עיתון איגוד השיננות הישראלי

גיליון 32 [אוגוסט 2008]

המערכת

עורכת:
גלית סימני

עריכה מקצועית:
פולט פוקס

עריכה לשונית:
רותי קפלן
נעמה דותן

תרגום מאמרים:
קארין ואן סטרטן ומיכל ליברזון

הוצאה לאור:
איגוד השיננות הישראלי
דוא"ל: galit121@zahav.net.il
טלפון: 050-2006384
פקס: 03-9330824

פרסום, עיצוב והפקה:
ניו יורק, ניו יורק
רח' יהודה הלוי 92, תל אביב
טלפון: 03-5619993,
new-york@zahav.net.il
תודה מיוחדת לכותבים
ולמפרסמים בעיתון זה.

המערכת אינה אחראית לתוכן המודעות המופיעות בעיתון.

כתובת האיגוד
אצל מזכירת האיגוד: צ'רי פלקס
קיבוץ מעגן מיכאל
ד.נ. מנשה 37805
דוא"ל: flax@maaganm.co.il
Kibbutz Ma'agan-Michael
Mobile Post Menashe 37805
או דרך האתר: www.idha.org.il

שינניות יקרות,

החופש הגדול בעיצומו, ודאגות רבות יש לרבות מאתנו: מה לעשות עם הילדים בחופשה, כיצד למצוא את ה"סידור" המיטבי שיאפשר לילדינו ליהנות ולנו להמשיך לעבוד ולהתפרנס.

עם זאת, ועל אף החום והלחות, אנחנו ממשיכות לפעול במלוא המרץ, בהתנדבות מלאה כמובן, כדי להוציא לאור את העיתון שלנו. משימה בהחלט לא קלה. עוד אנו עמלות כדי להוציא לפועל בקרוב אירועים שונים, בהם יום השיננית הבינלאומי. על אירועים שכבר התקיימו תוכלו לקרוא בעמודים 18–24.

גיליון זה עוסק בכמה נושאים החשובים לחיינו המקצועיים: הפלרת מי השתייה למניעת עששת (עמוד 26), הקשר בין חניכיים בריאות לבין בריאות כללית (עמוד 24) וטיפול חדשני בריח הפה (עמוד 16). מאמר גדול וחשוב בתחום אחר – החיסון החדש נגד וירוס הפפילומה, מופיע בעמוד 8.

עוד מתפרסמים בגיליון הבהרות מטעם משרד הבריאות בנוגע לעבודת השיננית, "פינת השיננית" ונושאים רבים נוספים.

קחו פסק זמן מכל הסובב אתכן ועיינו במאמרים ובמדורים השונים. אני מקווה שגם תלמדו ותיהנו מהם.

העיתון הוא שלכן ובשבילכן.

קריאה מהנה,
שלכן,
גלית סימני

תוכן

8 חיסון נגד וירוס הפפילומה האנושי (VPV): האם וכיצד לשלבו בתכנית חיסוני השגרה?

16 טיפול חדשני לריח פה (הליטוזיס)

18 **כנסים ואירועים של אש"י**
האסיפה הכללית בחסות קולגייט (18) הכנס המדעי השנתי (19) קורסי החייאה (22) ערב עיון בנושא טיפול בחולים מונשמים (23) ערב מדעי חברתי בחסות "טבע" (24)

24 מחלות חניכיים והבריאות שלך

26 הפלרת מי השתייה - הישג משמעותי לבריאות הציבור

29 אוי, כמה שזה כאב - זיכרונותיה של פציינטית קטנה

30 פעילויות האיגוד וידיעון

32 פינת השיננית

בעלי תפקידים בהנהלת האיגוד

- **יו"ר האיגוד:** דלית ארמוזה, טל': 050–2006381
- **גזברית:** אדל שבח, טל': 052–2865922
- **מזכירת האיגוד:** צ'רי פלקס, טל: 050–2006385

- **עורכת העיתון:** גלית סימני, טל': 050–2006384
- **עורכת לשונית של האיגוד:** רותי קפלן, טל': 050–2006382

- **אחראית על כנסים וימי עיון:** דלית ראם, טל': 050–2006383
- **אחראית על חינוך וקשרי חו"ל:** פולט פוקס, טל': 050–2006388
- **אחראית על יחסי ציבור, פרסום ושיווק של האיגוד:** גלית סימני, טל': 050–2006384
- **אחראית ועורכת תוכן של אתר האיגוד:** שרון פרידמן–יניב, טל': 050–2006386 ,
- **אחראית על מאגר שיניות וחיפוש עבודה לחברות האיגוד:** צ'רי פלקס, טל': 050–2006385

- **עידכון כתובות ופרטים ובירורים בנושא הוראות קבע והרשמה לאיגוד:** צ'רי פלקס.
נא לשלוח במייל, flax@maaganm.co.il
או בפקס: 04–6394271

- **שליחת חומר לעיתון האיגוד (מאמרים, כתבות וכל חומר מתאים):** גלית סימני. נא לשלוח במייל, galit121@zahav.net.il

שלום לכן, שינויות יקרות,

איגוד מקצועי גדול, חזק ומלוכד חשוב לכולנו.

מדרש של התנא רבי שמעון בר־יוחאי עוסק בקשר שבין היחיד לציבור: "היו בני אדם היושבין בספינה, והנה נטל אחד מהם מקדח והחל קודח תחתיו. אמרו לו חבריו: מה אתה עושה? אמר להם: "מה אכפת לכם? וכי לא ברצפת התא שלי אני קודח?"

איגוד השיננות הישראלי הוא הגוף היחיד המייצג את כל השיניות בארץ ודואג לקדם את עתיד המקצוע. האיגוד מתנהל על פי נוהל רשם העמותות ובפיקוחו, כעמותה ללא מטרות רווח (מלכ"ר), כאשר חברות הוועד המנהל תורמות מזמנן וממרצן בהתנדבות, לקידום מטרות עבור כלל השיניות. לאיגוד אין בית או משרד הכולל מזכירה עם מזגן וטלפון, והכול מתנהל לצד החיים הפרטיים שלנו – בין העבודה במרפאה לחיי המשפחה והפנאי, עם מחשב נייד המונח במטבח בין הבישול לכביסה. אין שכר כספי בתמורה, והשכר הוא האושר שבעשייה, בתרומה ובהצלחות שאנחנו ואתן רואות. הצלחנו לעשות ולקדם, אך עוד הדרך ארוכה. כל מסע ארוך מתחיל בצעד אחד קטן.

נכנסתי לוועד המנהל בשנת 2000, כשיו"ר האיגוד הייתה ציפי ניסנבוים. ממנה למדתי שהתמדה ועיקשות משתלמות. כיהנתי בתפקיד דוברת האיגוד ופעלתי ללא לאות לקדם את נושא שינוי התקנות. הצלחנו בכך ב־6 ביוני 2005, תאריך היסטורי מבחינתנו. מ־2005 כיהנה יעל קרלין כיו"ר האיגוד, וממנה למדתי שגם בדרכי נועם ובסבלנות אפשר להשיג דברים. בשלוש שנים אלו הייתי במרכז העשייה, כסגנית היו"ר ודוברת האיגוד. ב־2008 נבחרתי לתפקיד יו"ר האיגוד, ואני מודה לכל אחת ואחת מכן באופן אישי. במהלך שמונה השנים האלו רכשתי ידע, כלים ומיומנויות, ואני מקווה שאצליח לקדם את המטרות שהצבנו לעצמנו: קידום המקצוע לתואר בשיננות; שמירה על תנאי העסקה הוגנים ועל פי החוק; שיפור התדמית של המקצוע והמודעות לחשיבותו בציבור ובקהילה הדנטלית.

אני רוצה לציין את חברותיי לוועד המנהל, שנבחרו בבחירות האחרונות ונמצאות לצדי: פולט פוקס, גלית סימני, שרון פרידמן–יניב, דלית ראם, אדל שבח וצ'רי פלקס. ללא עזרתן, המטרות היו נראות כהרים שלא ניתן לכובשם.

ברצוני להודות לרותי קפלן, שעשתה רבות למען האיגוד במשך כל השנים ופרישתה מהוועד המנהל מורגשת. עם זאת, היא ממשיכה בפעילות למען השיניות.

ה"אני מאמין" שלי במקצוע הוא נאמנות למקצוע. מטופל שחווה יחס והקשבה יחזור לקבל טיפול. השיננית היא זרוע דנטלית חשובה לרופא, למטופל ולמרפאה. אנו צומת מרכזי, הגורם הניטרלי שאליו יופנו שאלות. תפקידנו ללמד, לחנך ולספק כלים נכונים לשמירה על בריאות הפה והשיניים. עבדו בצורה כנה, על פי ההנחיות המקובלות בחוק, ומתוך הבנה שאנו משרתות את הציבור על ידי מתן שירותי בריאות.

שלכן, דלית ארמוזה

שלום חברות איגוד יקרות

בתאריך 11.9.08 בסינמטק ת"א תתקיים אסיפה כללית שלא מן המניין של אש"י - איגוד השיננות הישראלי - ע"ר, **בחסות החברות הדנטליות ORAL-B ו־GSK**. ההזמנות יצאו בצורה מסודרת בקרוב.

לעיונכן תוכנית האירוע:

08:30-09:00 - התכנסות וכיבוד קל
09:00-10:00 - דבר חברת GSK
10:00-11:30 - האסיפה הכללית של אש"י - הבאת נושאים להחלטת האסיפה הכללית (הנושאים יפורטו בהזמנה) עדכונים שאלות ותשובות עם היועצת המשפטית של האיגוד בנושא תנאי העסקה.
11:30-12:00 - הפסקת קפה ומאפה.
12:00-13:00 - דבר חברת ORAL-B
13:00-14:30 - הקרנת הסרט "מלאכיות מברזל" בנושא התארגנות והעצמה נשית.
14:30 - ארוחת צהריים ונעילת האסיפה.

מוזמנות רק חברות איגוד.

בברכה,
חברות הועד המנהל אש"י -
איגוד השיננות הישראלי - ע"ר

שימרו את התאריך
11/9/2008

חיסון נגד וירוס הפפילומה האנושי (HPV): האם וכיצד לשלבו בתכנית חיסוני השגרה?

ד"ר מרואן חכים, עו"ד מאיה פלד-רז

תקציר

החיסון כנגד וירוס הפפילומה האנושי נחשב לפריצת דרך לחיסול תופעת הסרטן והשינויים הטרום־סרטניים בצוואר הרחם ולמניעת יבלות באברי המין. מדובר בחיסון מיוחד וראשון במינו, שביכולתו להפחית את התחלואה ואת התמותה הקשורות במגוון המחלות שווירוס הפפילומה האנושי מחולל. עם זאת, צורת ההעברה של הווירוס והקשר ההדוק שבינה לבין קיום יחסי מין, סכנת ההדבקה התלויה בלבדית בקיום היחסים, יחד עם שיעור נשאות נמוך של הווירוס ושכיחות נמוכה של המחלות הקשורות בו, לפחות בחלק ממדינות העולם, מעלים סוגיות אתיות ייחודיות ומחייבים שיקול דעת זהיר בקביעת המדיניות הלאומית באשר לחיסון הנדון.

במסגרת מאמר זה נסקור את הטכניקות השונות לשילוב החיסון נגד וירוס הפפילומה במסגרת מדיניות החיסונים בישראל, ובכללן – אישור החיסון לשימוש, החלטה על הכנסתו לסל התרופות, החלטה על יישומו היזום במסגרת תכנית חיסוני השגרה, ולחלופין – החלטה על כפיית החיסון. כמו כן, נסקור את הבעיות האתיות הייחודיות שבהן תתקלנה החלטות המדיניות השונות, נביע דעה באשר להחלטת המדיניות הראויה ולבסוף ננסה לחזות את פני העתיד ולהצביע על החלטת המדיניות הצפויה להתקבל ועל המניעים לה.

מבוא

סמוך לאישור השימוש בחיסון כנגד וירוס הפפילומה האנושי (Human Papillomavirus) על ידי רשות התרופות והמזון האמריקאית (FDA) ב־8 ביוני 2006, פרסמה הוועדה הלאומית המייעצת לחיסונים בארצות־הברית, ה־ACIP, את המלצותיה לחיסון שגרתי נגד הווירוס של כל הנערות גילאי 11 ו־12. מאז התעורר בארצות־הברית הוויכוח בשאלה אם יש בכלל צורך בחיסון חובה נגד הווירוס .

כשלעצמה, הסוגיה של כפיית החיסון אינה רלוונטית למדינת ישראל, וזאת לאור מדיניות החיסונים בישראל אשר עד כה לא החילה חובת חיסון. עם

ד"ר מרואן חכים - M.D., D.Sc., LL.B, רופא נשים, מנהל מחלקת נשים וויולדות בבי"ח נצרת (אי.מ.מ.ס.), עורך דין.

עו"ד מאיה פלד-רז - LL.B, MPH, דוקטורנטית, מרצה בפקולטה למשפטים ובבית־הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה; חברת הנהלה. המרכז הבינ"ל לבריאות משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה.

המאמר פורסם בכתב העת "רפואה ומשפט", היוצא לאור על ידי האגודה לרפואה ומשפט והמרכז הבינ"ל לבריאות, משפט ואתיקה באוניברסיטת חיפה, בדצמבר 2007.

את המאמר בשלמותו, כולל מראי מקום והערות נוספות שהושמטו כאן בשל קוצר היריעה, אפשר לקבל בפנייה למערכת, בדוא"ל: galit121@zahav.net.il

זאת, יש בסוגיה זו כדי להקרין על השאלה המרוככת – והיא האם מן הראוי להכניס את החיסון לתכנית החיסונים השגרתית מבלי לכפותו על הציבור. משמעות החלטה זאת היא כפולה: מחד, מימון מלא של החיסון על־ידי המדינה; מאידך, קביעת מסגרת מסודרת לביצועו השגרתי. מסגרת זו יכולה להיות בית־הספר – כפי שהדבר נעשה לגבי חיסון נגד אדמת לילדות, טיפת חלב או רופא המשפחה. כל אופציה נושאת עמה בעייתיות זו או אחרת.

