8	4877
KVH	190	5,7	402	12,0	1116	33,4	1351	40,5	279	8,4	3338
Akciğer	587	20,6	784	27,6	1002	35,2	410	14,4	62	2,2	2845
Mide	526	23,2	541	23,9	806	35,6	345	15,2	49	2,2	2267
Tiroid	535	12,6	1278	30,2	1708	40,3	662	15,6	52	1,2	4235
Onkolojik	139	7,0	358	18,1	916	46,4	526	26,6	37	1,9	1976
Kan	579	32,2	703	39,1	387	21,5	111	6,2	16	0,9	1796
Böbrek	112	23,3	121	25,2	138	28,7	91	18,9	19	4,0	481
Hepatit	208	17,4	356	29,7	430	35,9	192	16,0	11	0,9	1197
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001

Tablo 4.2.10’da erkek hastalarda sistemik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. DM, akciğer, tiroid, böbrek hastalıkları ve hepatit en çok 45-59 yaş grubunda; HT, KVH ve onkolojik hastalıklar en çok 60-74 yaş grubunda; mide hastalıkları en çok 30-44 yaş grubunda, kan hastalıkları ise en çok 15-29 yaş grubunda gözlenmektedir. 15-29 yaş grubundaki erkeklerde en çok görülen hastalık mide hastalıkları, 30-74 yaş grubundaki erkeklerde en çok görülen hastalık HT iken 75 yaş ve üzerindeki erkeklerde en çok görülen hastalık ise KVH olmuştur ($p<0,001$).

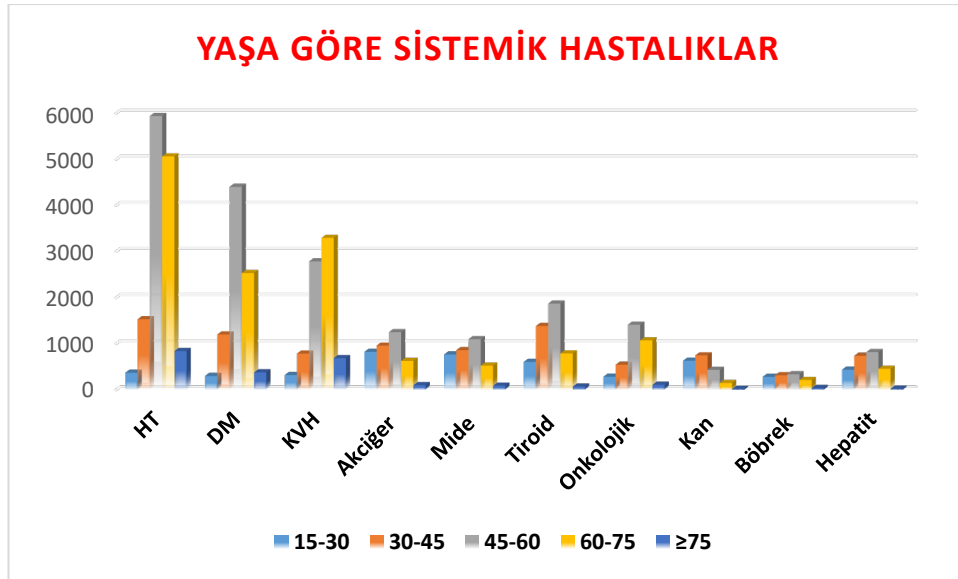
Tablo 4.2.10: Erkek hastalarda sistemik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı

Sistemik Hastalıklar	Erkek yaş grupları										
	15-29		30-44		45-59		60-74		≥75		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
HT	128	2,6	483	9,7	1945	39,2	2044	41,2	357	7,2	4957
DM	100	2,5	462	11,7	1724	43,7	1463	37,1	192	4,9	3941
KVH	130	2,9	383	8,4	1670	36,8	1945	42,9	408	9,0	4536
Akciğer	236	25,8	175	19,1	248	27,1	217	23,7	39	4,3	915
Mide	240	22,4	320	29,9	292	27,3	179	16,7	40	3,7	1071
Tiroid	70	14,4	107	22,1	163	33,6	127	26,2	18	3,7	485
Onkolojik	144	10,0	185	12,8	496	34,4	546	37,8	72	5,0	1443
Kan	52	28,4	43	23,5	47	25,7	37	20,2	4	2,2	183
Böbrek	170	24,0	194	27,4	200	28,3	122	17,3	21	3,0	707
Hepatit	229	17,9	382	29,9	388	30,4	263	20,6	14	1,1	1276
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001

Tablo 4.2.11 ve şekil 4.2.2’de tüm hastalarda sistemik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid, böbrek hastalıkları ve hepatit en çok 45-59 yaş grubunda; KVVH en çok 60-74 yaş grubunda; kan hastalıkları ise en çok 30-44 yaş grubunda gözlenmektedir. 15-29 yaş grubunda en çok görülen hastalık akciğer hastalıkları, diğer yaş gruplarında en çok görülen hastalık ise HT olmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.2.11: Sistemik hastalıklarının yaş gruplarına göre dağılımı

Sistemik Hastalıklar	Genel yaş grupları										
	15-29		30-44		45-59		60-74		≥75		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
HT	371	2,7	1531	11,1	5940	43,2	5065	36,8	841	6,1	13748
DM	301	3,4	1200	13,6	4404	49,9	2534	28,7	379	4,3	8818
KVH	320	4,1	785	10,0	2786	35,4	3296	41,9	687	8,7	7874
Akciğer	823	21,9	959	25,5	1250	33,2	627	16,7	101	2,7	3760
Mide	766	22,9	861	25,8	1098	32,9	524	15,7	89	2,7	3338
Tiroid	605	12,8	1385	29,3	1871	39,6	789	16,7	70	1,5	4720
Onkolojik	283	8,3	543	15,9	1412	41,3	1072	31,4	109	3,2	3419
Kan	631	31,9	746	37,7	434	21,9	148	7,5	20	1,0	1979
Böbrek	282	23,7	315	26,5	338	28,5	213	17,9	40	3,4	1188
Hepatit	437	17,7	738	29,8	818	33,1	455	18,4	25	1,0	2473
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001



Şekil 4.2.2: Sistemik hastalıklarının yaş gruplarına göre dağılımı

Kadın hastalarda sistemik hastalıkların yıllara göre dağılımı incelendiğinde HT hastalığı en fazla 2013, akciğer hastalıkları, KVH ve DM hastalığı en fazla 2016, mide, kan, böbrek ve tiroid hastalıkları en fazla 2018, onkolojik hastalıklar en fazla 2019, hepatit hastalığı ise en fazla 2015 yıllarında tespit edilmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 4.2.12).

Tablo 4.2.12: Kadın hastalarda sistemik hastalıkların yıllara göre dağılımı

Sistemik Hastalıklar	Kadın													
	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	n	n	%	n	%	n	%	n	%
HT	1420	16,2	1312	14,9	1199	13,6	1355	15,4	1264	14,4	1153	13,1	1088	12,4
DM	852	17,5	751	15,4	683	14,0	892	18,3	821	16,8	779	16,0	749	15,4
KVH	443	13,3	520	15,6	388	11,6	543	16,3	485	14,5	494	14,8	495	14,8
Akciğer	302	10,6	384	13,5	342	12,0	479	16,8	453	15,9	473	16,6	412	14,5
Mide	67	3,0	142	6,3	299	13,2	411	18,1	400	17,6	589	26,0	461	20,3
Tiroid	563	13,3	494	11,7	538	12,7	602	14,2	710	16,8	715	16,9	613	14,5
Onkolojik	260	13,2	298	15,1	238	12,0	270	13,7	240	12,1	308	15,6	362	18,3
Kan	109	6,1	191	10,6	268	14,9	287	16,0	258	14,4	367	20,4	311	17,3
Böbrek	63	13,1	72	15,0	67	13,9	62	12,9	68	14,1	85	17,7	64	13,3
Hepatit	195	16,3	174	14,5	256	21,4	193	16,1	159	13,3	117	9,8	103	8,6
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

Erkek hastalarda sistemik hastalıkların yıllara göre dağılımı incelendiğinde HT ve DM hastalığı en fazla 2016, KVH, akciğer, kan ve böbrek hastalıkları en fazla 2019, mide

hastalıkları en fazla 2014, tiroid hastalıkları en fazla 2017, onkolojik hastalıklar en fazla 2018, hepatit hastalığı ise en fazla 2015 yıllarında tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.2.13).

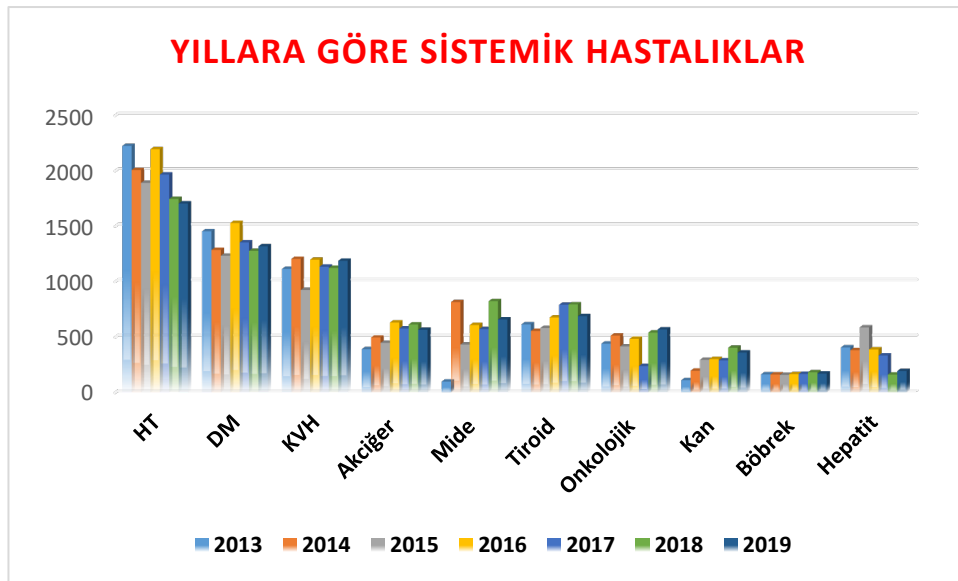
Tablo 4.2.13: Erkek hastalarda sistemik hastalıkların yıllara göre dağılımı

Sistemik Hastalıklar	Erkek									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	n	n	%	n	%
HT	806	16,3	697	14,1	694	14,0	842	17,0	704	14,2
DM	604	15,3	537	13,6	553	14,0	639	16,2	535	13,6
KVH	674	14,9	687	15,1	539	11,9	657	14,5	652	14,4
Akciğer	91	9,9	115	12,6	108	11,8	155	16,9	127	13,9
Mide	34	3,2	676	63,1	136	12,7	200	18,7	174	16,2
Tiroid	54	11,1	64	13,2	46	9,5	77	15,9	84	17,3
Onkolojik	183	12,7	218	15,1	181	12,5	216	15,0	201	13,9
Kan	4	2,2	8	4,4	29	15,8	17	9,3	34	18,6
Böbrek	103	14,6	93	13,2	94	13,3	106	15,0	102	14,4
Hepatit	214	16,8	210	16,5	333	26,1	198	15,5	177	13,9
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

Tüm hastalarda sistemik hastalıkların yıllara göre dağılımı incelendiğinde ise HT hastalığı en fazla 2013, DM ve akciğer hastalığı en fazla 2016, KVH en fazla 2014, kan, böbrek, mide ve tiroid hastalıkları ile onkolojik hastalıklar en fazla 2018, hepatit hastalığı ise en fazla 2015 yıllarında tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.2.14) (Şekil 4.2.3).

Tablo 4.2.14: Sistemik hastalıklarının yıllara göre dağılımı

Sistemik Hastalıklar	Genel									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	n	n	%	n	%
HT	2226	16,2	2009	14,6	1893	13,8	2197	16,0	1968	14,3
DM	1456	18,6	1288	16,5	1236	15,8	1531	19,6	1356	17,3
KVH	1117	14,2	1207	15,3	927	11,8	1200	15,2	1137	14,4
Akciğer	393	10,5	499	13,3	450	12,0	634	16,9	580	15,4
Mide	101	3,0	818	24,5	435	13,0	611	18,3	574	17,2
Tiroid	617	13,1	558	11,8	584	12,4	679	14,4	794	16,8
Onkolojik	443	13,0	516	15,1	418	12,2	486	14,2	241	7,0
Kan	113	5,7	199	10,1	297	15,0	304	15,4	292	14,8
Böbrek	166	14,0	165	13,9	161	13,6	168	14,1	170	14,3
Hepatit	409	16,5	384	15,5	589	23,8	391	15,8	336	13,6
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	



Şekil 4.2.3: Sistemik hastalıklarının yıllara göre dağılımı

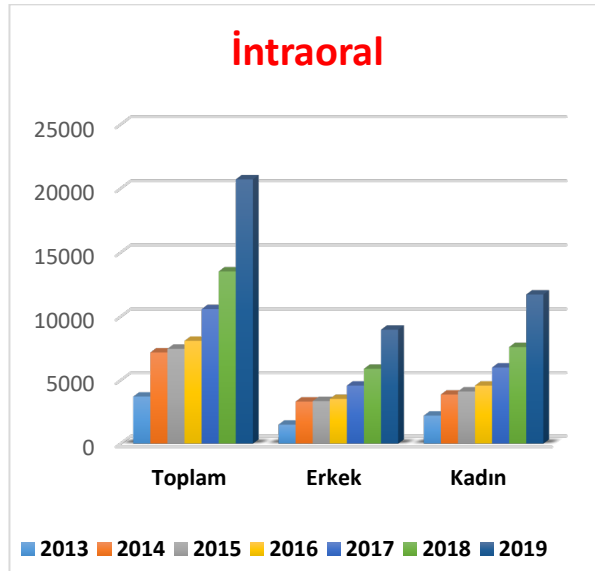
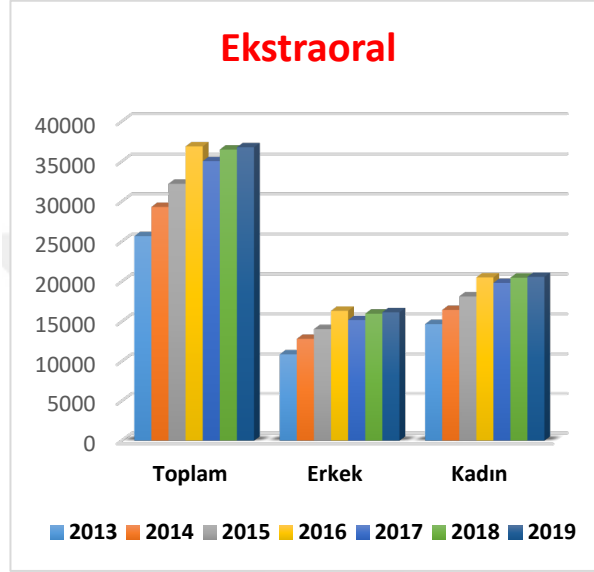
4.3. Radyografik Değerlendirme

Tablo 4.3.1 ve şekil 4.3.1’de yıllara ve cinsiyete göre alınan radyograflar gösterilmiştir. Toplam 233028 ekstraoral, 71380 intraoral radyograf alınmıştır. Ekstraoral radyograf alınan kadın oranı %56,1, erkek oranı %43,6 (p=0,001); intraoral radyograf alınan kadın oranı ise %56,3, erkek oranı ise %43,7 (p<0,001) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.1: Yıllara ve cinsiyete göre alınan radyograflar

	Ekstraoral						İntraoral					
	Toplam		Erkek		Kadın		Toplam		Erkek		Kadın	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2013	25693	100	10904	42,6	14709	57,4	3720	100	1504	40,4	2216	59,6
2014	29336	100	12861	43,8	16475	56,2	7201	100	3323	46,1	3878	53,9
2015	32231	100	14070	43,7	18161	56,3	7485	100	3363	44,9	4122	55,1
2016	36899	100	16364	44,3	20535	55,7	8118	100	3534	43,5	4584	56,5
2017	35062	100	15214	43,4	19846	56,6	10595	100	4582	43,2	6013	56,8
2018	36504	100	16008	43,9	20496	56,1	13536	100	5911	43,7	7625	56,3
2019	36794	100	16186	44,0	20608	56,0	20724	100	8988	43,4	11736	56,6
Toplam	233028	100	101607	43,6	130830	56,1	71380	100	31205	43,7	40174	56,3
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

İntraoral radyograflar hem kadın hem de erkek hastalarda yıllar içerisinde sürekli bir artma eğiliminde olmuştur. Ekstraoral radyograflar ise 2013-2017 yılları arasında artarak devam ederken, 2017 yılında bir azalma olmuş ve daha sonra tekrar artmaya devam etmiştir. İntraoral radyograflardaki 2019 yılındaki belirgin artış dikkat çekicidir (Şekil 4.3.1).



Şekil 4.3.1: Yıllara ve cinsiyete göre alınan radyograflar

Erkek ve kadınlarda alınan radyograflar cinsiyete göre değişmemektedir. Ekstraoral ve intraoral radyografların %43,7'si erkeklerden, %56,3'ü kadınlardan alınmıştır (p=0,987) (Tablo 4.3.2).

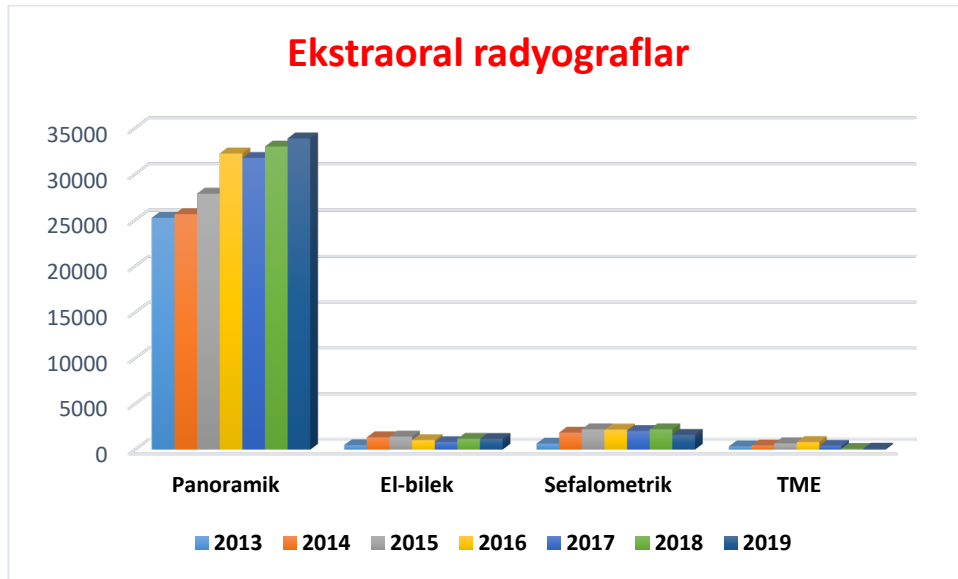
Tablo 4.3.2: Cinsiyete göre alınan radyograflar

	Cinsiyet						p
	Erkek		Kadın		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Ekstraoral	101607	43,7	130830	56,3	232437	100,0	0,987
İntraoral	31205	43,7	40174	56,3	71379	100,0	
Toplam	132812	43,7	171004	56,3	303816	100,0	

Toplam 233028 ekstraoral radyografinin %90,0'ı panoramik, %5,5'i sefalometrik, %3,2'si el-bilek ve %1,3'ü TME radyografıdır. Ekstraoral radyografların türlere göre dağılımı tüm yıllarda aynı şekildedir (p<0,001) (Tablo 4.3.3) (Şekil 4.3.2).