במסגרת מאמר זה נתייחס למהות החיסון, לחשיבותו במניעת המחלות שווירוס הפפילומה גורם ובראשן סרטן צוואר הרחם, לממדי הבעיה בעולם ולהשלכותיה הכלכליות. כמו כן נסקור את הוויכוח המתנהל בארצות־הברית בקשר להחלת חובת החיסון ואת קבוצות הלחץ הפועלות שם, אשר בזעיר אנפין פועלות גם בישראל. לבסוף נבחן את השלכות כל האמור על האפשרויות הפתוחות בפני קובע המדיניות הישראלי ונציג את עמדתנו באשר להחלטת המדיניות הראויה, אשר כפי הנראה אינה זו הצפויה להתקבל בפועל.

רקע עובדתי

וירוס הפפילומה האנושי - Human Papillomavirus, דרך ההדבקה בו ושכיחות התופעה בארצות־הברית

במונח זה נכללת קבוצה ובה יותר מ־100 זנים של וירוס קטן מסוג DNA, המסומנים HPV-1 עד HPV- > 100. בחלק מזני הווירוס קיימים גנים שיכולים לגרום שינויים בפיזיולוגיה של התא המאחסן, ועל פי תכונה זו נקבעות רמת אלימותם ויכולתם לגרום להישנות סרטנית.

על פי דרך ההדבקה, HPV נכלל בקבוצת המחלות המועברות במהלך קיום יחסי מין – Sexually Transmitted Diseases. בשנים האחרונות, הזיהום בווירוס הפך לשכיח מאוד בנשים ונערות פעילות מינית.

ברוב המקרים, הנדבקות בווירוס נרפאות מעצמן והנדבקת הופכת למחוסנת לזן שבו נדבקה. בחלק קטן מן המקרים, הווירוס הופך לרדום בתא המאחסן ונוצר מצב של זיהום מתמיד או נשאות.

המכון הלאומי האמריקאי לבקרת מחלות ומניעתן (CDC), מעריך שכ־20 מיליון אמריקאים נושאים את הווירוס באברי המין שלהם. המכון גם מעריך כי לפחות 50% מן הפעילים מינית נדבקים באחד הזנים של הווירוס, לפחות פעם אחת במהלך חייהם. בשנת 2,000 סבלו מזיהום בווירוס זה כ־9.2 מיליון צעירים אמריקאיים גילאי 15–24. מתוך למעלה מ־6.2 מיליון מקרים חדשים המאובחנים בארצות־הברית מדי שנה, 74% הם בצעירים וצעירות גילאי 15–24.

ההשלכות הקליניות להדבקה בווירוס HPV

כאמור, רוב הנדבקים בווירוס מחלימים מעצמם. כאשר הגוף אינו מתגבר על ההדבקה, עלולות להתפתח כמה מחלות, שהעיקריות בהן:

1. יבלות חרוטיות באברי המין – Condylomata

מחלה זאת היא השכיחה ביותר בין התופעות הנגרמות על ידי הווירוס. מדובר בגידולים שפירים שצבעם כצבע העור, המופיעים באברי המין החיצוניים או סמוך לפי הטבעת של גברים ונשים כאחד. יש והיבלות מופיעות, אומנם בשכיחות נמוכה יותר, בנרתיק ובצוואר הרחם וגורמות לצריבה, גירוד או כאב. מעבר לאי הנוחות, ההשפעה העיקרית של היבלות היא במישור הנפשי, בעיקר בשל הקשר לדרך הופעתן.

זני HPV האחראים להיווצרות היבלות הם בעלי ה"סיכון הנמוך", דוגמת זן מספר 6 ו־11, והם שונים מהזנים בעלי ה"סיכון הגבוה", דוגמת 16 ו־18, שעלולים לגרום לסרטן צוואר הרחם. הם גם שונים מזנים אחרים של הווירוס הגורמים ליבלות בחלקים אחרים של הגוף, כגון כפות הידיים והרגליים. שכיחות המחלה נמצאת בעלייה מתמדת בשנים האחרונות בחלקים רבים בעולם.

2. שינויים טרום סרטניים בצוואר הרחם

מדובר בתאים הממוקמים בשכבה הפנימית של צוואר הרחם שעברו שינוי במראה. שינויים אלה מכונים דיספלזיה (Dysplasia), ומאובחנים בבדיקת משטח צוואר הרחם (בדיקה ע"ש Papanicolau). ככל שהשינוי בתאים חמור יותר, כך גדל הסיכון להתפתחות עתידית של סרטן צוואר הרחם.

3. סרטן צוואר הרחם

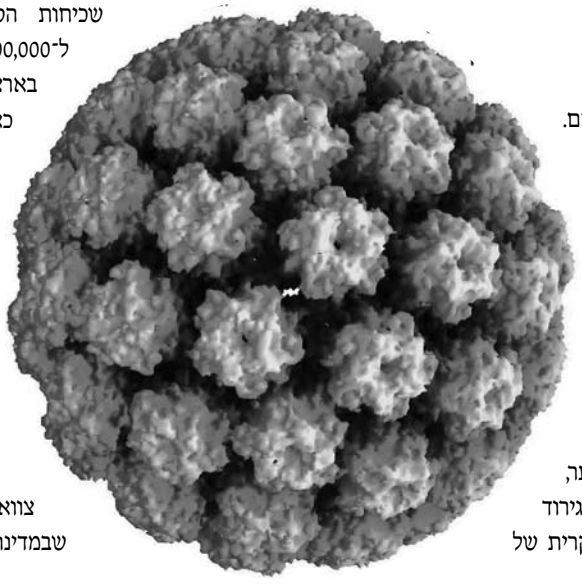
מחלה זאת היא תוצאה של הדבקה בזנים אלימים, בעלי "סיכון גבוה", של הווירוס. כאשר הגוף אינו מצליח להתמודד עם הזיהום, עלולים תאים שבצוואר הרחם להפוך לטרום־סרטניים, ומאלה לתאי סרטן. ברוב המקרים, תהליך זה נמשך שנים מספר, לעתים נדירות הוא יכול להתרחש תוך שנה אחת. מרבית הנשים המאובחנות כסובלות מסרטן צוואר הרחם נחשפו לזיהום בווירוס שנים רבות קודם לכן. הוכח כי מכל מקרה של סרטן צוואר הרחם ניתן לבודד לפחות זן אחד של הווירוס. כמו כן ידוע, שכ־20 זנים אחראים למרבית מקרי הסרטן, כאשר שני זנים, 16 ו־18, אחראים ל־60%–72% מהמקרים.

4. סוגי סרטן אחרים

לבד מסרטן צוואר הרחם, וירוס ה־HPV עלול לגרום לסרטן הערווה, הנרתיק, פי הטבעת, הלוע (הנזופרינקס) והפין.

האפידמיולוגיה של סרטן צוואר הרחם

סרטן צוואר הרחם נחשב לגורם השני בחשיבותו בין גורמי המוות מסרטן אצל נשים. ההערכה היא שמדי שנה מתגלים ברחבי העולם כ־466,000 מקרים חדשים וכ־231,000 נשים נפטרות כתוצאה מהמחלה. בזכות שיטות הגילוי המוקדם ויעילות הטיפול במחלה, היארעות מקרי הסרטן והמוות ירדה בצורה דרסטית במדינות העולם המערבי. לעומת זאת, שיטות הגילוי המוקדם לא חדרו במידה מספקת למדינות העולם השלישי. המספר הרב של מקרי סרטן צוואר הרחם והמוות במדינות אלה מאפיל על ההצלחה בהורדת מספר המקרים בעולם המערבי.



שכיחות הסרטן בעולם משתנה בין 91.5 מקרים ל־100,000 בארצות העולם השלישי, לבין 15.4–33.2 בארצות מתפתחות ו־9.7 בארצות מפותחות כארצות־הברית ומדינות אירופה. בדומה לשכיחות סרטן צוואר הרחם ברחבי העולם, כך גם שיעורי התמותה במחלה גבוהים משמעותית בארצות העולם השלישי, והם נעים בין 55.6 מקרים ל־100,000 בארצות העולם השלישי, 7.9–23.8 בארצות מתפתחות ו־3.9 בארצות העולם המערבי המפותחות.

אפידמיולוגיה ייחודית במדינת ישראל

במדינת ישראל אנו מוצאים שיעור משטחי צוואר הרחם (PAP) פתולוגיים הדומה לזה שבמדינות מערביות אחרות, ובכל שנה מתגלים כ־630

מקרים חדשים של דיספלזיה, המצריכים טיפול ומעקב.

לעומת זאת, בישראל מתגלים רק כ־180 מקרים חדשים בשנה של סרטן צוואר הרחם, שיעור הנמוך פי 10 מאשר במדינות אחרות. ייתכן שיש לכך הסבר גנטי או קשר למילת גברים. כך או כך, כפי שנראה, לעובדה זו, בין היתר, השפעה ישירה על שיקולי העלות–תועלת של הוספת חיסון הפפילומה לתכנית החיסונים השגרתית בישראל.

בנוסף לאלה מאובחנים בישראל כ־280,000 מקרים של יבלות ומספר מצומצם של מקרי גידולים ממאירים באזור פי הטבעת, ערווה, נרתיק, גרון ופין.

השפעות פסיכולוגיות של הדבקה בווירוס ה־HPV

בנוסף לתסמינים הקליניים כתוצאה מזיהום בווירוס, חלק מהנדבקים, גברים כנשים, סובל מתגובות פסיכולוגיות בלתי מבוטלות. במחקר בקרב 489 נשים וגברים שנדבקו בווירוס, מצאו Clarke וחבריו כי 60% סבלו מיבלות באברי המין. כ־80% מהם מסרו על זעם ודיכאון בהתברר האבחנה, כ־70% סיפרו על פחד מדחייה ומבדידות וכמחצית על בושה ותחושות אשמה. כל אלה פחתו עם הזמן, אך נותרו בכמחצית מהמתלוננים לאחר שנה. במחקרים אחרים, הנדבקים דיווחו גם על תחושות חרדה, ירידה בתשוקה המינית ופחד מסרטן. ממצאים אלה תואמו בקרב נדבקים שלקו בתסמינים הנראים לעין, כגון יבלות באברי המין. לעומת זאת, Reed וחב' לא מצאו הבדל משמעותי בתחושות בקרב קבוצת גברים ונשים שנדבקו ב־HPV שהיו ללא סימנים גלויים, לעומת קבוצת בקרה שלא נדבקה בווירוס.

טיפול בתסמינים הקליניים של זיהום בווירוס

כאמור לעיל, רוב מקרי ההדבקה בווירוס הפפילומה האנושי נרפאים מעצמם והנדבק נעשה מחוסן לאותו זן שבו נדבק. במקרה שהנדבק בווירוס לא "נפטר" ממנו הוא הופך לנשא, אשר בחלק מהמקרים יפתח אחת או יותר מבין המחלות הקשורות בווירוס, ובכל מקרה ישמש גורם הדבקה פוטנציאלי, המסכן את בני/בנות זוגו לפעילות מינית.

מאחר שאין טיפול ספציפי נגד הווירוס, הגילוי המוקדם, המעקב והטיפול במחלה הפכו לאבני היסוד במאבק להפחתת התחלואה והתמותה במחלות הווירוס בכלל ובסרטן צוואר הרחם בפרט.

מעבר להוצאה הכלכלית העצומה הכרוכה בגילוי המוקדם להדבקה בווירוס ובטיפול במחלה, מוטל על הנשים נטל כבד בכל הקשור לחלקן בהצלחת תכניות הגילוי והמעקב. המלצת האיגוד הגינקולוגי האמריקאי היא להתחיל בבדיקת הסינון הראשונה (בדיקת PAP) כשלוש שנים לאחר התחלת קיום יחסי מין, לחזור עליה מדי שנה עד שלוש שנים, בהתאם לגיל האשה ולתוצאות הבדיקה הקודמת, ולהתמיד בבדיקות עד גיל 70. יודגש כי מחצית ממקרי סרטן צוואר הרחם בארצות הברית הם בנשים שלא נעשתה בהן בדיקת סינון בשלוש השנים שלפני גילוי הסרטן.

חיסון נגד HPV

הקשיים בביצוע תכניות הסינון, הצלחתן בארצות המפותחות מחד וכישלונן בארצות המתפתחות והעולם השלישי מנגד, בנוסף לזיהויו של הגורם האטיולוגי למחלה, דרבנו חוקרים בסוף המאה הקודמת לחפש פתרון אחר, יעיל יותר, אשר יצמצם את ההדבקה בווירוס הפפילומה האנושי. לתמריצים אלה נוספו שיקולי הנטל הכלל עולמי של סרטן צוואר הרחם והנטל הכלכלי, הרפואי והרגשי האישי הכבד כתוצאה מהנגעים באברי המין הקשורים ב־HPV. מאמצים וכספים רבים הושקעו בפיתוח חיסון נגד הווירוס, שהתממש לקראת סוף שנות ה־90 של המאה הקודמת.

החיסונים הקיימים כנגד וירוס הפפילומה

וירוס ה־HPV חייב לגדול על מצע תאים ולכן לא ניתן לייצר ממנו וירוס חי מוחלש. שני החיסונים שפותחו עד כה פועלים על מרכיבים של המעטפת החיצונית של הווירוס. "גארדאזיל" (Gardasil) של חברת מרק הוא חיסון המתאים לארבעה זנים של הווירוס (6, 11, 16, 18), ואושר לשימוש על ידי רשות המזון והתרופות בארצות־הברית (FDA) ביוני 2006. החיסון השני הוא ה"סרבאריקס" (Cervarix) של חברת גלאקסו–סמית, חיסון המתאים לשני זנים (16, 18) ועתיד לקבל את אישור ה־FDA בקרוב. הזנים 6, 11, 16 ו־18, שבחיסון גארדאזיל, אחראים לכ־70% ממקרי סרטן צוואר הרחם ולכ־90% ממקרי יבלות המין.