Tablo 4.3.3: Ekstraoral radyografların yıllara ve türlere göre dağılımı

	Ekstraoral									
	Panoramik		El-bilek		Sefalometrik		TME		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2013	25272	94,4	494	1,8	661	2,5	356	1,3	26783	100
2014	25667	87,5	1348	4,6	1862	6,3	459	1,6	29336	100
2015	27890	86,5	1425	4,4	2227	6,9	689	2,1	32231	100
2016	32249	87,4	1048	2,8	2190	5,9	831	2,3	36899	100
2017	31770	90,6	826	2,4	2043	5,8	423	1,2	35062	100
2018	33002	90,4	1186	3,2	2230	6,1	86	0,2	36504	100
2019	33886	92,1	1173	3,2	1618	4,4	117	0,3	36794	100
Toplam	209736	90,0	7500	3,2	12831	5,5	2961	1,3	233028	100
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

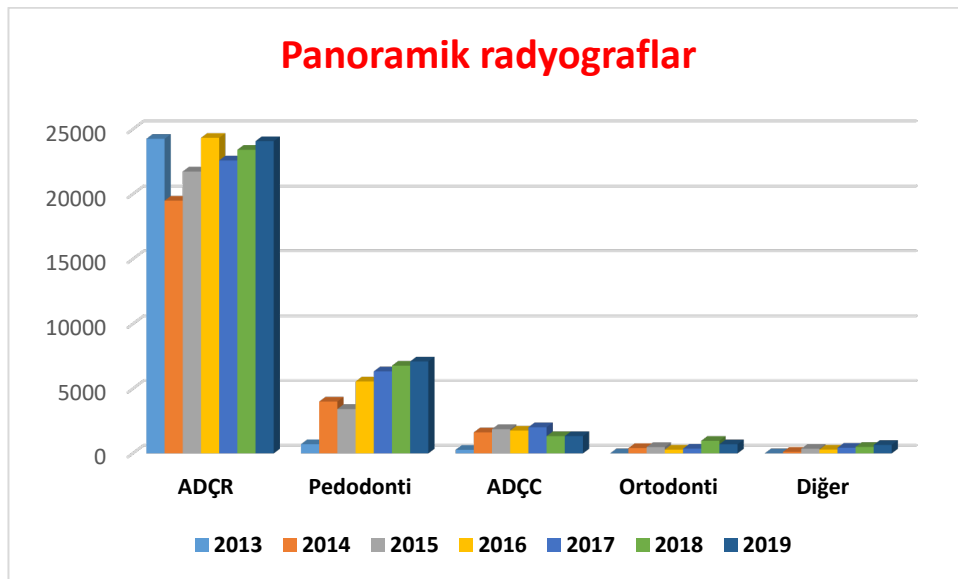


Şekil 4.3.2: Ekstraoral radyografların yıllara ve türlere göre dağılımı

Toplam 209736 panoramik radyografin %76,3'ü ADÇR, %16,2'si pedodonti, %4,9'u ADÇC, %1,5'i ortodonti bölümlerinde ve %1,1'i diğer bölümlerde alınmıştır. Panoramik radyografların bölümlere göre dağılımı tüm yıllarda genel olarak aynı şekildedir. Pedodonti bölümünde alınan radyograflarda son üç yıldaki artış belirgindir ($p<0,001$) (Tablo 4.3.4) (Şekil 4.3.3).

Tablo 4.3.4: Panoramik radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı

	Panoramik radyografler										
	ADÇR		Pedodonti		ADÇC		Ortodonti		Diğer		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2013	24261	96,0	712	2,8	277	1,1	12	0,0	10	0,0	25272
2014	19499	76,0	4009	15,6	1626	6,3	412	1,6	121	0,5	25667
2015	21740	77,9	3428	12,3	1874	6,7	487	1,7	361	1,3	27890
2016	24337	75,5	5564	17,3	1766	5,5	289	0,9	293	0,9	32249
2017	22597	71,1	6344	20,0	2025	6,4	368	1,2	436	1,4	31770
2018	23414	70,9	6783	20,6	1335	4,0	969	2,9	501	1,5	33002
2019	24078	71,1	7109	21,0	1339	4,0	706	2,1	654	1,9	33886
Toplam	159926	76,3	33949	16,2	10242	4,9	3243	1,5	2376	1,1	209736
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001



Şekil 4.3.3: Panoramik radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı

Tablo 4.3.5'te ADÇR bölümünde alınan panoramik radyografların yıllara ve cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. ADÇR bölümünde %58,7'si kadınlarda %41,3'ü erkeklerde olmak üzere toplam 159926 adet panoramik radyograf alınmıştır. Tüm yıllarda kadınlardaki oran erkeklerdeki orandan anlamlı olarak daha fazladır ($p<0,001$). Radyoloji bölümünde en fazla panoramik radyograf alınan yıl 2016, en az panoramik radyograf alınan yıl ise 2014 yılı olmuştur.

Tablo 4.3.5: ADÇR bölümünde alınan panoramik radyografların yıllara ve cinsiyete göre dağılımı

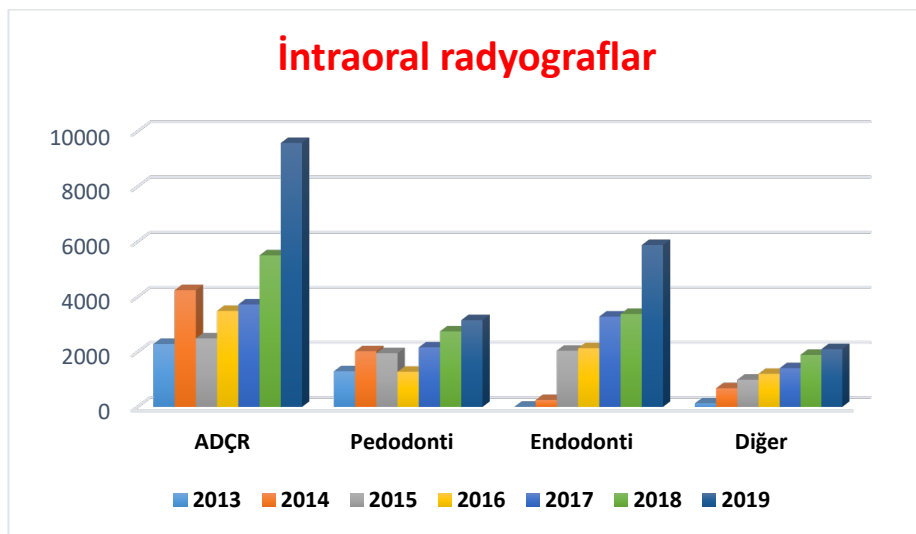
	ADÇR Panoramik Radyografler						p
	Toplam		Kadın		Erkek		
	n	%	n	%	n	%	
2013	24261	100	14507	59,8	9754	40,2	<0,001
2014	19499	100	11307	58,0	8192	42,0	<0,001
2015	21740	100	12624	58,1	9116	41,9	<0,001
2016	24337	100	14065	57,8	10272	42,2	<0,001
2017	22597	100	13414	59,4	9183	40,6	<0,001
2018	23414	100	13838	59,1	9576	40,9	<0,001
2019	24078	100	14050	58,4	24078	100,0	<0,001
Toplam	159926	100	93805	58,7	66121	41,3	<0,001

Tablo 4.3.6’da intraoral radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı gösterilmiştir. %43,9’u ADÇR, %23,8’i endodonti, %20,5’i pedodonti, %11,8’i diğer bölümler olmak üzere toplam 71380 intraoral radyograf alınmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.3.6: İntraoral radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı

	İntraoral radyografler										p
	ADÇR		Pedodonti		Endodonti		Diğer		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2013	2291	61,6	1297	34,9	4	0,1	128	3,4	3720	100	<0,001
2014	4246	59,0	2026	28,1	250	3,5	679	9,4	7201	100	<0,001
2015	2494	33,3	1956	26,1	2047	27,3	988	13,2	7485	100	<0,001
2016	3496	43,1	1280	15,8	2137	26,3	1205	14,8	8118	100	<0,001
2017	3728	35,2	2170	20,5	3288	31,0	1409	13,3	10595	100	<0,001
2018	5509	40,7	2750	20,3	3384	25,0	1893	14,0	13536	100	<0,001
2019	9582	46,2	3159	15,2	5882	28,4	2101	10,1	20724	100	<0,001
Toplam	31346	43,9	14638	20,5	16992	23,8	8404	11,8	71380	100	<0,001

Alınan intraoral radyograf sayısı bakımından 2019 yılında ADÇR ve endodonti bölümlerinde belirgin artış olduğu ve endodonti bölümündeki sayıların 2013 ve 2014 yıllarında takip eden yıllara göre oldukça az olduğu gözlenmektedir (Şekil 4.3.4).



Şekil 4.3.4: İntraoral radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı

ADÇR bölümünde alınan intraoral radyografların türlere göre dağılımı incelendiğinde tüm yıllarda ve toplamda belirgin bir şekilde periapikal radyografin en fazla olduğu gözlenmiştir, toplamda alınan periapikal radyograf oranı %93,1'dir. Bite-wing radyograf sayısı 2013-2017 yılları arasında diğer türlere göre oldukça az iken 2018 ve 2019 yıllarında belirgin bir artış olmuştur ve toplamda %6,1 oranı ile okluzal radyografin (%0,8) önüne geçmiştir. 2014 yılında ise hiç bite-wing radyograf alınmadığı görülmektedir ($p<0,001$) (Tablo 4.3.7).

Tablo 4.3.7: ADÇR bölümünde alınan intraoral radyografların türlere göre dağılımı

	ADÇR İnteraoral								p
	Bite-wing		Okluzal		Periapikal		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2013	4	0,2	2	0,1	2285	99,7	2291	100	<0,001
2014	0	0,0	20	0,5	4226	99,5	4246	100	<0,001
2015	6	0,2	30	1,2	2458	98,6	2494	100	<0,001
2016	3	0,1	36	1,0	3457	98,9	3496	100	<0,001
2017	60	1,6	38	1,0	3630	97,4	3728	100	<0,001
2018	492	8,9	64	1,2	4953	89,9	5509	100	<0,001
2019	1362	14,2	56	0,6	8164	85,2	9582	100	<0,001
Toplam	1927	6,1	246	0,8	29173	93,1	31346	100	<0,001

Tablo 4.3.8’te ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yıllara göre dağılımı gösterilmiştir. Toplam 25234 radyografin %66,2’si gömülü diş, %14,1’i rezidüel kök, %13,3’ü kist, %4,0’ü sürnümerer diş ve %2,4’ü kırık-travma teşhisleri ile alınmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.3.8: ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yıllara göre dağılımı

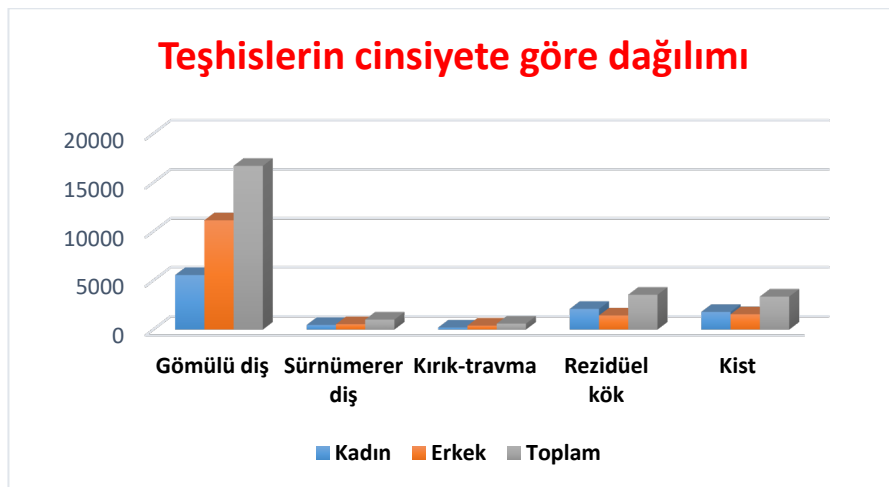
	Teşhis										
	Gömülü diş		Sürnümerer diş		Kırık-travma		Rezidüel kök		Kist		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2013	2915	82,6	87	2,5	70	2,0	131	3,7	324	9,2	3527
2014	3057	81,8	36	1,0	75	2,0	174	4,7	396	10,6	3738
2015	3140	77,4	164	4,0	85	2,1	207	5,1	460	11,3	4056
2016	3216	77,6	100	2,4	81	2,0	235	5,7	513	12,4	4145
2017	3348	76,4	116	2,6	93	2,1	268	6,1	557	12,7	4382
2018	5901	75,0	216	2,7	118	1,5	1083	13,8	554	7,0	7872
2019	6671	74,1	236	2,6	92	1,0	1449	16,1	558	6,2	9006
Toplam	16708	66,2	1013	4,0	604	2,4	3547	14,1	3362	13,3	25234
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		

Tablo 4.3.9’da ise ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Gömülü diş teşhisi ile alınan radyografların %66,7’si, sürnümerer diş teşhisi ile alınan radyografların %53,8’i, kırık-travma teşhisi ile alınan radyografların %65,7’si erkeklerden; rezidüel kök teşhisi ile alınan radyografların %59,4’ü ve kist teşhisi ile alınan radyografların %53,5’i kadınlardan alınmıştır, aradaki farklar istatistiksek olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.3.9: ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin cinsiyete göre dağılımı

Teşhis	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Gömülü diş	5558	33,3	11150	66,7	16708	100,0	<0,001
Sürnümerer diş	468	46,2	545	53,8	1013	100,0	<0,001
Kırık-travma	207	34,3	397	65,7	604	100,0	<0,001
Rezidüel kök	2106	59,4	1441	40,6	3547	100,0	<0,001
Kist	1799	53,5	1563	46,5	3362	100,0	<0,001

ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin cinsiyete göre dağılımı şekil 4.3.5’de gösterilmiştir. Kadınlar ve erkekler arasındaki en fazla fark gömülü diş ve kırık-travma teşhislerinde, en az fark ise kist teşhisinde olmuştur.

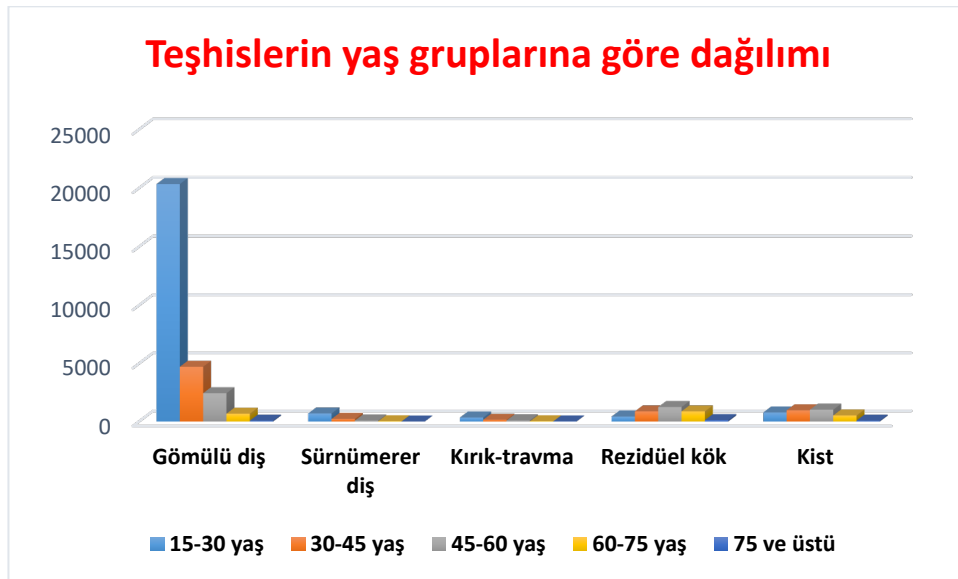


Şekil 4.3.5: ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin cinsiyete göre dağılımı

ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde gömülü diş, sürnümerer diş ve kırık-travma teşhislerinin en fazla 15-29 yaş grubunda, rezidüel kök ve kist teşhislerinin ise en fazla 45-59 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir. 75 yaş ve üzerinde sürnümerer diş teşhisi alan hasta olmamıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.3.10) (Şekil 4.3.6).

Tablo 4.3.10: ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yaş gruplarına göre dağılımı

Teşhis	Yaş grupları										
	15-29		30-44		45-59		60-74		≥75		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Gömülü diş	20341	72,0	4720	16,7	2440	8,6	673	2,4	74	0,3	28248
Sürnümerer diş	695	68,6	218	21,5	80	7,9	20	2,0	0	0,0	1013
Kırık-travma	341	56,5	150	24,8	91	15,1	15	2,5	7	1,2	604
Rezidüel kök	430	12,1	876	24,7	1247	35,2	875	24,7	119	3,4	3547
Kist	779	23,2	968	28,8	1018	30,3	522	15,5	75	2,2	3362
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001



Şekil 4.3.6: ADÇR bölümünde panoromik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yaş gruplarına göre dağılımı

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine 2013-2019 yılları arasında başvuran tüm hastaların radyografik muayene kayıtları ve anamnez bilgileri incelenerek hastaların demografik, sistemik ve radyografik karakteristiklerinin ortaya konması amaçlanmıştır. Konuyla ilgili yapılan literatür taramasında diş hekimliği alanında sistemik hastalık değerlendirmesi ile ilgili yapılmış araştırmalar bulunsa da demografik, sistemik ve radyografik olmak üzere üç temel ögeyi birleştirecek kapsamda benzer bir profil oluşturma çalışmasının olmadığı görülmüştür.

ADÇR kliniğine başvuran hastaların %58,8 çoğunluk ile kadın olduğu belirlenmiştir. Diş hekimliği fakültelerine başvuran hastaların sistemik hastalıklar ve anamnez kayıtlarının incelendiği benzer çalışmalarda da kadın hasta sayısının erkek hasta sayısından fazla olduğu görülmüştür.⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾ 2020 verilerine göre Antalya il nüfusunun 1.266.365'i (%49,7) kadın, 1.281.943'ü (%50,3) ise erkektir.⁽⁸⁸⁾ Nüfusa oranlandığında muayene için fakülteye başvuran kadın hasta sayısındaki fazlalık belirgindir ve bu durum yukarıda belirtilen çalışmalardaki oranlarla benzer şekilde kadın hastaların dental sağlıklarına daha fazla önem vermeleriyle açıklanabilir.

ADÇR kliniğine başvuran hastaların yaşa göre dağılımı incelendiğinde sırayla en çok 15-29 (%29,2) ve 30-44 (%29,3) yaş gruplarında oldukları tespit edilmiştir. Canger ve ark.⁸⁶'nın hastaların sistemik durumlarını değerlendirdikleri araştırmada hastaların %56'sının 18-40 yaş arasında olduğu, Cığırım⁽⁸⁴⁾'in hastaların medikal kayıtları üzerine yaptığı araştırmada ise hastaların %51,1'inin 18-35 yaş grubunda olduğu belirtilmiştir. 15-29, 30-44, 45-59 ve 60-74 yaş gruplarında toplam kadın-erkek oranına uygun şekilde kadın sayısı daha fazla iken 75 yaş ve üzerinde başvuru yapanların %45,7'sinin kadın %54,3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir ve bu bulgu dikkat çekicidir. Bu çalışmada en sık olarak belirlenen 15-44 yaş arasındaki hasta grubu Antalya ili yaş ortalaması olan 35 yaş ile uyumludur.⁽⁸⁸⁾

2013 yılından 2019'a kadar ADÇR kliniğine başvuran hastaların toplam sayıları birbirleri ile kıyaslandığında ise en büyük oranın %17 ile 2016 yılında olduğu, diğer yıllardaki oranların %13 ile %15 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Belirtilen yıllarda ADÇR kliniğinde belirtilen yıllar içinde her yıl birbirine yakın sayıda akademik

personelin benzer şartlarda çalışıyor olması ve teknik şartların sabit olması hasta sayısındaki dengeyi açıklayabilir.

Hastaların genel sağlık problemleri, hastaya yaklaşımı ve tedavi sürecini etkiler. Bu durumda iyi bir anamnez almak çok önemlidir. Dental tedavilerin çoğu farmakoterapotik ajanlar ve girişimsel işlemlerden oluşmaktadır. Dental tedavilerin ciddi komplikasyonlarını önlemek ve riski minimuma indirmek için detaylı bir medikal hikaye alınmalıdır. Doyle ve Fenlon⁽²³⁾ sundukları raporda yazılı anamnez formlarının %25,1'inin yanlış veya eksik doldurulduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda eğitim ve kültür seviyesi oldukça etkilidir.⁽⁸⁹⁾ Fakültemizde yazılı anamnez formları öğrenciler tarafından doldurulurken tüm hastaların bilgisayar ortamında kayıtları alınmaktadır. Mevcut işletim sistemi üzerinde kayıtlı sistemik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, geçirilen operasyonlar, alışkanlıklar her hasta için seçilip kaydedilirken manuel giriş ile özel durumlar yazılabilmektedir. Klinik işleyişi içerisinde hekim ve öğrencilerin bu girişleri doğru ve eksiksiz yapmaları istenmektedir. Ancak bu durum kontrol edilse de hasta ve hekime bağlı olarak aksaklıklar yaşanabilmektedir.