יעילות החיסון

בטיחות החיסון ויעילותו נבדקו בכמה מחקרים. רוב המסקנות מצביעות על כך ששני החיסונים בטוחים, חסרי תופעות לוואי משמעותיות, ובשניהם מושגות תגובה חיסונית והגנה ניכרות. במחקרים מסוימים נטען כי ההגנה נגד הזנים הרלוונטיים מגיעה לכדי 100%. עם זאת, בניגוד לעבודות המדעיות, התפרסמו לאחרונה דיווחים בדבר נזקים שנגרמו על ידי החיסון.

מאחר שהחיסון תלוי בזן הווירוס הספציפי, יש צורך שהוא יפעל נגד כמה זנים של HPV, כדי להרחיב את טווח ההגנה. היצרנים מקווים כי הנוגדנים הנוצרים ימנעו הדבקה בזנים נוספים לאלה שהחיסון מכיל. לדבר זה חשיבות רבה, מאחר שהזנים 16 ו־18, שנגדם פעיל החיסון הקיים, אחראים, כאמור, לכ־70% בלבד מכלל מקרי סרטן צוואר הרחם.

ההשפעה ארוכת הטווח של החיסון על שיעור הממאירות צפויה להתברר רק כאשר הילדות והנערות המחוסנות כיום תגענה לגיל 45–50, הגיל שבו בדרך כלל מתגלה סרטן צוואר הרחם.

עקב הכיסוי המוגבל במספר הזנים שהחיסון המאושר כיום מכיל וחוסר הוודאות באשר לטווח ההגנה שיושג, לא צפוי החיסון להביא לשינוי בתכניות הסינון הנהוגות כיום, ואשר בדיקת ה־PAP עומדת במרכזן. יחד עם זאת, לחיסון צפויה תועלת רבה בטווח הקצר: מספר הנשים שיידבקו בנגיף הפפילומה יקטן, ולכן יפחת מספר הנשים שבהן יתגלו ממצאים חולניים במשטח צוואר הרחם אשר יחייבו מעקב וטיפול. הדבר יביא להפחתת מספר ההפניות לקולפוסקופיה ולביופסיה של צוואר הרחם ולהפחתת שיעור היבלות באברי המין.

קבוצות המטרה לחיסון

הרציונאל שמאחורי כל תכנית חיסון הוא כפול: מחד, הגנה ישירה למחוסנים, ומאידך – "חסינות העדר", שמשמעותו הגנה בלתי ישירה גם לאלה שלא קיבלו את החיסון.

כדי להפיק תועלת מרבית מהחיסון נגד HPV, ובהתבסס על העובדה שהזיהום בווירוס נמנה עם מחלות המין, טבעי שהמועד האופטימלי לחיסון יהיה לפני התחלת חיי המין. חיסון נערות ימנע בעיקר את סרטן צוואר הרחם ואת יבלות אברי המין. חיסון נערים ימנע את סרטן פי הטבעת, סרטן הפין והיבלות. בנוסף, ואולי חשוב יותר, חיסון הנערים יתרום לבריאות הציבור הן במניעת הדבקת בנות הזוג והן באמצעות חסינות העדר.

שאלת המדיניות

אופציות השילוב במדיניות החיסונים

לאור הנתונים שהובאו לעיל, מדינות העולם המערבי, וישראל בתוכן, נדרשות כיום להתמודד עם שאלת אופן השילוב של החיסון נגד וירוס הפפילומה במדיניות החיסונים הלאומית.

אופציות השילוב העיקריות האפשריות, מהקל אל הכבד, הן:

1 . אישור החיסון לשימוש על ידי הרשויות הלאומיות;
2. מימון ממשלתי של החיסון לציבור כולו או לאוכלוסיות נבחרות, תוך הותרת היוזמה לנטילת החיסון בידי האזרח, קרי – מבלי שיוכפף החיסון לתכנית חיסונים מוסדית יזומה;
3. החלת חיסון כשגרה, יזום וממומן על ידי הממשלה, בקבוצות אוכלוסייה קבועות מראש;
4. כפיית חיסון על קבוצות אוכלוסייה קבועות מראש.

בפרק זה נדון בשיקולים אשר ראוי לשקול טרם ההכרעה בין אופציות השילוב שלעיל, תוך בחינת התאמתן ספציפית ליישום במדינת ישראל. כבר בשלב זה נציין כי על אף סמכות תיאורטית לעשות כן, מעולם לא נכפה חיסון במדינת ישראל, וברי כי החיסון נגד וירוס הפפילומה אינו מצדיק חריגה ממדיניות זאת. עם זאת, לאור הדיון המקיף שהתעורר בכמה מדינות ובעיקר בארצות־הברית בהקשר זה, מתבקשות כמה הערות.

אישור החיסון

מכיוון שאין ספק ביעילותו הנקודתית של החיסון ובפריצת הדרך הטמונה בו, אין לכאורה מניעה בפני משרד הבריאות לאשר את החיסון לשימוש בישראל. עם זאת, ראוי להדגיש כמה נקודות: ראשית, תקופת היעילות של החיסון, משך ההגנה והצורך במנות דחף עדיין לא התבררו כל צורכם. כמו כן יש אפשרות, שגם היא אינה ברורה, שישתנו מחוללי המחלה נגדם החיסון הנוכחי אפקטיבי, בזנים שאין החיסון פעיל נגדם. עם זאת, נראה כי אין בליקויים אלה כדי לפגוע בחשיבות החיסון ובפוטנציאל התועלת הבריאותית העצום הטמון בו, לרווחת האנשים שיבחרו ליטול אותו.

לפיכך, השאלה האמיתית שיש לדון בה אינה שאלת לגיטימיות האישור אלא השאלה האם די בכך, והאם אין מקום לנקוט בצעדים אקטיביים יותר לעידוד ההזדקקות לחיסון.

מימון החיסון

השאלה המרכזית שעמה יש להתמודד היא שאלת הכדאיות הכלכלית של מימון החיסון על ידי המדינה; קרי – הכללת החיסון בסל התרופות במדינת ישראל.

השיקולים הכלכליים סביב הכללת החיסון בסל התרופות כוללים לא רק את שיקולי המדינה אלא גם שיקולים של התעשייה הקשורה בפיתוח החיסון, ייצורו ושיווקו. בפיתוח ובייצור החיסון נגד HPV הושקע הון עתק. לאלה נוספו סכומים כבדים שהושקעו במחקרים ובניסוי החיסון על קבוצות המטופלים, לצורך בדיקת יעילותו ובטיחותו. ממשלות העולם המערבי, וארצות־הברית בראשן, נתונות ללחץ שדולה חזקה, המשותפת לחברות התרופות ולגופים רפואיים מעוניינים, הדוחפת להחדרה מהירה ומקיפה ככל הניתן של החיסון, שנועדה, בין היתר, לכיסוי הוצאות העבר. הלחץ חזק ובולט לעין עד כי הוא מעורר תנועה הקוראת לזהירות רבה בהחדרת החיסון. ללא קשר לשיקולים אלה, המדינה כפופה לשיקולים כלכליים הנובעים מהצורך להקצות משאבים למימון החיסון. כל החלטה כזאת חייבת להתחיל בניתוח עלות המימון של החיסון מול התועלת הכלכלית והציבורית הטמונה בו.

כדי להפיק תועלת מרבית מהחיסון נגד HPV, ובהתבסס על העובדה שהזיהום בווירוס נמנה עם מחלות המין, טבעי שהמועד האופטימלי לחיסון יהיה לפני התחלת חיי המין. חיסון נערות ימנע בעיקר את סרטן צוואר הרחם ואת יבלות אברי המין. חיסון נערים ימנע את סרטן פי הטבעת, סרטן הפין והיבלות

הכדאיות הכלכלית של מימון החיסון נבחנה על ידי הוועדה המייעצת למרכז הפדראלי לבקרת מחלות בארצות־הברית (CDC), אשר קבעה כי לאור עלותו הנוכחית של החיסון, יהיה מימונו הגורף לכל אוכלוסיית הנשים הרלוונטית יקר מכפי יכולתן של מדינות ארצות־הברית. להמחשה בלבד, במחיר הנוכחי של 360 דולר ארצות־הברית עבור חיסון ליחיד, עלות החיסון לכלל הנערות במחוז הפדראלי וושינגטון בלבד נאמדת ביותר מארבעה ביליון דולר.

לעומת זאת, דסבאך וחבריו בחנו מודלים מתמטיים לחיזוי עלות/תועלת, שבעזרתם יוכלו מעצבי המדיניות לקבל החלטות ביחס לחיסון. מסקנתם הייתה שבכל השיטות שנבדקו, חיסון הנערות הוא כדאי למניעת סרטן צוואר הרחם. חישוב זה מביא בחשבון את מחיר החיסון אך אינו מביא בחשבון את האפשרות כי בהמשך יתברר שתקופת יעילותו מוגבלת ומחייבת חיסוני דחף, המייקרים אף יותר את החיסון מול התועלת שבו.

מעבר לעלות החריגה של החיסון בהשוואה לחיסונים אחרים הממומנים על ידי המדינה כיום, אין בחיסון כדי לייתר חלק גדול מהעלויות שבהן נושאת כיום המדינה כתוצאה מהתחלואה הנגרמת על ידי הווירוס. כפי שציינו לעיל, החיסון המוצע כיום כולל רק ארבעה זנים של הווירוס. היקף החיסון המושג נגד זנים שאינם כלולים בחיסון אינו ברור. היה וההגנה הצולבת לא תתממש, רק כ־70% ממקרי סרטן צוואר הרחם וכ־90% ממקרי היבלות של אברי המין יימנעו. כל הנשים תידרשנה להמשיך להיבדק תקופתית. בכך שונה החיסון הנוכחי מחיסונים אחרים, שקבלתם אמורה למנוע כליל את אפשרות ההתפרצות של המחלה. משאין החיסון חוסך למדינה את עלויות בדיקות הסקר, הרי שעלותו היחסית יקרה יותר ונוספת לעלותו הישירה.

שאלת העלות–תועלת מסתבכת כאשר נבחנת האפשרות לחיסון גברים בנוסף לנערות. ממודלים מתמטיים נלמד כי חיסון גברים, בכל הנוגע למניעת סרטן צוואר הרחם, יגדיל את יעילות תכנית החיסון בכ־2% בלבד, אך ייקר אותה בצורה משמעותית. לפיכך, חיסון הגברים עשוי להיות חיוני רק במקרה שלא יושגו שיעורי כיסוי חיסון גבוהים דיים בקרב הנערות. עם זאת, כאמור, החיסון אינו רק מקטין את התחלואה בסרטן צוואר הרחם אלא גם מפחית משמעותית (ב־90%) את יבלות אברי המין, שמהן סובלים גם גברים. האם ראוי לממן חיסון גברים נגד וירוס הפפילומה למטרה זו בלבד, להגנת הגברים עצמם, ללא קשר לתרומתם לבריאות הנשים? האם נגע היבלות חמור "מספיק"

כדי להצדיק את עלות חיסונם של הגברים?

עלות-תועלת של החיסון בישראל

מדיניות החיסונים בישראל נתונה לאחריות משרד הבריאות. בהמלצותיה לראש שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות מייחסת ועדת ההיגוי של המחלקה לאפידמיולוגיה משקל רב להמלצות של ארגונים ומוסדות בריאות בעולם, כמו ארגון הבריאות העולמי (WHO) והמרכז לבקרת מחלות בארצות־הברית (CDC) ואחרים. ועדת ההיגוי אמורה לשקול רק שיקולים אפידמיולוגים בהקשר למחלה והשפעתם על בריאות הציבור, על הצורך בחיסון, על יעילותו ועל בטיחותו. לעומת זאת, השיקולים הכלכליים הם באחריות הנהלת משרד הבריאות. בעיקר בגלל בעיות תקציב, נפער בשנים האחרונות פער ניכר בין תכנית חיסוני השגרה של ישראל לעומת מדינות המערב, הממשיכות להוסיף לרשימה חיסונים חדשים.

בטיוטת נייר עבודה שהוגשה לוועדת ההיגוי במשרד הבריאות בעניין החיסון, התבסס חישוב עלויות התחלואה ב־HPV על הנתונים האפידמיולוגיים שהובאו לעיל, ובחישוב עלות החיסון של 120 דולר ארצות־הברית למנה. החישוב התבסס גם על הצורך במתן שלוש מנות של חיסון בשנה הראשונה, בגיל 12, ואחר כך מנות דחף כל 10 שנים. על פי החישוב שנערך, העלות ל־quality adjusted life year הייתה גבוהה פי שלושה מהתוצר הלאומי הגולמי (תל"ג) לנפש בישראל, תוצאה שהופכת את תכנית החיסון כנגד HPV בלתי יעילה כלכלית (יודגש כי החישוב נערך ביחס לנערות בלבד, וחיסון הגברים כלל לא נלקח בחשבון).

יתרה מכך, לאור נתוני התחלואה בסרטן צוואר הרחם בישראל, אשר מלכתחילה הינם נמוכים משמעותית יחסית ליתר מדינות המערב, החיסון חוסך עלויות טיפול מצומצמות בלבד, אשר ייתכן שאינן מצדיקות את עלות החיסון של כלל האוכלוסייה.