Bu çalışmada en çok görülen üç sistemik hastalık sırayla HT, DM ve KVH'tır. Bazı çalışmalarda hipertansiyon KVH içinde değerlendirilirken bazı çalışmalarda hem KVH hem de hipertansiyon ayrı birer hastalık grubu olarak değerlendirilmiş ve bu durum görülme sıklığı değerlerini etkilemiştir. Maryam ve ark.'⁽²⁰⁾, Fernández-Feijoo ve ark.'⁽⁹⁰⁾, Al-Bayat ve ark.'⁽²⁴⁾'nın, Aggarwal ve ark.'⁽⁹¹⁾'nin, Şener ve ark.'⁽⁹²⁾'nin, Radfar ve Suresh⁽⁹³⁾'in Mesgarzadeh ve ark.'⁽²¹⁾ çalışmalarında en sık görülen sistemik hastalık hipertansiyon olarak bulunmuştur. Georgiou ve ark.'⁽⁹⁴⁾'nin çalışmasında alerji, Sachdeva ve ark.'⁽⁹⁵⁾'nin çalışmasında GİS rahatsızlıkları, Hatipoğlu ve ark.'⁽⁸⁵⁾'nin çalışmasında ise hipertansiyonla birlikte tiroid rahatsızlıkları en sık görülen sistemik hastalıklar olarak tespit edilmiştir.

Hipertansiyon toplumda çok yüksek oranlarda görüldüğünden, diş hekimleri açısından dental tedaviler sırasında önlem alınması çok önemlidir. Hipertansif hastalarda, diş tedavileri sırasında sıklıkla kullanılan lokal anestezi solüsyonlarının içerdiği vazokonstriktör miktarının önerilen değerden yüksek dozda kullanılması durumunda akut hipertansif kriz, hipertansif ensefalopati, beyin kanaması, sol ventrikül yetmezliği gibi komplikasyonların oluşma riski artmaktadır. Diş tedavisi yapılacak hastanın tansiyonu kontrol altında olmalı, kontrol altındaki hipertansiyon hastalarında lokal

anestezik solüsyonun içerdiği vazokonstriktör miktarı 0,04 mg'ı aşmamalıdır.^(96,97) Ayrıca antihipertansif kullanan hastalarda gingival hiperplazi, ülserasyon ve likenoid lezyonlar gibi yan etkileri kontrol altına almak için hekim dikkatli olmalı ve oral hijyen sağlanarak gerekli durumda ilaç değişimi için kardiyolog ile konsültasyon yapılmalıdır.^(1,29)

Mevcut araştırmalarda belirlenen hastalık gruplarında farklılıklar görülebilmektedir. Tiroid hastalıkları ve DM, bazı çalışmalarda endokrin hastalıkları grubu içinde değerlendirilmiştir.⁽⁹⁸⁾ Bizim kliniğimizde dijital anamnez formunda hastalık isimleri daha ayrıntılı biçimde yer almakta, DM ve tiroid hastalıkları ayrıca belirtilmektedir.

DM çalışmanın en sık rastlanan ikinci hastalık grubunu oluşturmaktadır. Bu sonuç Shakir ve ark.⁽²²⁾ ile Al-Bayatı ve ark.⁽²⁴⁾ yaptığı çalışmaların sonuçlarıyla benzerdir. Akut stresler diyabetlilerde metabolik komplikasyonlara sebep olabileceğinden diş tedavileri sırasında hiperglisemik ya da hipoglisemik koma gelişme riskine karşı diş hekimleri önlem almalıdır. Diyabetin tetikleyebileceği mikrovasküler düzeyde iskemi, makrovasküler düzeyde ateroskleroz ve miyokard infarktüsü de göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalar sabah saatlerinde tedavi edilmeli, kan glikoz seviyesi girişimsel işlemler için uygun olmalıdır. Diş tedavisi esnasında hipoglisemi riskine karşı acil tedavi protokolü oluşturulmalıdır.^(98,99)

Sistemik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde HT, DM, onkolojik hastalıklar, akciğer, mide, tiroid ve kan hastalıklarının kadın hastalarda; KVH, böbrek hastalıkları ve hepatit hastalığının ise erkek hastalarda daha fazla olduğu gözlenmiştir. Toplamda kadınlarda en çok görülen üç hastalık HT, DM ve tiroid hastalıkları iken; erkeklerde görülen en çok üç hastalık HT, KVH ve DM olmuştur. Georgiou ve ark.⁽⁹⁴⁾'nın Avustralya'da yaptıkları bir çalışmaya göre erkeklerde KVH daha yüksek oranda görülürken kadınlarda anemi ve diğer hastalıklar daha yüksek oranlarda görülmüştür. Dhanuthai ve ark.'nın Tayland'da yaptıkları çalışmalarında ise tüm hastalıklara kadınlarda daha sık rastlanmıştır. HT gibi literatürde kadın cinsiyet baskınlığı belirtilmeyen hastalıklarda dahi kadın bireylerin etkilenme oranının yüksek çıkması, kadınların sağlık kontrollerini daha düzenli yaptırması ve kadınların kayıt altında daha fazla tıbbi verisinin olması ile ilişkilendirilmektedir.⁽¹⁰⁰⁾

Kadınlarda erkekler arasındaki en fazla fark kan ve tiroid hastalıklarında olmuştur ve her iki hastalık da kadınlarda erkeklere oranla çok daha fazla görülmektedir. Demir eksikliği anemisi, anamnez kaydında en çok işaretlenen kan hastalığıdır. Literatürdeki kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü bilgisi çalışmadaki kan hastalıklarının kadınlarda daha sık görüldüğünü gösteren veriler ile uyumludur.⁽¹⁰¹⁾ Tiroid hastalıkları içinde yer alan Hashimoto tiroiditi kadınlarda erkeklere göre 8 kat fazla izlenmektedir ve diğer tiroid hastalıklarının da literatürde kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Çalışmamızdaki tiroid hastalıklarının kadınlarda daha sık izlendiğini gösteren sonuçlar ile literatür verileri uyumludur.^(102,103)

Yaş gruplarına göre en sık rastlanan hastalıklar değerlendirildiğinde, 15-29 yaş grubunda en çok görülen hastalık akciğer hastalıkları, diğer yaş gruplarında en çok görülen hastalık ise HT olmuştur. 15-29 yaş grubundaki kadınlarda en çok görülen hastalık genel sayıyla uyumlu şekilde akciğer hastalıklarıdır. 30-44 yaş grubundaki kadınlarda en çok görülen hastalık tiroid hastalıkları iken 45 yaş ve üzerindeki kadınlarda en çok görülen hastalık ise HT olmuştur. 15-29 yaş grubundaki erkeklerde en çok görülen hastalık mide hastalıkları, 30-74 yaş grubundaki erkeklerde en çok görülen hastalık HT iken 75 yaş ve üzerindeki erkeklerde en çok görülen hastalık ise KVVH'tır. En sık görülen hastalık olan HT her iki cinsiyette de geniş bir yaş aralığını kapsamaktadır.

Tüm hastalarda sistemik hastalıkların yıllara göre dağılımı incelendiğinde ise HT hastalığı en fazla 2013, DM ve akciğer hastalığı en fazla 2016, KVVH en fazla 2014, kan, böbrek, mide ve tiroid hastalıkları ile onkolojik hastalıklar en fazla 2018, hepatit hastalığı ise en fazla 2015 yıllarında tespit edilmiştir. 2013 yılından 2019 yılına kadar olan bu zamanda mide hastalıklarının 2013 yılında diğer yıllara göre oldukça az görülmesi, akciğer hastalıklarında zamanla artış olması, hepatit hastalığının 2018 ve 2019 yıllarında ve HT hastalığının son üç yılda diğer yıllara göre belirgin azalma eğiliminde olması dikkat çekici bulgulardır. Mide ile ilgili hastalıkların 2013 yılında anamnez listesinde bulunmadığı ve listeye sene sonuna doğru eklendiği tespit edilmiştir. Hepatit ile ilgili değişim, bu verinin gerçek tabloyu yansıtmayabileceği, hastaların sistemik olarak izlenen enfeksiyon hastalıklarından habersiz olduğunu veya diğer faktörlerden (hekimin hastaya önyargılı davranma endişesi, eğitim durumu gibi) dolayı durumlarını belirtmemiş olabileceklerini düşündürmüştür.⁽⁸⁵⁾

Fakültede alınan radyograf oranları incelendiği zaman ekstraoral radyografda kadın oranı %56,1, erkek oranı %43,6; intraoral radyografda kadın oranı %56,3, erkek oranı ise %43,7 olarak hesaplanmıştır. Bu oranlar fakültedeki tüm hastaları kapsamakta ve en başta belirttiğimiz ADÇR kliniğine başvuran hastalardaki cinsiyet oranları ile uyumludur.

Alınan toplam ekstraoral radyografin %90,0'ı panoramik, %5,5'i sefalometrik, %3,2'si el-bilek ve %1,3'ü TME radyografıdır. Ekstraoral radyografların türlere göre dağılımı tüm yıllarda aynı şekildedir. Rutin muayenede hamile hastalar dışında tüm hastalar öncelikle panoramik radyograf ile değerlendirilmektedir.

2018 yılından itibaren TME grafisinde belirgin bir düşüş yaşanmıştır. Çünkü rutin olarak alınan panoramik radyograf ile elde edilen iki boyutlu görüntüde TME değerlendirilebilmektedir ve değerlendirildikten sonra ileri bir görüntüleme yöntemine başvurulacak olursa bu yöntemin incelenecek dokuya ve tanıya gitmede bir üst basamak olarak olarak manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, konik ışınlı bilgisayarlı tomografi gibi üç boyutlu bir yöntem olmasına dikkat edilmektedir.

Toplam panoramik radyografin %76,3'ü ADÇR, %16,2'si pedodonti, %4,9'u ADÇC, %1,5'i ortodonti bölümlerinde ve %1,1'i diğer bölümlerde alınmıştır. Panoramik radyografların bölümlere göre dağılımı tüm yıllarda genel olarak aynı şekildedir. ADÇR bölümündeki yüksek oranın sebebi ilk detaylı dental muayenenin yapıldığı bölüm olması kaynaklıdır. Pedodonti bölümünde alınan radyograflarda son üç yıldaki artış belirgindir. 2013 yılında ADÇR bölümünün panoramik radyograf oranı %96'dır ve bu yüksek oran o yıl radyografik istemlerin başka bir bölümden olsa bile büyük oranda girişlerin ADÇR bölümü üzerinden yapıldığını göstermektedir. Bu durum yeni açılan bir fakültede bilgisayar sistemlerin henüz tam olarak oturmamış olması ile açıklanabilir. 2013 yılındaki sayıdaki bu fazlalık sebebiyle en az panoramik radyograf alınan yıl 2013 yerine 2014 olarak belirlenmiştir.