יישום יזום של החיסון

שאלת הכדאיות של מימון החיסון קשורה ישירות להוספת החיסון לתכנית החיסונים השגרתית היזומה. שיקול מרכזי בניתוח של כדאיות המימון הוא האפשרות להגיע למצב של "חיסון העדר". סבירות גבוהה להיווצרות חיסון העדר עשויה להטות את הכף לטובת מימון גורף של החיסון על ידי המדינה. עם זאת, ללא התערבות יזומה של המדינה בהחלת החיסון כמעשה שבשגרה פוחתת משמעותית הסבירות להתממשות חיסון העדר, וזאת על רקע היענות נמוכה של האוכלוסייה.

כך, נראה כי החלטה על מימון החיסון נגד נגיף הפפילומה תהיה אפקטיבית באופן חלקי בלבד באם לא תלווה בצירוף החיסון לתכנית חיסוני השגרה, כאשר לנוכח מאפייני חיסון זה נראה כי הוא צריך להינתן באופן מרוכז במסגרת בית־הספר, כדוגמת החיסון נגד אדמת הניתן לבנות.

הכנסת החיסון לתכנית חיסוני השגרה, על אף שהיא נראית רק כצדו השני של מטבע המימון, מעלה שאלות חדשות של מדיניות ושל מוסר, המקשות על קבלת ההחלטות בסוגיה.

חיסון יזום מחדד את אחד ממאפייניו המיוחדים של החיסון נגד וירוס הפפילומה – הוא מחסן בפני מחלת מין, המועברת אך ורק תוך קיום יחסי מין. מאפיין זה עומד אמנם כיום במרכז הוויכוח על כפיית החיסון בארצות הברית, אך הוא רלוונטי גם למדיניות המרוכזת של חיסון יזום אך בלתי כפוי, שכן סוגיית קיום יחסי מין על ידי קטינים משותפת לשתי אפשרויות המדיניות, ותעלה בהקשר של שתיהן.

כדי למצות את פוטנציאל ההגנה של החיסון יש לחסן בו נערות (ונערים) בטרם הגיעו לגיל קיום יחסי מין. לפיכך מומלץ לחסנן לא יאוחר מגיל 12. חיסון בגיל זה מחייב שיח פתוח עם הורים ועם הילדים העומדים בפני חיסון, בנוגע להתנהגות המינית של אותם ילדים. זהו שיח אשר הורים רבים אינם מוכנים לקיימו, ובעיקר אינם מוכנים לקיימו עם ילדיהם. בארצות־הברית נתקלו יוזמות להחדרת החיסון בהורים רבים המדחיקים את האפשרות שילדיהם המתבגרים נמצאים בקבוצת סיכון למחלות מין. יש החוששים כי שיחה מסוג זה תביא לעלייה בשיעור קיום יחסי־מין בין המתבגרים. קבוצה אחרת של הורים סבורה כי חיסון נגד HPV יוביל את ילדיהם המתבגרים להתנהגות מינית יותר מסוכנת, וכי ההגנה בפני הדבקה בווירוס תהווה מסר עקיף למתירנות.

אומנם, לאור מאפייני אוכלוסייה שונים, צפוי כי ההתנגדות על רקע זה תהיה מצומצמת יותר בישראל, אך גם כאן השאלה רלוונטית. האם, למשל, נבצע את החיסון היזום בבתי ספר דתיים? האם ראוי לטשטש את מאפייניה המיניים של תחלואה זאת ולקוות כי החיסון יתקבל בברכה? בעבר עלתה סוגיה זאת והתבטאה בהתנגדות לחיסון תלמידי בתי ספר נגד מחלת הכבד הנגיפית מסוג B, שגם היא מועברת בעיקר ביחסי מין או בהחדרת הווירוס לדם באמצעות מזרקים מזוהמים ששימשו להזרקת סמים וכדומה. בסיכומו של דיון הוחלט על מתן החיסון. הוא ניתן כיום ללא הסבר מקיף על מאפייני המחלה ודרכי העברתה, ומכאן גם ללא תגובות והתנגדות מצד בעלי דעות שמרניות. האם גישה זו ראויה?

שאלה שונה לחלוטין העולה בהקשר להחלטה בדבר חיסון נגד HPV כחיסון שגרה נוגעת למידע המצומצם המצוי כיום בעניין הסיכונים שבחיסון. עיקר הביקורת מופנה נגד הכנסה מהירה של החיסון לשגרת החיסונים, ללא תקופת מבחן ובקרה, במסגרתה ייחשפו לחיסון רק אלה שיבחרו בכך, במספרים מצומצמים יחסית.

המרכז הלאומי למידע על חיסונים בארצות־הברית מוביל מערכה נרחבת נגד הכרזה על חיסון ה־HPV כחיסון חובה. ברברה פישר, נשיאת המרכז, פרסמה ב־8 במארס 2007 גילוי דעת, שבו תקפה את ניסיון המדינות להנהיג חיסון חובה נגד HPV. לדעתה, החקיקה נחפזת מדי, עובדה מדאיגה במיוחד כאשר מדובר בחיסון ייחודי, שכמוהו לא היה בעבר, ואשר השלכותיו עדיין אינן ברורות. להשוואה, היא מפנה למחלת אבעבועות הרוח, ולעובדה שרוב מדינות ארצות־הברית חייבו את החיסון נגד מחלה זאת לתלמידים בבתי הספר רק לאחר שחלפו שנים רבות מאישור החיסון, שאירע באמצע שנות ה־90. בעלון שהתפרסם מטעם המרכז צוטט מקרה של ילדה שסבלה מתופעות לוואי של החיסון, שכללו הפרעות נוירולוגיות ואירועי איבוד הכרה חולפים. על פי פרסומי המרכז, מאז אישור החיסון דווח על כ־600 מקרים דומים של תופעות לוואי. טיעון זה מתמקד בהחלה גורפת של חיסון אוכלוסיות גדולות, ולפיכך הוא רלוונטי לא רק בהקשר של כפיית חיסון, כפי שמוצע בארצות־הברית, אלא גם בהקשר של הכרזת החיסון כחיסון שגרה, בלתי כפוי, כפי שנדון כאן.

כפיית חיסון

הדיון הציבורי בארצות הברית בעניין כפיית החיסון כנגד HPV

אישור החיסון נגד וירוס הפפילומה האנושי על ידי ה־FDA עורר ויכוח ציבורי בארצות־הברית, בדבר שילוב חיסון זה במדיניות החיסונים. לוויכוח הציבורי תרמו בין היתר בתי המחוקקים במדינות השונות בארצות־הברית, שיצאו ל"תחרות" ביניהן מי תהיה הראשונה לחייב בחוק את החיסון. מושל טקסס הלך צעד אחד קדימה ופרסם צו מינהלי המחייב חיסון לכל הילדות בכיתה ו'. בעקבות הוויכוח הציבורי בטקסס, ובלחץ ארגוני זכויות האדם במדינה, הוגשה ביום 8.3.2007 הצעת חוק (H.B. 1098) לביטול הצו המנהלי של המושל, אשר טרם אושר.

המצב בארצות־הברית כיום (אפריל 2007), לאחר שישה חודשי פעילות

נמרצת בבתי המחוקקים של המדינות השונות, מעיד על מגמת נסיגה מניסיון חקיקת חיסון חובה במדינות רבות. מישיגן, המדינה הראשונה שחוקקה חוק חיסון חובה נגד HPV בספטמבר 2006 (S.B. 1416), השתתה את כניסת החוק לתוקף. במדינת אוהיו החל בסוף 2006 הליך חקיקה דומה (H.B. 703), וגם שם הפעלתו הושהתה. בתי מחוקקים בכ־39 מדינות, ובתוכן מחוז וושינגטון, חוקקו חוקים הקשורים בחינוך הציבור לחשיבות החיסון, אך לא מעבר לכך. במארס 2007, בית המחוקקים של ויירג'יניה חוקק חוק חיסון חובה לתלמידות בתי הספר (S.B. 1230), אך המושל הסתייג והתנה את אישורו בהוספת סעיף המאפשר זכות וטו להורים המתנגדים לחיסון ילדיהם. במדינות קליפורניה ומרילנד, הצעות חוקים לחיסון חובה הוסרו משולחן בתי המחוקקים בתחילת 2007. נכון ליום 27.04.2007, שתי המדינות בארצות־הברית שבהן קיימת חובת חיסון נגד הווירוס הן ויירג'יניה וטקסס. אולם בראשונה, כאמור, התנה המושל את החיסון בזכות וטו של ההורים, ואילו בטקסס אומנם עומד צו המושל, אולם בבית הנבחרים של המדינה נדונה הצעת חוק לביטולו.

אפקטיביות החיסון אל מול שיקולים של אוטונומיית הפרט

כפיית החיסון נשקלת מתוך תפיסת בריאות ציבור כוללת, אשר אינה מסתפקת בהגנה על אותם פרטים הבוחרים ליטול את החיסון כי אם מעוניינת ביצירת "חיסון העדר", אשר יגן על כלל האוכלוסייה מפני הידבקות בנגיף. כפיית חיסון היא הדרך הטובה ביותר, ובמדינות מסוימות היא הדרך היחידה, להבטחת יצירת חיסון העדר. כפיית החיסון אינה עומדת כיום על הפרק במדינת ישראל, שכן לפחות בינתיים מצליחה המדינה לייצר הגנה חיסונית גורפת למרבית המחלות אשר החיסון נגדן נכלל בתכנית חיסוני השגרה, תוך הסברה ועידוד לשיתוף פעולה עם התכנית. עם זאת, במדינות שבהן יכולת ההסברה נמוכה, שיתוף הפעולה עם רשויות הבריאות מצומצם ועלויות הבריאות גבוהות, כמו במדינות העולם השלישי ולהבדיל בארצות־הברית, כפיית החיסון היא כפי הנראה הדרך היחידה להשגת הגנה קהילתית מקיפה מפני מצבי המחלה הכרוכים בהדבקה בווירוס הפפילומה.

הבעיה המרכזית שבהחלטה על חיסון כפוי היא כמובן הפגיעה באוטונומיה של הפרט. בחירה ברפואה אלטרנטיבית וטבעית, התנגדות על רקע חופש הבחירה והזכות לאוטונומיה, חוסר אמון וחשדנות כלפי חברות תרופות, אמונה שהחיסונים אינם בטוחים והדעה שהילדים אינם זקוקים לכל כך הרבה חיסונים, עשויים כולם להביא הורים להחלטה כי הם אינם מעוניינים בחיסון ילדיהם. כפיית חיסון הילדים מול התנגדות הורית כזאת מהווה התערבות באחד האינטרסים המוגנים ביותר במשפט המערבי – אוטונומיית התא המשפחתי, ומפקיעה למעשה את זכותם המוכרת של ההורים להחליט החלטות ערכיות הנוגעות לילדיהם. אינטרס זה הוא כמובן יחסי, וייתכן כי יידחה בפני אינטרסים אחרים כאינטרס טובת הקטין, אך המדינה לא בקלות תתערב באוטונומיה זו.

תנועות מחאה נגד הנהגת חיסוני חובה בחוק היו קיימות כבר במאה ה־19. כך למשל הצליחו תנועות אלה להביא בשנת 1898 באנגליה לביטול חוק חיסון כפוי נגד אבעבועות שחורות, אשר כלל סעיף עונשין למי שסירב להתחסן. הסעיף בוטל, ובמקומו הוסף סעיף פטור מטעמי דת ומצפון, שאפשר להורים המפקפקים ביעילות החיסון ובמידת בטיחותו שלא לחסן את ילדיהם.

48 ממדינות ארצות־הברית מאפשרות להורים להתנגד למתן חיסון לילדיהם מטעמי דת, ומתוכן 20 מאפשרות התנגדות על בסיס דעות פילוסופיות חילוניות. כתוצאה מכך, 1%–3% מילדי ארצות־הברית אינם מקבלים חיסון. הסיבות המפורטות להתנגדות משתנות ממדינה למדינה, וכך גם שיעור הילדים שאינם מקבלים חיסון.

ניתוח על פי עקרונות אתיים כתועלתנות ועקרון האפקט הכפול, שהוא דוקטרינה קתולית על פי השקפה מוסרית־תיאולוגית, הביא את האתיקאי ריצ'ארד צימרמן למסקנה שיש מקום להמליץ על חיסון כולל בגילאי 11–12, אבל בהתחשב בעקרונות כאוטונומיה וצדק, אין מקום לדעתו לחייב את החיסון בבתי־ספר. כמו כן, חלק מהביואתיקאים סבור כי אין מקום לבצע את החיסון באופן רוטיני במסגרת בית־הספר, שכן לעמדתם קיים הבדל בין החיסון נגד HPV שמועבר אך ורק ביחסי מין, ובכך איננו מהווה סכנה ישירה לצדדים שלישיים, לבין חיסונים אחרים דוגמת שיתוק ילדים, חצבת, שעלת ועוד, אשר ההדבקה בהם היא בלתי אמצעית ומסכנת את חבריהם של הנשאים במסגרות החינוכיות.

השאלה הרלוונטית העיקרית לטעמנו מתייחסת לשיעורי ההדבקה והתחלואה המדינתיים: ככל שאלה גבוהים יותר, נראה כמוצדק יותר להחיל חיסון חובה, וזאת מבלי להיכנס בשלב זה לשאלת הלגיטימיות של סעיפי הפטור ולהיקפם. לאור שיעורי התחלואה הנמוכים במדינת ישראל, יחד עם אפקטיביות גבוהה של תכניות ההסברה לחיסון מרצון, נראה כי כפיית החיסון אינה עומדת על הפרק. עם זאת, במדינות העולם השלישי, שבהן שיעורי החולי גבוהים יותר ותכניות הסברה אינן אפקטיביות, ייתכן שכפיית חיסון היא הדרך היחידה

אנו סבורים כי אין במאפיין זה של דרך ההעברה כשלעצמו כדי לייתר את החיסון. בטיעון "דרך ההעברה" מוסתרת למעשה ביקורת ערכית, הרואה "אשם תורם" בהתנהגות הנדבקות/הנדבקים. על פי טיעון סמוי זה, לולא קיימו ילדים "חסרי אחריות" יחסי מין בלתי מוגנים, בגיל צעיר ומחוץ לנישואין, ממילא לא היינו נדרשים למתן החיסון במסגרת בתי־הספר. ניתן היה לתת אותו בגיל הבגרות ולהותיר את הבחירה בו למחוסנים עצמם. עמדה מוסרנית סמויה זו אינה ראויה.