İntraoral radyograflar hem kadın hem de erkek hastalarda yıllar içerisinde sürekli bir artma eğiliminde olmuştur. İntraoral radyografların yıllara ve bölümlere göre dağılımı incelendiğinde; %43,9 ADÇR, %23,8 endodonti, %20,5 pedodonti ve %11,8 diğer bölümlerden intraoral radyograf alındığı görülmüştür. Alınan intraoral radyograf sayısı bakımından 2019 yılında ADÇR ve endodonti bölümlerinde belirgin artış

olduğu gözlenmektedir. İntraoral radyograf sayısındaki bu artış, radyografik muayene uygulamasındaki değişim ile açıklanabilir. 2017 yılının sonundan itibaren ekstraoral radyograflara destek olarak intraoral radyograf ile incelemeye ağırlık verilmeye başlanmış ve 2019 yılında üst seviyeye ulaşarak rutin muayenedeki yerini almıştır.

Endodonti bölümündeki sayıların 2013 ve 2014 yıllarında takip eden yıllara göre oldukça az olduğu belirlenmiştir. Çünkü endodonti bölümü ilk birkaç yılda tedavi için gerekli olan rutin intraoral radyograflarını ADÇR bölümü radyoloji kliniğinde çekmiştir.

ADÇR bölümünde alınan intraoral radyografların türlere göre dağılımı incelendiğinde tüm yıllarda ve toplamda belirgin bir şekilde periapikal radyografların en fazla olduğu gözlenmiştir. Bite-wing radyograf sayısı 2013-2017 yılları arasında diğer türlere göre oldukça az iken 2018 ve 2019 yıllarında belirgin bir artış olmuştur ve toplamda %6,1 oranı ile okluzal radyografin (%0,8) önüne geçmiştir. Yukarıda bahsedilen radyografik muayenenin intraoral radyograf ile geliştirilmesi durumu bu sayıdaki artışı açıklamaktadır.

ADÇR bölümünde panoramik radyograflar üzerinden konulan bazı teşhislerin yıllara göre dağılımına bakıldığında %66,2 ile en büyük oranın gömülü dişte olduğu görülmüştür. Gömülü diş teşhisi ile alınan radyografların %66,7'si, sürnümerer diş teşhisi ile alınan radyografların %53,8'i, kırık-travma teşhisi ile alınan radyografların %65,7'si erkeklerden; rezidüel kök teşhisi ile alınan radyografların %59,4'ü ve kist teşhisi ile alınan radyografların %53,5'i kadınlardan alınmıştır. Kadınlar ve erkekler arasındaki en fazla fark gömülü diş ve kırık-travma teşhislerinde olmuştur. Gömülü dişler semptom vermedikleri sürece fark edilmez ve genellikle rutin radyografik muayenede görülür. Kadınların sistemik hastalık kayıtlarında olduğu gibi gömülü diş tespitinde de sağlık kontrolleri konusunda daha bilinçli olmaları ve tespit edilen gömülü dişlerini çektirmeleri bu sonuca sebep olarak gösterilebilir. Çenelerde meydana gelen kırıklar ise genellikle travmalar sonucu oluşur ve travma sebepleri çoğunlukla trafik kazaları ve kavgalardır, erkeklerde daha sık görülürler.⁽¹⁰⁴⁾ Türkiye'de yapılan bir çalışmada erkek sürücülerin kazaya karışma oranlarını %51, kadın sürücülerin ise %25 olarak bulunmuştur.⁽¹⁰⁵⁾ Bu sonuç da bulgumuzu destekler niteliktedir.

ADÇR bölümünde panoramik radyograflar üzerinden konulan teşhislerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde gömülü diş, sürnümerer diş ve kırık-travma teşhisleri en fazla 15-29 yaş grubunda izlenmiştir. Çünkü zamanla sürnümerer ve gömülü dişler çekilir. Yaşla birlikte görülme sayıları azalır. Rezidüel köklerin ise en fazla 45-59 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir. Hastalarda zamanla çekilen dişlerden kalan parçalar ilerleyen yaşla birlikte rezidüel kök miktarını artırır ve bu sonuç ortaya çıkabilir. Kırık-travma teşhislerinin en sık 15-29 arasındaki erkeklerde görülüyor olması ise bu yaş grubunun daha fazla motorsiklet kazasına karıştığını gösteren çalışmalar ile uyumludur.^(106,107)

Yıllara göre zaman ilerledikçe rezidüel kök, gömülü diş ve sürnümerer diş sayısında belirgin bir artış olmuştur. Çünkü yeni açılmış olan fakültede zamanla teşhis sistemi oturmuş, panoramik radyograf rutin muayeneye eklendiği için patolojilerin tesadüfi teşhisi artmış ve teşhisler konusunda hekimler daha ayrıntılı bir veri giriş listesi kullanmaya başlamışlardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızın verileri doğrultusunda ulaştığımız sonuçlar şu şekildedir:

- 2013-2019 yılları arasında ADÇR kliniğine başvuran hastaların %17,6'lık bir fark ile kadın ağırlıklıdır.
- ADÇR kliniğine başvuran tüm hastaların yaşa göre dağılımı incelendiğinde 15-44 yaş arası hasta grubunun en fazla olduğu belirlenmiştir.
- Başvuru sayısının en fazla olduğu yıl 2016 yılıdır.
- Toplamda kadınlarda en çok görülen üç hastalık HT, DM ve tiroid hastalıkları iken; erkeklerde görülen en çok üç hastalık HT, KVH ve DM'tur.
- Alınan ekstraoral radyografin %90'ını oluşturan panoramik radyograf en çok kullanılan radyografıdır.
- ADÇR bölümünde alınan intraoral radyografların türlere göre dağılımı incelendiğinde tüm yıllarda ve toplamda belirgin bir şekilde periapikal radyografin en fazla olduğu gözlenmiştir.

6.2. Öneriler

- Literatürde bir diş hekimliği fakültesine başvuran hastalar üzerinde klinik, sistemik ve radyografik özellikleri birleştiren benzer bir profil çalışmasına rastlanmamıştır. Çalışmanın yapılacak benzer çalışmalara örnek teşkil edebileceği düşünülmektedir.
- Anamnez kayıtlarının eksiksiz ve hatasız olarak tutulması çok önemlidir. Bu sayede çalışmanın yapıldığı bölgenin sistemik hastalık karakteristiği ortaya konmuştur ve bu durum teşhis ve tedavi planlamasında yol gösterici olmaktadır.
- Radyografik karakteristiğin oluşturulması ile en fazla radyograf istenen türler ve en çok radyograf alınan klinikler belirlenmiştir. Bu durum bölümler arası işleyişte yeni çalışmalar ve uygulama planlamalarına olanak sağlamıştır.
- Klinik muayene kayıtlarının düzenli şekilde saklanması ile panoramik radyografıta en sık görülen radyografik teşhislerin belirlenmesi ile hangi yaş ve cinsiyet

grubunda diğerk bölümlere yönlendirilen hastalarda nelere daha çok dikkat edilmesi gerektiğı görülmüştür.

- Diş hekimliğı fakültelerinde hasta anamnez kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması için mutlaka bilgisayar tabanlı iyi bir kayıt sistemi kullanılmalıdır.
- Hastaların teşhis ve tedavi bilgilerinde eksik ve hatalı olması, aksaklıkların ve eksikliklerin belirlenmesini engelleyecek ve sağlık planlamalarını yanlış yönlendirebilecektir. Dijital ortama verileri giren sağlık personelinin, kayıt ve bildirim konusunda duyarlılığının artırılması, sağlık alanında hedeflerin daha net olarak ortaya konulmasını sağlayacaktır.
- Fakültede kullanılan dijital kayıt sistemi düzenli hale gelene kadar anamnez kayıtlarında ve teşhis bilgilerinde meydana gelen eksiklikler ve hatalar bu çalışmanın limitasyonudur.

KAYNAKLAR

1. Orhan K. Oral diagnoz ve oral medicine. 2015.
2. Saravi BM, Kabirzadeh A. Farklı Tıbbi Kayıt Biçimleri Tarihinin ve Bunların Tıp Eğitimine Etkilerinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2006; 14:159-62
3. Saravi B M, Kabirzadeh A. Tıbbi Kayıtların Üretilmesinde İbn Sina'nın Rolü, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005;13:137-39
4. Uz LR, Bozdemir N. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi-ATO Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 Yılı Çalışmalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. 2007.
5. Polaschek JX. Computerized Patient Care Record. In: Rothroch JC (ed). Perioperative Nursing Care Planning. 2nd ed. St Louis: Mosby-Year Book, 1996:31-42.
6. Hovenga E, Gadre S, Heard S. Nursing Constraint Models For Electronic Health Records: A Vision For Domain Knowledge Governance. Int J Med Inform 2005;74:886-98.
7. Helleso R, Ruland CM. Developing a Module For Nursing Documentation Integrated in The Electronic Patient Record. J Clin Nurs 2001;10:799-805.
8. Ay F. Uluslararası Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Bilgisayar İlişkisi. Gülhane Tıp Dergisi, 2009;51:231-36.
9. Mc Whinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2nd Ed, Newyork: Oxford University Press, 1997:377-380
10. <http://www.metasoft.com.tr> Erişim Tarihi: 20.03.2021.
11. Harorlı A. Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Harorlı A, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
12. Canger EM, Çelenk P. Dünyada ve Türkiye'de Diş Hekimliği Radyolojisinin Gelişimi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics. 2005;13:48-54.
13. Jacobsohn PH, Fedran RJ. Making Darkness Visible: The Discovery of X-ray and Its Introduction to Dentistry. J Am Dent Assoc. 1995;126:1359-67.
14. Parks ET, Williamson GF. Digital Radiography: An Overview. J Contemp Dent Prac. 2002;3:1-13.

15. Petrikowski CG. Introducing Digital Radiography In The Dental Office: An Overview J Can Dent Assoc. 2005;(71):651.
16. Brennan J. An Introduction To Digital Radiography In Dentistry. J Orthod. 2002;9:66-9.
17. Eisenberg RL. Radiology: An Illustrated History. St Louis: Mosby-Year Book Inc. 1996.
18. Johnson ON, Thomson EM. Essentials of Dental Radiography For Dental Assistants and Hygienists. 8th Ed, New Jersey: Pearson Education Inc. 2007.
19. Mullins ME, Mehta A, Patel H, McCloud TC, Novelline RA. Impact Of PACS On The Education Of Radiology Residents: The Residents Perspective. Acad Radiol. 2001;8:67-73.
20. Maryam A, Atessa P, Mozafari Pegah M, Zahra S, Hanieh G, Davood A, et al. Medical Risk Assessment in Patients Referred to Dental Clinics, Mashhad, Iran (2011-2012). Open Dent J 2015;9:420-5.
21. Mesgarzadeh A, Hashemi HM, Sharifi R, Hasheminasab M, Karimi A. A Retrospective Study Of Medically Compromised Patients Referred To The Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry of Tehran University of Medical Sciences, Iran. J Craniomax Res 2014;1(1-2):11-6.
22. Shakir MM, Ali A, Azad N. Prevalence Of Medical Problems In Dental Out Patients In Karachi. Journal of the Dow University of Health Sciences Karachi 2011;5(3): 99-102.
23. Doyle YG, Fenlon MR. Medical Screening Of 1500 Patients In A Dental Surgery: A Prospective Study. J R Coll Gen Pract 1989;39(327):415-7.
24. Al-Bayaty HF, Murti PR, Naidu RS, Matthews R, Simeon D. Medical Problems Among Dental Patients At The School Of Dentistry, The University Of The West Indies. J Dent Educ 2009;73(12):1408-14.
25. Miniño AM, Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: Final data for 2008 (National Vital Statistics Reports; vol 59 no 10). Hyattsville, CDC. 2011
26. Alagüney ME, Öz ŞG. Hipertansiyon Ve Çalışma Hayatı. İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 2018;1027.
27. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. Turk Kardiyol Dern Ars 2019;47(6):535-46.
28. Papadakis M, McPhee SJ. Current Medical Diagnosis and Treatment 2013 52th edition. United States: McGraw-Hill Medical. 2013.

29. Özcan İ. Sistemik Yaklaşımlarla Oral Diagnoz, 2007;416-17.
30. Lalla RV, D'Ambrosio TA. Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. J Am Dent Assoc 2001;132(10):1425-32.
31. McKenna SJ. Dental management of patients with diabetes. Dent Clin North Am 2006;50(4):591-606.
32. Montoya-Carralero JM, Saura-Perez M, Canteras-Jordana M, Morata-Murcia IM. Reduction of HbA1c levels following nonsurgical treatment of periodontal disease in type 2 diabetics. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010;15(5):808-12.
33. Wang CH, Chueh LH, Chen SC, Feng YC, Hsiao CK, Chiang CP. Impact of diabetes mellitus, hypertension, and coronary artery disease on tooth extraction after nonsurgical endodontic treatment. J Endod 2011;37(1):1-5.
34. Manfredi M, McCullough MJ, Vescovi P, Al-Kaarawi ZM, Porter SR. Update on diabetes mellitus and related oral diseases. Oral Dis 2004;10(4):187-200.
35. Achidi EA, Tangoh DA. Risk Assessment of Cardiovascular Disease among Staff of the University of Buea, South Western Cameroon. J Public Health Epidemiol 2010;2(9):251-61.
36. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2014. p. 9-22.
37. Bodur A, Turgut Z. Periodontitis; kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü müdür? Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi (Acta Odontologica Turcica), 2009;26.3:193-99.
38. Renton T, Woolcombe S, Taylor T, Hill CM. Oral surgery: part 1. Introduction and the management of the medically compromised patient. Br Dent J 2013;215:213-2.
39. Tintinalli JE, Stapczynski JS, Cline DM, Ma OJ, Cydulka RK, Meckler GD. Tintinalli's emergency medicine a comprehensive study guide. 7th ed. New York; McGraw Hill: 2011. p. 511-8.
40. Fragiskos FD. Oral surgery. Heidelberg; Springer: 2007. p. 1-20.
41. Andersson L, Kahnberg KE, Pogrel MA. Oral and maxillofacial surgery. 1st ed. United Kingdom; Blackwell Publishing Ltd: 2010. p. 29-37.
42. Aral K, Aral CA, Kalkan RE. Astım ve ağız sağlığı. EÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2016;37(2):42-46.
43. Cassamassimo P. Bebeklikten ergenliğe çocuk diş hekimliği. Yer: Ankara Nobel Tıp Yayınevi. 2009.

44. Barlett DW, Evans DF, Smith BG. The relationship between gastroesophageal reflux disease and dental erosion. *J Oral Reh* 1996;23:289-97.
45. O'Sullivan EA, Curzon ME, Roberts GJ, Milla PJ, Stringer MD. Gastroesophageal reflux in children and its relationship to erosion of primary and permanent teeth. *Eur J Oral Sci* 1998;106:765-9.
46. Bor S, Mandıracıoğlu A, Kitapçıoğlu G, Bor CC, Gilbert RJ. Gastroesophageal reflux disease in a low income region in Turkey. *Am J Gastroenterol* 2005;100:759-65.
47. Dabsban A, Patel H, Delaney J, Wverth A, Thomas R, Tolia V. Gastroesophageal Reflux Disease and Dental Erosion in Children. *J Pediatr* 2002;23:474-8.
48. Ulusoy AT, Turgut MD, Temizel İN. Çocuk diş hekimliğinde gastrointestinal sistem hastalıkları. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2008,32:28-33.
49. Chandna S, Bathla M. Oral Manifestations of Thyroid Disorders and Its Management. *Indian J Endocrinol Metab* 2011;15(2):113-6.
50. Feitosa DS, Marques MR, Casati MZ, Sallum EA, Nociti FH Jr, de Toledo S. The Influence of Thyroid Hormones on Periodontitis-related Bone Loss and Tooth-supporting Alveolar Bone: A Histological Study in Rats. *J Periodontal Res* 2009;44(4):472-8.
51. Akarsu E, Alagöl F, Altun B, Aral F, Ayvaz G, Boztepe H. Thyroid Disease Diagnosis and Treatment Guidelines (Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu), 3. Baskı. Ankara: TEMD, Aysun Yayıncılık; 2012. p.13-21.
52. Ayaz E. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ile ağız ve diş hastalıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Master's Thesis. Namık Kemal Üniversitesi. 2019.
53. WHO Noncommunicable diseases country profiles, 2018.
54. Çakur B, Miloğlu Ö, Harorlı A. Radyoterapi ve Kemoterapi Gören Hastalarda Oral Bakım. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2006;3:50-55.
55. Burden D, Mullally B, Sandler J. Orthodontic treatment of patients with medical disorders. *Eur J Orthod*. 2001;23(4):363-72.
56. Lütfioğlu M, Sakallıoğlu EE, Özkaya O, Açıkgöz G. Kronik böbrek yetmezliği olan çocuklarda tükürük sıvı dinamiği ve ağız sağlığı profilinin değerlendirilmesi. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2008;25:13-8.
57. Lucas VS, Roberts GJ. Orodonal health in children with chronicrenal failure and after renal transplantation: a clinical review. *Pediatr Nephrol* 2005;20:1388-94.

58. Serindere G. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda oral bulgular: 2 olgu sunumu. Genel Tıp Dergisi, 2018.
59. Lavanchy D. Hepatitis B virüs epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. J Viral Hepat. 2004;11(2):97-107.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Genelge No: 2009/17. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2018. p.58. Erişim Tarihi: 20.03.2021.
61. McMahon BJ. Natural history of chronic hepatitis B. Clin Liver Dis. 2010;14(3):381-96.
62. Cetinkol Y, Altuncekic Yıldırım A. The evaluation of the HBsAg, anti-HBs, anti-HCV and anti-HAV IgG results in medical career college students. Viral Hepat J. 2012;18(1):23-5.
63. Rizzetto M, Ciancio A. Chronic HBV-related liver disease. Mol Aspects Med. 2008;29(1- 2):72-84.
64. DePaola LG. Managing the care of patients infected with bloodborne diseases. J Am Dent Assoc. 2003;134(3):350-8.
65. Olubuyide IO, Ola SO, Aliyu B, Dosumu OO, Arotiba JT, Olaleye OA, et al. Hepatitis B and C in doctors and dentists in Nigeria. QJM. 1997;90(6):417-22.
66. Whaites E. Essentials of dental radiography and radiology, 3th edn. London: Churchill Livingstone; 2002;3.
67. Pasler FA. Radiology, Color Atlas of Dental Medicine, Thieme; 1993;127.
68. Shah, N., Bansal, N, Logani A. Recent advances in imaging technologies in dentistry. World J Radiol, 2014;6(10):794-807.
69. Rushton VE. Rout J. Panoramic radiology. Wilson NHF, editor. London: Quintessence Publishing; 2006.
70. Paateryo V. A new tomographical method for radiographing curved outer surfaces. Acta Radiol. 1949;32:177.
71. Özcan İ. Diş hekimliğinde radyolojinin esasları konvansiyonelden dijitale. Özcan İ, editor. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2017.
72. White SC, Pharoah MJ. Oral radiology principles and interpretation. 7th ed. White SC, editor. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2014.