השאלה הרלוונטית העיקרית לטעמנו מתייחסת לשיעורי ההדבקה והתחלואה המדינתיים: ככל שאלה גבוהים יותר, נראה כמוצדק יותר להחיל חיסון חובה, וזאת מבלי להיכנס בשלב זה לשאלת הלגיטימיות של סעיפי הפטור ולהיקפם. לאור שיעורי התחלואה הנמוכים במדינת ישראל, יחד עם אפקטיביות גבוהה של תכניות ההסברה לחיסון מרצון, נראה כי כפיית החיסון אינה עומדת על הפרק. עם זאת, במדינות העולם השלישי, שבהן שיעורי החולי גבוהים יותר ותכניות הסברה אינן אפקטיביות, ייתכן שכפיית חיסון היא הדרך היחידה.

בסוף חודש יוני 2007 הושלם תהליך רישום חיסון הגארדאזיל בישראל, וכעת ניתן לרכשו באופן פרטי, בעלות של כ-2,640 ש"ח (שלוש מנות חיסון בעלות 880 ש"ח כל אחת). בחודש יולי 2007 הכריזה מכבי שירותי בריאות כי היא מוסיפה את החיסון לביטוח המשלים, כאשר למבוטחים בו יעלה החיסון 1,755 ש"ח בלבד לשלוש מנות החיסון. בכך נתנה מכבי שירותי בריאות את האות למה שצפוי להתפתח לתחרות מימון בין הקופות, שבבסיסה תפיסה הרואה את החיסון כאבן שואבת למבוטחים

המצב הקיים בישראל

המערכת הרפואית בישראל, כבקהילות רפואיות אחרות בעולם, מייחסת לחיסון זה חשיבות גדולה במיוחד בשל הפוטנציאל שלו למנוע סרטן צוואר הרחם. החברה הישראלית לקולפוסקופיה ופתולוגיה של צוואר הרחם המליצה על חיסון ילדות מתבגרות ונשים צעירות גילאי 9–26, והאגודה הישראלית למיילדות וגינקולוגיה עומדת בימים אלה לאשרר נייר עמדה ברוח זאת.

בסוף חודש יוני 2007 הושלם תהליך רישום חיסון הגארדאזיל בישראל, וכעת ניתן לרכשו באופן פרטי, בעלות של כ-2,640 ש"ח (שלוש מנות חיסון בעלות 880 ש"ח כל אחת). בחודש יולי 2007 הכריזה מכבי שירותי בריאות כי היא מוסיפה את החיסון לביטוח המשלים, כאשר למבוטחים בו יעלה החיסון 1,755 ש"ח בלבד לשלוש מנות החיסון. בכך נתנה מכבי שירותי בריאות את האות למה שצפוי להתפתח לתחרות מימון בין הקופות, שבבסיסה תפיסה הרואה את החיסון כאבן שואבת למבוטחים.

במקביל, בחודש יולי 2007 יצאה ועדת ההיגוי של המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות בנייר עמדה הממליץ על תכנית רב-שנתית להתאמת תכנית חיסוני השגרה לסטנדרט המקובל במדינות המערב. במסגרת נייר העמדה המליצה הוועדה על הוספת חמישה חיסונים, שניים מהם (החיסון נגד אבעבועות רוח והחיסון נגד שעלת) מחליפים חיסון קיים, ובנוסף הומלץ על הוספה הדרגתית של החיסון המצומד נגד פנוימוקוקים (בשנת 2009), החיסון נגד נגיף רוטה (2010) והחיסון נגד נגיף הפפילומה (בשנת 2011 או 2012).

עלות הוספת החיסון נגד HPV הוערכה בכ-160 מיליון ש"ח בשנה, סכום המכסה את עלות מנות חיסונן של כ-70 אלף נערות ואת עלות עבודת האחיות העוסקות בחיסון. חיסון נערים כלל לא נדון.

יש לציין כי עלות הוספת חיסון נגד נגיף הרוטה, ששכיחות התחלואה בו גבוהה משמעותית מזו של וירוס ה-HPV (1 מכל 35 ילדים עד גיל 5 יזדקק לאשפוז בגלל הידבקות בנגיף זה), הוערכה בכ-94.5 מיליון ש"ח בשנה בלבד, על אף שבחיסון נגד וירוס הרוטה עתידים, כמובן, להיות מחוסנים ילדים וילדות כאחד, כ-170 אלף ילד וילדה בשנה.

המלצות ועדת ההיגוי של המחלקה לאפידמיולוגיה הועברו לעיונו של מנכ"ל משרד הבריאות, והוא אישר אותן לאחרונה. בשלב זה עומדות ההמלצות בנקודה הבעייתית ביותר בדרכן ליישום – שלב התקצוב.

אנו מרשים לעצמנו, בשלב זה, להעריך כי בסופו של דבר יאושר תקצוב החיסון נגד וירוס הפפילומה, אם במסגרת התכנית הרב-שנתית ואם במנותק ממנה, וזאת משתי סיבות עיקריות: ראשית, לחברה המשווקת את חיסון הגארדאזיל בארץ (MSD) שדולה חזקה מאוד, והיא פועלת כבר כיום ותמשיך לפעול אף ביתר שאת בעתיד להכנסת החיסון לסל התרופות. מעבר לכך, בניגוד לתנועות מחאה של הורים הרווחות בחלק ממדינות המערב וארצות-הברית בראשן, אנו צופים כי בישראל ניתקל דווקא בשדולת הורים רחבה שתתמוך בחיסון. כבר כיום, כחודשיים לאחר השקת החיסון בישראל, אנו עדים לכך שהורים רבים דאגו לרכישת חיסון לבנותיהם עוד טרם אושר החיסון סופית, כאשר נדרש לכך אישור על פי תקנה 29 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשנ"ו–1986. על אף הבעיות הכרוכות במימון החיסון ובהכנסתו לתכנית חיסוני השגרה, נראה כי המלה האחרונה בנדון תהיה של ההורים והחלטתו השגרתית תאושה.

סיכום ומסקנות

החיסון נגד וירוס הפפילומה האנושי נחשב לפריצת דרך לחיסול תופעת הסרטן והשינויים הטרום-סרטניים בצוואר הרחם ולמניעת הופעת יבלות על אברי המין, הנגרמים על ידי וירוס זה. חיסון זה הוא מיוחד וראשון במינו. בטיחות החיסון ויעילותו נבדקו ונמצאו כמספקות ומלוות בתופעות לוואי מעטות. עם זאת, צורת ההעברה של הווירוס קשורה לקיום יחסי מין, כך שסכנת ההדבקה אינה כללית כי אם תלויה בפעילות מינית. תפוצת הווירוס ושכיחות המחלות הקשורות בו שונה במקומות שונים בעולם.

מן הפן הרפואי, יש הצדקה להמליץ על מתן החיסון, מכיוון שפריצת דרך טיפולית זאת היא הדרך הראויה למניעת מחלה שבה התחלואה והתמותה ניכרים. יחד עם זאת, צריך להדגיש כי הפתרון שהחיסון הנוכחי מציע אינו מושלם, ובמקביל יש צורך בהמשכת תכניות הסינון והגילוי המוקדם הקיימות. עובדה זו מגבילה את התועלת האישית מהחיסון לנשים אשר תחוסנה ומצמצמת משמעותית את התועלת הכלכלית הציבורית הצפויה מהחיסון.

בהיבט של עלות-תועלת, נראה כי אין במדינות העולם המערבי מקום להטיל את עלויות החיסון על הקופה הציבורית. הדבר נכון עוד יותר בישראל, שבה התחלואה והתמותה נמוכות משמעותית ותכניות הסקירה, המעקב והטיפול מצליחות וזולות יחסית.

לכאורה, ראוי היה כי מדינת ישראל תימנע מהחלת חיסון גורף של כל אוכלוסיית הנערות, ולחלופין תשקיע את מרב המאמצים באיתור קבוצות סיכון וחיסונן. מן הראוי היה לשקול גם חיסון נערים הנמצאים באותן קבוצות סיכון ולהרחיב את החשיבה המערכתית בכיוון ביטויי מחלה נוספים שאותם עשוי החיסון למנוע. במקביל, רצוי להגביר את מודעות הציבור באמצעות תכניות חינוך והסברה בנושאים הקשורים לדרכי ההדבקה בווירוס הפפילומה האנושי, איתור המחלה, המעקב אחריה והטיפול בה, ולהבהיר כי אין החיסון מייתר תכניות מעקב ואיתור אלו.

למרות כל אלה, נראה כי בסופו של דבר חוסר הכדאיות הכלכלית בהחלה גורפת של החיסון יתבטל מול לחץ של גופים מעוניינים, ואף יותר מכך בלחץ ארגוני הורים, שצפוי כי יתמכו בהחלתו הגורפת. כך או אחרת, מן הראוי לדחות את הכללת החיסון נגד HPV בתכנית חיסוני השגרה לפחות לכמה שנים, הן לצורך הכרת סיכוניו והן מתוך ציפייה להוזלה משמעותית של עלות החיסון, אשר תגביר את כדאיותו הכלכלית.

טיפול חדשני לריח פה (הליטוזיס)

שימוש בטבלייה נצמדת לחיך המכילה צמחי מרפא נוגדי ריח עשוי לשמש כטיפול יעיל לבעיית ריח פה

ד"ר ניר שטרר, ד"ר מישל פרץ דוידי

ריח פה (הליטוזיס) הינו אחת מהתלונות השכיחות של מטופלים במרפאות השיניים. בעיה נפוצה זו גורמת סבל רב למטופלים ולסביבתם הקרובה. זו למעשה בעיה חברתית ואסתטית מהמעלה הראשונה, הגורמת קשיים במגוון רחב של תחומי חיים כגון יחסי עבודה, מגעים חברתיים וזוגיות.

במרבית המקרים, התופעה נגרמת כתוצאה מפעילות חיידקים בחלל הפה (1). החיידקים הגורמים לתופעה ניזונים מחלבונים. תהליך פירוק החלבונים, שהוא תהליך ריקבון במהותו, מלווה ביצירת תרכובות בעלות ריח רע, בהן תרכובות גופרית נדיפות ודיאמינים. תרכובות אלו, המשתחררות בזמן נשיפה ודיבור, הן היוצרות את ריח הפה.

החיידקים האחראים לתופעה עלולים להימצא במקומות שונים בחלל הפה כגון גב הלשון, החניכיים, שחזורים לקויים וכן שקדים. המקום העיקרי הוא גב הלשון (2).

הטיפול במקרים אלו מערב, בין השאר, שימוש יומיומי במנקה לשון ובשטיפת פה אנטיספטית. לטיפול זה יעילות קצרת טווח גבוהה יחסית (3), אולם הוא כרוך בכמה בעיות. השימוש במנקה לשון לניקוי עמוק של הלשון מעורר בלא מעט מן המקרים את רפלקס ההקאה. דבר זה מקטין מאוד את שיתוף הפעולה של המתרפא ופוגם ביעילות הטיפול. כמו כן, שימוש יומיומי בשטיפת פה אפקטיבית עלול לגרום להכתמת השיניים. בנוסף, שטיפות רבות מכילות אלכוהול או חומרים חריפים אחרים העלולים לגרום לגירוי הריריות או תופעות לוואי בלתי רצויות.

במחקר קודם הראינו את יעילותם של כמה חומרים ממקור צמחי (אכינציאה, לבנדר, מרווה ואלת המסטיק) בדיכוי תהליכי יצירת הריח במבחנה (4). חומרים אלו הראו פעילות אנטיבקטריאלית, יכולת עיכוב של פירוק חלבונים ומניעת נידוף של תרכובות גופרית.

במחקר הנוכחי (5) עשינו שימוש בטבלייה הנצמדת לחיך (Smell X, SupHerb, Natania, Israel) כנשא לשחרור מושהה של החומרים הנ"ל, ובדקנו את יעילותם בטיפול בריח פה בנבדקים בריאים. כל רכיבי הטבלייה, הן הרכיבים הפעילים והן הנשא, בטוחים ומאושרים לשימוש בחלל הפה.

שיטות וחומרים

המחקר כלל 26 נבדקים (גיל ממוצע 29.3, 10 מתוכם נשים), אשר חולקו באופן אקראי לשתי קבוצות: קבוצת הטיפול (טבלייה נצמדת המכילה את החומרים הפעילים, 15 נבדקים), וקבוצת הביקורת (טבלייה נצמדת ללא החומרים הפעילים כפלצבו, 11 נבדקים). פרוטוקול הניסוי אושר על־ידי ועדת הלסינקי מוסדית ביה"ח הדסה עין־כרם, והנבדקים נתנו את הסכמתם מדעת.

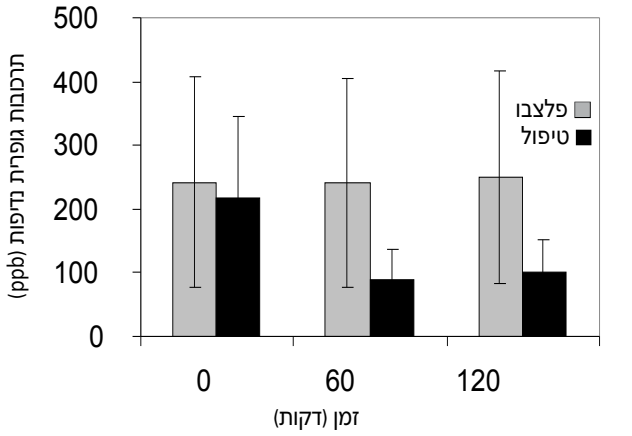
בתחילת הניסוי נמדדה רמת ריח הפה של הנבדקים על ידי שני שופטי ריח. שופטי הריח דירגו את רמת ריח הפה בעזרת הסקאלה המקובלת בדרגות 0–5 (0=אין ריח, 1=בקושי מורגש, 2=קל, מורגש בבירור, 3=בינוני, 4=חזק, 5=בלתי נסבל). בנוסף, נמדדה רמת תרכובות הגופרית הנדיפות בחלל הפה בעזרת מוניטור סולפידים (הלימטר). מדידות חוזרות של כל הפרמטרים בוצעו לאחר שעה ולאחר שעתיים מתחילת הניסוי.