73. Tvrđy P. Methods of imaging in the diagnosis of temporomandibular joint disorders. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2007;151(1):133-36.
74. Yıldırım D, Alkış Ü. Temporomandibular eklem bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan görüntüleme yöntemleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;7(2):51-57.
75. Macri V, Wenzel A. Reliability of landmark recording on film and digital lateral cephalograms. Eur J Orthod. 1993;15(2):137-48.
76. Baumrind S, Frantz RC. The reliability of head film measurements 1. Landmark identification. Am J Orthod. 1971a;60:111-27.
77. Baumrind S, Frantz RC. The reliability of head film measurements 2. Conventional angular and linear measures. Am J Orthod. 1971b;60:505-17.
78. Ricketts RM. Perspectives in clinical application of cephalometrics. Angle Orthod. 1981;51:115-50.
79. Grayson BH, McCarthy JG, Bookstein F. Analysis of craniofacial asymmetry by multiplane cephalometry. Am J Orthod. 1983;84:217-24.
80. Yadav V, Loomba A, Autar R. A comparative evaluation of dental calcification stages and skeletal maturity indicators in North-Indian children. Natl J Maxillofac Surg. 2017;8(1):26.
81. Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. 2nd ed. Stanford University Press, Stanford California, 1959;160-228.
82. Tanner JM, Whitehouse RH, Cameron N, et al. Assessment of skeletal maturity and prediction of adult height (TW2 method) 2nd ed. London: Academic Press; 1983; 22-37:50-58.
83. White SC, Pharoah MJ. Oral radiology principles and interpretation. Elsevier Health Sciences, 2017. p:65.
84. Çiğirim L. Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Bireylerin Medikal Profili. Van Tıp Dergisi, 2019;26(1):1-5.
85. Hatipoğlu MG, Hatipoğlu H, Pekkan G. Bir Üniversite Hastanesi Diş Hekimliği Birimine Başvuran Hastaların Anamnez Formlarının Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;1(2):54-58.
86. Altan G, Köse TE, Çene E, Özcan I. Bir Üniversite Hastanesi Diş Hekimliği Birimine Başvuran Hastaların Anamnez Kayıtlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Dis Hekimligi Bilimleri Dergisi, 2017;23.2.

87. Canger EM, Avcı F, Tatlı Ş. Bir Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Bireylerin Sistemik Durumlarının Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2018;28(3):333-40.
88. <http://www.antalya.gov.tr> Erişim Tarihi: 20.03.2021.
89. Türker M, Yücetaş Ş. Hastanın Değerlendirilmesi. In: Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. Türker M, Yücetaş Ş. Atlas Kitapçılık, Ankara, 1997;1-40.
90. Fernández-Feijoo J, Garea-Gorís R, Fernández-Varela M, Tomás-Carmona I, Diniz-Freitas M, Limeres-Posse J. Prevalence of systemic diseases among patients requesting dental consultation in the public and private systems. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012;17(1):89-93.
91. Aggarwal A, Panat SR, Talukder S. Self-Reported Medical Problems Among Dental Patients in Western Uttar Pradesh, India. Journal of Dental Education 2011;75(12):1635-40.
92. Şener E, Gürhan C, Coşgun E, Mert A, Baskı BG. Sistemik Hastalık Varlığının Dental Tedavi Gereksinimi ile Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. EÜ Dişhek Fak Derg 2017;38(1):54-61.
93. Radfar L, Suresh L. Medical Profile of a Dental School Patient Population. Journal of Dental Education 2007;71(5):682-86.
94. Georgiou TO, Marshall RI, Bartold PM. Prevalance of systemic diseases in Brisbane general and periodontal practice patients. Australian Dental Journal 2004;49(4):177-84.
95. Sachdeva SK, Raj SS, Kaushik A, Sharma D, Verma KG, Dutta S. Prevalence of Medical Problems among Patients Attending a Dental School in India-A Cross Sectional Study. OHDM 2015;14:429-32.
96. Hashemi SH, Ladez SR, Moghadam SA. Comparative Assessment of the Effects of Three Local Anesthetics: Lidocaine, Prilo- caine, and Mepivacaine on Blood Pressure Changes in Patients with Controlled Hypertension. Glob J Health Sci 2016;8(10):54157.
97. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics-2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2010;121(7):948-54.
98. Aydınтуğ, YS; Şençimen M, Bayar GR, Mutlu İ, Gülses A. Ağız, diş, çene hastalıkları ve cerrahisi polikliniğine başvuran erişkin hastalarda çeşitli sistemik hastalıkların görülme sıklıkları. Gülhane Tıp Dergisi, 2010;52(1):7-10.

99. Bilge OM, Akgül HM, Dağıstan S. Endokrin Sistem Hastalıkları, Diyabet. Diş Hekimliğinde Muayene ve Oral Diagnoz. 1. Baskı. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Yayınları; 2012. p.67-9.
100. Dhanuthai K, Sappayatosok K, Bijaphala P, Kulvitit S, Sereerat T. Prevalence of medically compromised conditions in dental patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009;14(6):287-91.
101. Carley A. Anemia: When Is it Iron Deficiency? Pediatr Nurs 2003;29:127-33.
102. Catureglı P, De Remigis A, Rose NR. Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria. Autoimmunity reviews, 2014;13.(4-5):391-97.
103. Menekşe E. Tiroidin Benign Hastalıkları Ve Soliter Tiroid Nodülü. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları, 2018;245.
104. Roselló EG, Granado AMQ, Garcia MA, Martí SJ, Sala GL, Mármol BB, et al. Facial fractures: classification and highlights for a useful report. Insights into imaging, 2020;11(1):1-15.
105. Delice M. Kadın Sürücülerin Trafik Kazaları Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi/The Investigation of the Relationship between Female Drivers and Traffic Accidents. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2012;12(49):63-87.
106. Meulenens LB, Lee AH, Haworth C. Road environment, crash type and hospitalisation of bicyclists and motorcyclists presented to emergency departments in Western Australia. Accid Anal and Prev 2007;39:1222-5.
107. Satalaoğlu ND, Aydın B, Turla A. Bisiklet ve motorsiklet kazası sonucu yaralanma ve ölümler. Adli Tıp Bülteni, 2010;15(1): 3-20.

ETİK KURUL ONAY BELGESİ



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe	Uyruğu	T.C.
Soyadı	TAŞ	Tel no	05444347459
Doğum tarihi	27/11/1990	e-posta	dtaysetass@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Yusuf Ziya Öner Fen Lisesi	2005-2009
Lisans	Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2009-2015
Uzmanlık	Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	2017-2021

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yökdil	78,75

Yayınlar ve Bildiriler:

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler

- Taş A., Tercanlı Alkış H., Yılmaz S., Öztürk C., Eroğlu C.N., "Maksillada Kondrosarkom: Olgu Sunumu", 3. Uluslararası Oraldiaagnoz ve Maksillofasiyal Radyoloji Kongresi, ANTALYA, TÜRKİYE, 25-28 Nisan 2019, pp.133-134
- Yavuz E., Taş A., Şatır S., Özel Ş., "BÜYÜK BOYUTLARA ULAŞMIŞ KERATOKİST: OLGU SUNUMU", 3.ULUSLARARASI ORAL DİAGNOZ VE MAKSİLLOFASİYAL RADYOLOJİ DERNEĞİ KONGRESİ, ANTALYA, TÜRKİYE, 25-28 Nisan 2019, pp.46-47
- Taş A., Yılmaz S., "OROFASİYAL HEMANJİOMDA COKLU FLEBOLIT BULGUSU: OLGU SUNUMU", Uluslararası Ağız Kanserleri Kongresi, Eskişehir, TÜRKİYE, 4-6 Mart 2020

- Sindel A., Yildirimyan N., Bilgin B., Taş A., Şimşek Kaya G., "AGIZ TABANINDA ORAL INTRAEPITELYAL NEOPLAZI-I OLGUSU", Uluslararası Ağız Kanserleri Kongresi, Eskişehir, TÜRKİYE, 4-6 Mart 2020
- Taş A., Yılmaz S., "ORAL LIKEN PLANUS VE TOLUIDİN MAVİSİ: 2 OLGU SUNUMU", Uluslararası Ağız Kanserleri Kongresi, Eskişehir, TÜRKİYE, 4-6 Mart 2020
- Taş A., Yılmaz S., Sindel A., "ORAL SQUAMOZ HÜCRELİ KARSİNOM – 3 OLGU SUNUMU", Uluslararası Ağız Kanserleri Kongresi, Eskişehir, TÜRKİYE, -46 Mart 2020
- Taş A., Yılmaz S., "Sigara, Nedenler ve Ağız Kanserleri ile İlişkisi: Diş Hekimliği Öğrencileri ile Yapılmış Bir Çalışma", III. INTERNATIONAL HEALTH SCIENCES AND LIFE CONGRESS, Burdur, TÜRKİYE, 4-6 Haziran 2020

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- Taş A , Yılmaz S , Sindel A . Oral Skuamoz Hücreli Karsinom – 3 Olgu Sunumu. Osmangazi Tıp Dergisi. 2020; 42(5): 142-147.
- AYŞE, T. A. Ş.; YILMAZ, Selmi. Diş Hekimliğinde Ultrasonografi ve Malign Dokularda Kullanımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, 11.4: 486-493.
- TAŞ Ayşe, TERCANLI ALKIŞ Hümeýra. Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi'ne Başvuran Bireylerde Transmigre Kanin Görölme Sıklığı. Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi. DOI: 10.5336/dentalsci.2020-80738
- TAŞ Ayşe, YILMAZ Selmi. Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları. Akdeniz Tıp Dergisi (Akd Tıp Derg) / *Akdeniz Medical Journal (Akd Med J)* (Basım aşamasında)
- GÜNEN YILMAZ Sevcihan, TERCANLI ALKIŞ Hümeýra, TAŞ Ayşe. Mandibular Birinci ve İkinci Premolar Dişlerin Kök ve Kanal Morfolojilerinin Panoramik Radyogram ile Değerlendirilmesi: Epidemiyolojik Çalışma. *Selcuk Dental Journal*. (Basım aşamasında)

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- Taş A., Yılmaz S., "Fissürlü Dil ve Coğrafik Dil: 2 Olgu Sunumu", Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 1. Genç Akademisyenler Kongresi, Ankara, TÜRKİYE, 20-21 Şubat 2020
- Taş A., Yılmaz S., "Anterior Mandibulada Periferik Dev Hücreli Granülom: Olgu Sunumu", Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 1. Genç Akademisyenler Kongresi, Ankara, TÜRKİYE, 20-21 Şubat 2020
- Taş A., Yılmaz S., "Submandibular Tükürük Bezi Taşı: 3 Olgu Sunumu", Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 1. Genç Akademisyenler Kongresi, Ankara, TÜRKİYE, 20-21 Şubat 2020
- Taş A., Yılmaz S., "TONSİLLOLİT: 2 OLGU SUNUMU", Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi 2. Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Isparta, TÜRKİYE, 5 Eylül 2020

Bilimsel Ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

- Oral Diagnoz ve Maksillofasial Radyoloji Derneği
- European Academy of Dentomaxillofacial Radiology

Kurslar

- KONİK IŞINLI BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜLERİNDE KESİT HAZIRLAMA VE RAPORLAMA KURSU, Ankara, 2018
- ULTRASON KURSU, Eskişehir, 2020
- İYİ KLİNİK UYGULAMALARI VE KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA TEMEL EĞİTİM KURSU, Antalya, 2020