תוצאות ודיון

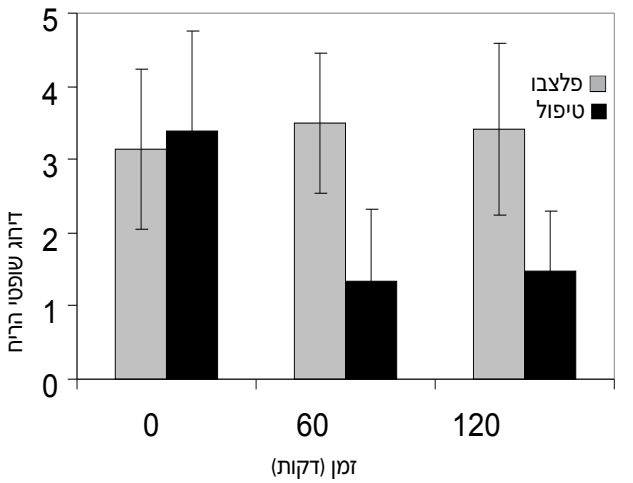
תוצאות הניסוי מודגמות בגרפים. נראה כי לא היה הבדל בין

הכותבים הם מן המחלקה לשיקום הפה, הפקולטה לרפואת שיניים, הדסה עין כרם, האוניברסיטה העברית בירושלים.

מוניטור הסולפידים



שיפוט ריח



הקבוצות בתחילת הניסוי. לעומת זאת, בעוד שבקבוצת הביקורת לא חל שינוי במדדי הריח וברמת תרכובות הגופרית הנדיפות, קבוצת הטיפול הראתה ירידה משמעותית ($p<0.05$) במדדים השונים ושמרה על מדדים נמוכים במהלך כל הניסוי.

מסקנות

תוצאות הניסוי המובא לעיל מצביעות על כך כי שימוש בטבלייה נצמדת לחיך לשחרור מושהה של רכיבים פעילים ממקור צמחי עשוי לשמש כטיפול יעיל בבעיות של באשת הפה.

מקורות

1. McNamara TF, Alexander JF, Lee M. The role of microorganisms in the production of oral malodor. Oral Surg 1972;34:41-48.

2. De Boever EH, Loesche WJ. Assessing the contribution of anaerobic microflora of the tongue to oral malodor. J Am Dent Assoc 1995;126:1384-1393.

3. Outhouse TL, Al-Alawi R, Federowicz Z, Keenan JV. Tongue scraping for treating halitosis. Cochrane Database Syst Rev 2006 Apr 19;(2):CD005519.

4. Sterer N, Rubinstein Y. Effect of various natural medicinals on salivary proteins putrefaction and malodor production. Quintessence Int 2006 Sep;37(8);653-658.

5. Sterer N, Nuas S, Mizrahi B, Goldenberg C, Weiss E, Domb A, Perz Davidi M. Oral malodor reduction by a palatal mucoadhesive tablet containing herbal formulation. J Dent 2008 (in press).

3/4/08 האסיפה הכללית של אש"י (בחירות לוועד המנהל) בחסות קולגייט

נסים של אש"י

מקצועיות עם פינוק ב"פריים סגול"

לאור הצלחת אירוע האסיפה הכללית אשתקד, גם השנה אירחה אותנו חברת שסטוביץ – נציגת קולגייט בישראל, לאירוע ששילב מקצועיות עם פינוק אמיתי.

האירוע, שהתקיים בתחילת אפריל ב"פריים סגול", גן אורנים, כלל ארוחת בוקר עשירה וארוחת צהריים, כאשר בין לבין קיבלנו ייעוץ אישי והדרכה מיועצות היופי של המותגים קריטה ורבלון.

את החלק המקצועי פתח ארז בהט, מנכ"ל חטיבת קולגייט ישראל, עם מצגת קצרה אודות חברת קולגייט העולמית. פרופ' גרפונקל, שנענה להזמנתנו, נשא הרצאה מעניינת וחשובה על אנטיביוטיקה – משמעותה, חשיבותה ונזקיה. הוא חזר והדגיש בפנינו את הקריטריונים החדשים למתן אנטיביוטיקה למטופלים עם בעיות קרדיאליות לפני הטיפול שלנו, כשהדגש הוא ל"קולה ולא לחומרה", בהתאם למחקרים החדשים.

צחקנו עד דמעות עם דינה אור במופע "זה ייגמר בצחוק גדול", השכלנו מהרצאתה של גליה תורן חן (מגישת פינת היופי בתכניות של אודטה) ולמדנו איך להתאפר.

את האירוע חתמה האסיפה הכללית של איגוד השיננות. שמענו סקירה כללית על פעילות האיגוד בשנה החולפת, על אירועים שהיו ועל תכניות לשנה הקרובה. הגזברית ורואה החשבון הציגו דו"ח כספי לשנה שחלפה ותחזית לעתיד.

גולת הכותרת היו הבחירות להנהלת אש"י לשלוש השנים הבאות.

דפי משוב שחולקו בסיום האירוע העלו כי 97% מהשיננויות נהנו מהאירוע במידה רבה מאוד, וירצו להשתתף באירועים דומים בעתיד.

איגוד השיננות מודה לחברת שסטוביץ על החסות לאירוע חשוב זה.

נושאים חדשניים בכנס השנתי

רותי קפלן, יו"ר הכנס

התכנסנו, כבכל שנה, לכנס השנתי שלנו, שהתקיים הפעם במלון הילטון בתל־אביב. האווירה הייתה חגיגית מאוד והפגישות מרגשות ביותר. "מה נשמע, איך הולך, אהלן, זו את זו לא ראינו מזמן..." צחוקים וחיבוקים בכל פינה.

כולנו פקדנו את כל דוכני התערוכה הדנטלית, שהייתה עשירה ומגוונת. נחשפנו לכל החידושים והתעדכנו במוצרים החדשים ביותר, כדי שנוכל להעביר את המידע לכל המתרפאים שלנו. מילאנו שקיות מכל טוב במוצרים הדנטליים, למשפחה, לילדים ולנכדים... בתערוכה הציגו החברות המובילות בתחום המניעה ברפואת שיניים. יש לציין שמשנה לשנה התערוכה הולכת וגדלה והקשר שלנו עם החברות מתחזק והולך. אנחנו המשווקות הטובות ביותר שלהם. הם תומכים בנו ואנחנו תומכות בהם.

במאמצים מרובים הצלחנו לנתק את השינויות מכל זה ולהכניסן לאולם ההרצאות, שקידם את פנינו בכיסאות עטויים אדום עם כתובת לבנה של חברת קולגייט – נותנת החסות. חברת "דן כנסים" אירגנה את הכנס בסדר מופתי.

הכנס כלל שני מושבים עיקריים: האחד – פריודונטיה ומניעה שהנחתה דלית ארמוזה, והשני – רפואת הפה שהנחתה יעל קרלין. נושאים אלה חשובים במיוחד לנו, השיניות, כדי לחזק את הידע שלנו ולהיחשף לכל החידושים. הרצו בפנינו מיטב המרצים בתחומים אלו (תקצירי ההרצאות – בעמודים 21–22, המשך הכתבה בעמוד הבא).

←

נושאים חדשניים בכנס השנתי - המשך

פתח **ד"ר זוסמן**, מנהל האגף לבריאות השן במשרד הבריאות, בעדכונים ודילמות העומדים כיום על הפרק במשרד הבריאות.

פרופ' איילה שטבהולץ עמדה על הקשר שבין פריודונטיטיס לאוסטיאופורוזיס. את הרצאתה חיזקה **ד"ר שרון אלעד,** בפן של רפואת הפה. נושאים אלו הם חדשניים ביותר, ואנחנו, השיננויות, לא נחשפנו אליהם עד עתה.

ד"ר טייב, שהוא כבר מרצה ותיק בכנסים שלנו, עדכן אותנו בדרכי התמודדות מול גורמי סיכון למחלות חניכיים.

ד"ר עמית רותם הציע טיפים שיעזרו למטופל שלנו להפסיק לעשן. וראו זה פלא: כשעלה אחריו על דוכן המרצים **פרופ' גרפונקל**, שהתרשם מאוד מהרצאת קודמו, הוא הוציא חפיסת סיגריות מכיסו וזרק אותן לכל עבר. פרופ' גרפונקל הודיע קבל עם ועדה, לקול מחיאות הכפיים הסוערות שלנו, שלעולם לא ייגע יותר בסיגריה. מעניין אם הוא עומד בהבטחתו (נא לברר ולעדכן אותנו).

ד"ר מוטי פינדלר הדריך אותנו כיצד לטפל בחולים עם נטייה לדמם.

עדכונים ברפואת שיניים מונעת נתנה **פולט פוקס**, ואחרי הרצאתה התקיים פאנל בנושא מניעה, שאיפשר לכולן לשאול שאלות המטרידות אותן בעבודתן היומיומית ולקבל תשובות מוסמכות. הפאנל הורכב משיננויות האחראיות על לימודי השיננות בבתי הספר ברחבי הארץ, והנחתה אותו **גלית סימני**. השאלות היו רבות והזמן קצר, ולכן הוחלט לקיים דיון נוסף דרך האתר שלנו. הדיון התקיים ב־10 ביוני 2008 בשעות הערב, והיווה חוויה מיוחדת במינה. שיננויות מכל רחבי הארץ שאלו שאלות, ואחרות הציעו תשובות מיידיות. נקווה שיהיה המשך לחגיגה בעתיד.

כאשר ניתנה הבמה לחדשות אש"י, הוצגה בפנינו ההנהלה החדשה. נפרדנו בברכות, בפרחים, בתעודות ובנשיקות מ**יעל קרלין**, היו"ר היוצאת, וקיבלנו בברכה חמה את **דלית ארמוזה**, היו"ר הנכנסת, ואת חברות ההנהלה החדשות. אנחנו מאחלות להן הצלחה ועשייה פורייה. לפניהן עבודה רבה וקשה, בהתנדבות מלאה, כמובן, כדי להגשים את כל המטרות שהצבנו לפנינו במהרה בימינו.

לקהל קוראי עיתון אש"י

אני מנצלת במה זו כדי להיפרד מכם.

סיימתי את תפקידי כיו"ר אש"י לאחר שלוש שנות כהונה. לפני כן שירתי במשך שש שנים כגזברית האיגוד, ייצגתי את ישראל כדלגט בפדרציה הבינלאומית לשיננות וגם כיהנתי כמזכירת הפדרציה. כל התפקידים נעשו בהתנדבות, ללא כל שכר לצדם. כעת אני מתפנה לעניינים אחרים, בין השאר בתחום השיננות באפיק הבינלאומי, אך תמיד אשאר קשובה לשיננויות ולצורכיהן.

ברצוני להודות לכל האנשים הטובים שעשו אתי במלאכה.

נפגשתי עם רופאי שיניים ועם רופאים, עם אנשי ציבור וחברי כנסת, עם מנהלי מרפאות ומנהלי עסקים. הם תמיד היו קשובים והשתדלו להגיע לתוצאות חיוביות, למען השיננויות ולמען הקהל הרחב.

חברות דנטליות רבות נתנו חסות לפעילויות של אש"י. העבודה עם ראשי המחלקות בהן הייתה עניינית ונעימה.

אני מודה לחברי הוועד המנהל שעבדו אתי כל השנים, שתמיד היו קשובים ותמיד שמו את טובת השיננויות ואת טובת הציבור בראש סדר היום שלהם.

אני מודה למשפחתי שתמכה בי לאורך כל הדרך. ללא תמיכתם לא הייתי מתקדמת בדרך הזאת.

ובעיקר אני מודה לכן, שיננויות יקרות.

הרי אנו כאן כדי לשרת אתכן. תמיד הרגשתי בתמיכה שלכן (גם על ידי ביקרות בונה..), שמחתי לדבר בפניכן ולפגוש אתכן.

כבוגרת כיתת השיננות השנייה בארץ, גדלתי עם המקצוע והמקצוע התפתח יחד אתי. אני שמחה על כך שניצלתי את ההזדמנות והצלחתי להשפיע ולבנות יחד אתכן את המקצוע בארץ.

אני מאחלת לכן חיים מקצועיים ואישיים טובים.

תמיד אעמוד לשירותכן,

יעל קרלין

תקצירי ההרצאות בכנס

הקשר בין פריודונטיטיס לאוסטיאופורוזיס

פרופ' איילה שטבהולץ

אוסטאופורוזיס ופריודונטיטיס הינן שתי מחלות שכיחות המתפתחות לרוב בגיל מתקדם. יש עדויות לכך שבמתרפאים הסובלים מאוסטאופורוזיס נצפתה ירידה בצפיפות העצם האורלית. עובדה זו יכולה להשפיע על גישות מניעתיות וטיפוליות במרפאה הדנטלית. יתרה מכך, במתרפא המראה ירידה בצפיפות העצם תיתכן עלייה בסיכון להתפתחות פריודונטיטיס או להתקדמות פריודונטיטיס קיים, כמו גם אובדן שיניים וכישלון בקליטת שתלים דנטליים.

ההרצאה סיכמה את הידוע לנו על מחלת האוסטאופורוזיס והשפעתה האפשרית על אובדן עצם אורלי, התפתחות או התקדמות פריודונטיטיס והצלחת שתלים דנטליים. כמו כן, היא עמדה על השפעתן של שיטות טיפול מקובלות לאוסטאופורוזיס על הרקמות האורליות והפריודונטליות.

טיפול בחולים "מסורבי טיפול"

פרופ' אדי א. גרפונקל

- האם יש דרך לטפל בחולים מורכבים מבחינה רפואית?
- האם קיימת אפשרות להרחיב את פעילותנו הקלינית על ידי צירופם של חולים מורכבים מבחינה רפואית?
- האם אנחנו יודעים להתמודד עם מצבי חירום שמתפתחים אצל חולים אלה?

במסגרת ההרצאה הוצגו קבוצות החולים לפי דרגות הסיכון שנקבעו על ידי א.ס.א., כדי להקל בתהליך "קבלת ההחלטות". קבוצות החולים שנדונו בהרחבה כללו חולים שמקבלים תרופות אנטיקואגולנטיות (אספירין, קומדין).

- השימוש באדרנלין באלחוש מקומי מהווה נושא שבמחלוקת. האם מומלץ שאלחוש לפני טיפול חניכיים יכיל אדרנלין אצל חולים אלה?
- קבוצה רחבה של חולים סובלת מלחץ דם גבוה. מה קובעות וממליצות ההוראות החדשות בטיפול בחולים האלה? האם יכולה השיננית לטפל בהם?
- השימוש באמצעי הרגעה אצל חולים שבסיכון. תרופות וגז הצחוק מאפשרים טיפול "בטוח יותר" בחולים אלה.

דרכי התמודדות מול גורמי סיכון למחלות חניכיים

ד"ר יצחק טייב

בשנים האחרונות, הכותרות הראשיות והפופולריות בתחום רפואת השיניים בכל העולם הינן האסתטיקה והשתלים. תחומים חשובים ביותר כמו אבחון, מניעה וטיפולים שמרניים נדחקו לקרן זווית.

בשלב האנמנזה, הבדיקה ואיסוף הנתונים, יש חשיבות מכרעת לבניית תמונה פריודונטלית טובה ומלאה של המתרפא כתנאי להצלחת הטיפול. השיניות פוגשות בציבור מתרפאים רחב ובאופן די קבוע, ותפקידן חשוב בהתמודדות מול מחלות חניכיים. הסקירה כללה את הנושאים הבאים: הרקע להתפתחות המחלה הפריודונטלית, גורמי סיכון ראשוניים, משניים ומערכתיים, מנגנונים מיקרוביולוגיים ואנטיבקטריאליים, הצגות מקרים ומהלך טיפול נכון.

בכל מקום בו אתה נמצא אנחנו קרובים אליך...

הקיורטה הבלעדית של אמריקן איגל
המבטיחה סוף להשחזות

AMERICAN EAGLE

A.B.2000 LTD.

חדש!

קנה 3
וקבל 1 מתנה

דר' שפרלינג : "מתאימה מאוד לקריטאג' עמוק"

א.ב. 2000 בע"מ דרך בן צבי 84 (קומה 4) תל-אביב 68104 טל. (רב קווי): 03-6802828

עדכונים ברפואת שיניים מונעת

פולט פוקס, RDH

- חשיבות המצב התקין של הסביבה האינטרא־אורלית;
- אוכלוסיית החיידקים האורליים/מזון/גהות הפה;
- דרכים למוטיבציה לשמירת בריאות הפה;
- ייעוץ ספציפי לגבי עזרים וחומרים לטיפול ביתי.

ביספוספונטים - תמרור אזהרה לשיננית

ד"ר שרון אלעד

ביספוספונטים הם תרופות המשמשות לחיזוק העצם. הן נפוצות בשימוש בכמה מחלות, ביניהן באוסטאופורוזיס.

בשנים האחרונות התגלה שתרופות מקבוצת הביספוספונטים גורמות סיבוך קשה בלסת: Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. הביטויים שלו בפה מצביעים לרוב על נמק של הלסת. התופעה יכולה לגרום כאבים קשים והפרעה בתפקוד הפה. טרם נמצא טיפול לסיבוך זה.

מכיוון שלתרופות מקבוצת הביספוספונטים חשיבות רפואית רבה, אין כוונה להפסיק את השימוש בהן. על כן, על העוסקים בטיפול דנטלי בחולים הנוטלים ביספוספונטים בהווה או נטלו ביספוספונטים בעבר להתאים את תכנית הטיפול לרקע הרפואי.

ההרצאה עסקה בהתאמת תכנית הטיפול הדנטלית לקיומם של ביספוספונטים ברשימת התרופות של המטופל.

מה לעשות אם המטופל שלי מעשן?

ד"ר עמית רותם

כסמכות טיפולית הנמצאת ב"קו הראשון", השיננית נפגשת עם מעשנים. מתוך היכרות מעמיקה עם המטופלים ועם נזקי העישון, ביכולתה לסייע בידי המעשן להיגמל על בסיס הקשר הטיפולי, בדומה להתערבויות אחרות שהיא מבצעת.

ההרצאה כללה עדכון קצר לגבי נזקי העישון האקטיבי והעישון הכפוי וכן לגבי מנגנון ההתמכרות לניקוטין, על היבטיה הפיסיולוגים וההתנהגותיים. בהמשך נסקרו ההתערבויות המומלצות במפגש הראשוני עם המטופל המעשן, במסגרת מגבלות הזמן הקיימות במרפאה ("התערבויות קצרות מועד"), כולל מתן דוגמאות והמחשה. בהתאם לשיטת חמשת ה־"A" וחמשת ה־"R", הוצעה התייחסות מיוחדת למעשנים המעוניינים להיגמל בדרגות מוטיבציה שונות ואלה שאינם מעוניינים. עוד נסקרו השיטות המקובלות לגמילה מעישון – הטיפולים הפרמקולוגים ותחליפי הניקוטין והשיטות ההתנהגותיות.

טיפול שיניים לחולים עם נטייה לדמם

ד"ר מוטי פינדלר

בשנים האחרונות, הטיפול בתרופות הגורמות נטייה לדמם הפך שכיח. אוכלוסייה בסיכון למחלות לב, כמו גם חולי לב, מטופלים בתרופות המשבשות את תפקודן של טסיות הדם במטרה למנוע אירוע לבבי. חולים הסובלים מפרפור לב פרוזדורי כרוני חשופים לסיכון ללקות באירוע מוחי ולכן מטופלים בתרופות לשיבוש מנגנון הקרישה. בשל מספרם הגדל והולך של חולים המטופלים בנוגדי קרישה וטסיות והחשיבות הרבה שמייחסת הרפואה לטיפולים אלה, תעשיית התרופות עוסקת בפיתוח תרופות חדשות מקבוצות שונות, בעלות תפקוד דומה, שיאפשרו טיפול לאוכלוסיות רחבות יותר ביעילות טובה יותר.

מאחר שפלח ניכר מהמטופלים על ידי שיניות מטופל בתרופות הנוגדות קרישה, ומאחר שטיפול השיננית עלול לגרום ולעודד דמם מהחניכיים, נדרש מהשיננית הידע המתאים לטפל בחולים אלה, כמו גם מיומנות של טיפול מונע דמם ויכולת להתמודד עם דמם לאחר שאירע.

1/7/08 קורסי החייאה בחסות האיגוד התקיימו בירושלים ובבאר שבע

דרושה שיננית במשרה חלקית/מלאה למכירות ולשיווק מוצרים דנטליים ייחודיים באזורים שונים בארץ. רצוי רכב וטלפון סלולרי.

נא לשלוח קורות חיים
לפקס: 09-7418883
mail: yanai@bioline.co.il

24/6/08 ערב עיון בנושא: "טיפול בחולים מונשמים"
עם השיננית סינדי קליימן במלון דייויד אינטרקונטיננטל

אתגר חדש לשיננויות: שמירה על היגיינת הפה של מונשמים

סינדי קליימן, שיננית בכירה מאריזונה המטפלת במונשמים במטרה למנוע זיהומים משניים, השתתפה בשני מפגשים עם שיננויות בארץ וסיפרה על הנעשה בתחום חשוב זה

דלית ראם, R.D.H

סינדי קליימן, שיננית בכירה מאריזונה, הגיעה ארצה כדי להשתתף בכנס בינלאומי בנושא חולים מונשמים שהתקיים בחסות המרכז הרפואי "רעות". קליימן הרצתה בנושא "טיפול פה ומניעת דלקת ריאות בחולים מונשמים" (Oral care and prevention of V.A.P).

בנוסף, קליימן השתתפה בשני מפגשים עם שיננויות ישראליות, שהתקיימו ב־22 ביוני במלון דייויד אינטרקונטיננטל וב־24 ביוני בקיבוץ מעגן מיכאל, ושיתפה את הנוכחות בנעשה בתחום זה, שכלל אינו מוכר בארץ. היא גם הרצתה בפני תלמידי שיננות בבית הספר למדעי הבריאות וההתנהגות ובפני הצוות הרפואי והפרא־רפואי במרכז הרפואי "רעות".

סינדי קליימן עובדת כיום לצד אחיות מוסמכות במחלקה לטיפול נמרץ – מונשמים שבבית־החולים "בארוס" בפניקס, אריזונה. "בארוס" הוא בית החולים הנוירולוגי הגדול בארצות־הברית.

לדבריה, כאשר היגיינת הפה לקויה ויש הצטברות של חיידקים, הם עלולים לחדור דרך צינורית ההנשמה למערכת הנשימה הפנימית ולגרום זיהומים ואף מוות. כבר בתוך 48 שעות מרגע החדרת הצינורית, חיידקים שהיו בחלל הפה מועברים לתוך מערכת הנשימה. לאחר עשרה ימים, הזיהום הוא כמעט בלתי נמנע.

40%–20% מהלוקים בזיהום כזה ימותו ממנו. חשוב גם לזכור שהטיפול בזיהום מייקר מאוד את עלות השהייה של החולה בבית־החולים.

קליימן מלמדת את צוות האחיות כיצד לשמור על היגיינת פה תקינה, וביחד הן דואגות לבריאותו של החולה המונשם. היא אינה עוסקת בסקיילינג וברוט פליינינג במהלך עבודתה בבית החולים, אלא רק בסקירה של חלל הפה, צחצוח וניקוי. התהליך מתבצע בעזרת אחות, כאשר ניקוי הרקמות מתבצע מבפנים החוצה: מתחילים בשיניים מכיוון לינגואלי ועוברים ללשון, לחיך, לשיניים מכיוון לביאלי, ללחיים ולבסוף לשפתיים. התהליך אורך כעשר דקות לכל חולה.

קליימן גם עורכת מחקר מקיף בנושא, במטרה להוכיח ששמירה על פה נקי אכן מסייעת במניעה של זיהומים משניים ושל התדרדרות במצבו של החולה בשל דלקת ריאות (V.A.P).

מעט מאוד שיננויות ברחבי העולם עוסקות בתחום חשוב זה, המהווה נדבך נוסף בקשר שבין מצב סיסטמי כללי למצב החניכיים ובריאותם.

תודתנו שלוחה לסידני קליימן על הרצון הטוב ללמד ולהעשיר אותנו, השיננויות בישראל.

תודה גם למרכז הרפואי "רעות"; לד"ר דיצה גרוס, מארגנת הכינוס; למרים פרנקל, סמנכ"ל "רעות"; לחברת מילטקס וליעל קרלין – שדאגו להביא את סינדי לישראל.

ארצנו ידועה בריבוי נפגעי אסונות – מנפגעי תאונות דרכים ועד נפגעי מלחמות ופעולות איבה. יש בארץ לא מעט מונשמים צעירים, כמו גם ניסיון רב ורצון לשקמם. אש"י מכירה בצורך להחדיר את התחום לבתי החולים, כולל במחלקות למונשמים, ותפעל לקידומו בארץ.

דלית ראם - גזברית אש"י. השתתפה במפגש המעניין שהתקיים במלון דייויד אינטרקונטיננטל בתל אביב

פינוק עם "טבע"

200 שיננויות נהנו מערב מדעי-חברתי מפנק, ביוזמת חברת "טבע" ואיגוד השיננות

שרון פרידמן-יניב, R.D.H

ביום שלישי, 15 ביולי 2008, התקיים ב"סטוקו" בתל-אביב ערב מדעי-חברתי ביוזמת "טבע" ואש"י.

האירוע היה צ'ופר אמיתי, ללא תשלום. מספר המקומות היה מוגבל, ומי שנרשמה והיא חברה באיגוד השיננות – פשוט זכתה! חברות איגוד השיננות מירושלים וממודיעין גם זכו בפינוק בדמות מיניבוס, שהאיגוד ארגן כדי להסיענו לאירוע וממנו.

כ-200 שיננויות מכל הארץ התכנסו במסעדה הגדולה. בקבלת הפנים הוגשו קוקטיילים ומשקאות חמים וקרים, באווירה נפלאה וחגיגית. שוב זכינו לפגוש בחברותינו השיננויות, לפטפט וליהנות זו מזו.

בארוחת הערב הוצע מזנון ובו שלל מאכלים טעימים ומגוונים. לאחר מכן התכנסנו בחלקה האחר של המסעדה, שהיה ערוך למתן הרצאות.

יו"ר אש"י ונציגת חברת "טבע" פתחו בדברי ברכה, ומיד לאחר מכן התחילה הרצאתו של ד"ר מאיר רדלין, מומחה ליישור שיניים ולסתות ומרצה בכיר במחלקה לאורתודונטיה שבפקולטה לרפואת שיניים באוניברסיטה העברית, הדסה ירושלים. ד"ר רדלין, הידוע כמי שתומך בקידומו של מקצוע השיננות, דיבר על תפקיד השיננית במהלך טיפול אורתודונטי בהיבט חינוכי ארוך טווח. בהרצאה שולבה מצגת שהדגימה את חיוניותו של תפקיד השיננית בטיפול האורתודונטי. ד"ר רדלין הדגיש כי לעולם לא יתחיל טיפול אורתודונטי מבלי שהמטופל עבר טיפול והדרכה קפדנית אצל שיננית. לדבריו, טיפול מניעתי זה חשוב ביותר להצלחתו של התהליך.

ד"ר אלון וקסלה, המנהל המדעי בתחום הדנטלי של חברת "טבע", הרצה בנושא פלואוריד־ציה נוספת במטופלים בסיכון מוגבר לעששת. הוא הסביר את החשיבות של מתן פלואור ודיבר על הנחיות לאפליקציה וחידושים נוספים בשוק התכשירים המופלרים של חברת "טבע".

בשלב זה יצאנו להפסקת "מתוקים" עשירה, אשר חיממה אותנו לקראת "הדובדבן שבקצפת"...

לבמה עלתה ד"ר איריס בר־און המפורסמת, בהצגת סטנד־אפ בנושא מיניות, זוגיות וריח... צחקנו המון ונהנינו מאוד!

ביציאה זכינו בשי מטעם חברת "טבע".

אש"י ממשיך לקיים ערבים, אירועים, ימי עיון וכנסים, בשיתוף עם חברות דנטליות שונות. אנא התעדכנו באתר האינטרנט של האיגוד, כדי שתוכלו להירשם בזמן וליהנות משלל פעילויות ומפגשים.
להתראות באירועים הבאים! www.idha.org.il

מחלות חניכיים והבריאות שלך

ד"ר שלמה ויאה

בשנים האחרונות הולך ומתברר הקשר שבין השמירה על בריאות החניכיים לבריאות הכללית שלנו. בכתבה זו ננסה להסביר את האופי והמהות של הקשר הזה.

עד שנות ה־30 של המאה הקודמת התייחסה הרפואה לשיניים כאל מוקדי זיהום פוטנציאליים. כתוצאה מיחס זה נעקרו שיניים רבות באנשים שסבלו ממחלות חניכיים או עששת, ותותבות שלמות היוו פיתרון מקובל לחוסר שיניים כבר בעשורים הרביעי והחמישי לחיים.

ההתקדמות הטכנולוגית לקראת אמצע המאה העשרים לא פסחה על רפואת השיניים. אמצעים ושיטות טיפול חדשים אפשרו טיפול בשיניים שבעבר לא היה אפשר לשמרן. מחקרים על קבוצות אוכלוסייה גדולות גם הראו שאפשר לשמור שיניים כאלו ללא נזק מאובחן לגוף, וכך הלכה ונשכחה התיאוריה הגורסת כי שיניים פגועות הן מוקדי זיהום.

בסוף שנות השמונים הבחין מתמחה צעיר בקרדיולוגיה בעובדה שמספר רב יחסית של אנשים המגיע לחדר המיון עם אוטם חריף בשריר הלב סבל ממה שנראה כבריאות פה לקויה. הוא הרחיב את המעגל והשווה את הממצאים בחולים אלו לממצאים באוכלוסייה בריאה בקהילה, ומצא שאכן שיעור הסובלים ממחלות חניכיים ועששת באוכלוסיית חולי הלב היה גבוה משמעותית משיעור הסובלים מהמחלה באוכלוסייה הכללית.

עבודות נוספות רבות שבוצעו מאז ועד היום מצביעות על כך שאכן קיים קשר בין מחלות חניכיים שאינן מטופלות למחלות לב כליליות, שבץ מוחי, סוכרת, מחלות ריאה, לידה מוקדמת ומשקל יילוד נמוך ועוד שורה של מחלות.

מדוע קיים הקשר בין מחלות חניכיים למחלות אלו?

ככל הידוע לנו היום, הקשר בין מחלות אלו למחלות חניכיים קיים עקב הדלקת. מחלות חניכיים הן מחלות זיהומיות ביסודן: המחלה נגרמת על ידי חיידקים הנמצאים בתוך כיס החניכיים ומפרישים רעלנים. החיידקים ותוצריהם הרעילים גורמים לתגובה חיסונית של הגוף. בניגוד למה שאולי מקובל לחשוב, התגובה של המערכת החיסונית כלפי המתרחש בכיסי החניכיים היא קשה ורצינית. החיידקים שנמצאים בכיס מפרישים רעלנים

ד"ר שלמה ויאה - מומחה לפריודונטיה ושתלים, היו"ר היוצא של האיגוד לפריודונטיה ואוסאואינטגרציה.

חזקים מאוד (כמות קטנה של רעלנים כאלו המוזרקת לווריד יכולה לגרום למוות) והגוף מגייס את מלוא עוצמתה של המערכת החיסונית שלו כדי להילחם בהם. התגובה של הגוף מתבטאת בדלקת מקומית סביב החניכיים; זו הדלקת המתבטאת בדימום, הפרשות מוגלה וריח רע מהפה ורק לעתים רחוקות בכאב. אולם העומס שגורמת התגובה במקום למערכת החיסונית מתבטא גם בהעלאת רמת התגובה הדלקתית של הגוף כולו. אירועים רבים המתרחשים בגוף נגרמים על ידי תהליכי דלקת, והעלאת רמת הדלקת בגוף עלולה לגרום לזירוז התהליכים הללו או להגדלת הסיכוי להתרחשותם.

לדוגמה, דלקת היא גם תהליך הכרחי בדרך ליצירת טרשת עורקים. תאי האנדותל – השכבה הפנימית של כלי הדם – רגישים מאוד לכל דלקת, וזו יכולה להיגרם בין השאר על ידי עלייה ברמת השומנים בדם. עלייה זו גורמת להפרשה של חומרים שונים (ציטוקינים), הגורמים בסופו של תהליך ליצירת משקעים בכלי הדם. סתימת כלי הדם או שחרור של משקע כזה לזרם הדם וסתימת כלי דם אחר היא שגורמת לאירוע לב חריף או לשבץ מוחי. תאים אלו רגישים גם לאותם רעלנים המופרשים על ידי החיידקים הגורמים למחלת החניכיים, והתגובה שלהם כלפי אותם רעלנים דומה במנגנון שלה לתגובה לכל גורם דלקת אחר.

הקשר בין מחלות חניכיים למחלות אחרות

מחלות לב ושבץ מוחי

החל מסוף שנות השמונים נערכו מחקרים רבים הבודקים את הקשר שבין מחלת חניכיים למחלות לב ולשבץ מוחי. בכל המחקרים נמצא שהסיכון להתקף לב או לשבץ מוחי בחולים במחלת חניכיים הוא כפול ויותר מהסיכון הקיים באוכלוסייה רגילה. יתרה מזאת, בסקר בריאות ותזונה שנערך באוכלוסייה אמריקנית נמצא קשר בין חומרת מחלת החניכיים לסיכון לחלות במחלת לב בחולים מעל גיל 40. הסיכון ללקות בהתקף לב היה גדול פי 10 בחולים עם מחלת חניכיים חמורה לעומת אלו שלא סבלו ממחלת חניכיים.

סוכרת ומחלת חניכיים - סיכון הדדי

סוכרת היא מחלה הגורמת נזקים למערכות רבות בגוף, בעיקר בשל הנזק המצטבר הנגרם לכלי הדם. שכיחות המחלה עולה בהתמדה והיא מכונה "המגפה של המאה". גורמי הסיכון למחלה הם תורשתיים, סביבתיים והתנהגותיים. כידוע, שמירה על רמת סוכר תקינה ויציבה ככל האפשר בדם היא התנאי למניעת הנזקים הנגרמים מן המחלה. מחקרים רבים מצביעים על קשר בין מחלת חניכיים לסוכרת. שיעור ניכר של הסובלים מסוכרת סובלים גם ממחלת חניכיים. מחקר שנערך בקרב אינדיאנים משבט פימה, הידועים כסובלים מסוכרת על רקע תורשתי, מצא שכ־60% מהחולים סבלו גם ממחלת חניכיים. חומרתה של מחלת החניכיים הייתה ביחס ישר ליכולתם של חולי הסוכרת לשמור על רמת סוכר מאוזנת בגופם. בנוסף לכך, מחקרים הראו שמחלת חניכיים לא מטופלת עלולה לסכן את יכולת הגוף לאזן את רמת הסוכר ובכך למנוע את הסיבוכים שהם תוצאת המחלה. לעומת זאת, טיפול מסודר במחלה החניכיים, ששילב טיפול מקובל יחד עם טיפול אנטיביוטי, הביא לשיפור ביכולתם של החולים לאזן את רמת הסוכר ועל ידי כך להקטין את הסיבוכים הנובעים מסוכרת.

סיבוכים הקשורים בהיריון ובלידה

לידה מוקדמת (לפני השבוע ה־37 להיריון) ולידת יילוד במשקל נמוך (קטן מ־2.5 ק"ג) מהוות כ־10% מסך כל הלידות בעולם המערבי. לעתים קרובות סובלים יילודים אלו מסיבוכים שונים, ושיעור התמותה בקרב קבוצה זו של יילודים הוא גבוה יחסית. רק למחצית ממקרים אלו אפשר לייחס גורם ברור וידוע.

מחקרים שנערכו בקבוצות גדולות של נשים בהיריון הראו קשר בין מחלת חניכיים ללידה מוקדמת וללידת יילוד במשקל נמוך. נמצא שהסיכון ללידה מוקדמת גדול פי 4.5 עד 7, ובמחקרים אחרים עד פי 10, בנשים שסבלו ממחלת חניכיים לעומת נשים בריאות. נמצא גם שהחמרה של מחלת החניכיים תוך כדי ההיריון הביאה לעלייה בסיכון זה.

מחלות ריאה

מחקרים שנערכו בקבוצות גדולות הראו קשר בין מחלות ריאה כרוניות, דלקות ריאה ומחלות חניכיים. במחקר באותו סקר בריאות ותזונה שנערך באוכלוסייה אמריקנית וצוין קודם, נמצא שמחלת חניכיים מגבירה את הסיכון לחלות במחלת ריאה כרונית. הגדלת הסיכון הייתה ביחס ישר לחומרת המחלה, עד פי 1.5 לעומת אוכלוסייה בריאה.

הסיבה לקשר בין מחלות אלו נעוצה כנראה באפשרות של שאיפת חיידקים, שמקורם בסביבת הפה וכיסי החניכיים, למערכת הנשימה.

אוסטיאופורוזיס

אוסטיאופורוזיס נחשבה בעבר כחלק נורמלי מתהליך ההזדקנות, ממש כמו אובדן שיניים. מחלה זו מתקדמת עם הגיל וגורמת לדילול מסת העצם וצפיפותה בכל עצמות הגוף. בשלב מתקדם היא עלולה לגרום שברים ספונטניים בעצמות. שברים אלו והטיפול בהם עלולים לגרום למטופל סיבוכים ונכות, ובמקרים לא מעטים אף מוות. עם העלייה בתוחלת החיים גדלות גם שכיחות המחלה והשלכותיה על בריאות האוכלוסייה.

מחלת חניכיים דומה למחלה זו, שכן גם במחלת חניכיים קיים אובדן של עצם והיא מתקדמת עם העלייה בגיל. מחקרים רבים הראו שדילול של מסת העצם אינו פוסח על הלסתות, והוא גורם לאובדן עצם התומכת בשיניים. מחקר שנערך בארה"ב, על קבוצה של למעלה מאלף נשים, מצא שקיים קשר בין אוסטיאופורוזיס לבין מחלת חניכיים. גם כאן נמצא קשר בין חומרת מחלת האוסטיאופורוזיס לבין חומרת מחלת החניכיים.

לסיכום, ההבנה הגדלה של המנגנונים הגורמים להתפתחות מחלות רבות חושפת קשר רב משמעות בין מחלות אלו לבריאות הפה והחניכיים. המחקרים מראים שמניעת מחלת חניכיים וטיפול בה עשויים לסייע בהפחתת התמותה והנזק הנגרם על ידי מחלות אלו, ולגרום בכך לשיפור תוחלת החיים ואיכותם.

הפלרת מי השתייה - הישג משמעותי לבריאות הציבור

ד"ר חיים רוטברט

הקדמה

נושא ההפלרה של מי השתייה נמצא על סדר היום של אנשי בריאות הציבור בעולם מזה למעלה מ־60 שנים. במהלך השנים הצטבר מידע רב, יציב ובעל מהימנות ותוקף גבוהים אודות ההשפעות המיטיבות של תוספת פלואור למי השתייה למניעת עששת – בקרב ילדים ומבוגרים כאחד. מאז שנות ה־40, שבהן הוחל בהפלרת מי השתייה בארה"ב, גם נאגר מידע אודות היותה שיטה בטוחה, בעלת חישובי עלות–תועלת גבוהים ושוויונית לגבי כל רובדי האוכלוסייה.

כיום, רבות מארצות אירופה – המשתייכות לשוק האירופי המשותף ושמחוצה לו – וארצות מפותחות ומתפתחות רבות, אימצו את השיטה. מאות מיליוני תושבים נהנים מאספקת מים מועשרים בפלואוריד בכ־60 מדינות. בשנת 2002, כ־2/3 מאוכלוסיית ארה"ב, כ־170 מיליון תושבים, קיבלו אספקת מים מופלרים. בישראל, כ־68% מהתושבים נהנים מאספקת מים מופלרים.

רקע

פלואור הינו יסוד הלוגני אוניברסלי המצוי באופן טבעי בריכוזים שונים בקרקע, במים ובאוויר. המקור העיקרי לאספקת הפלואור לבני האדם הוא במי השתייה.

מוכרות רצועות גיאוגרפיות שבהן ריכוזי הפלואור הטבעי במים הינם גבוהים במיוחד, עד 45 מ"ג/ליטר ויותר. ביניהן רצועה המשתרעת לאורך עמק הירדן–סודן–אתיופיה–אוגנדה–קניה–טנזניה, חלקים בדרום ארה"ב וחלקים בדרום אירופה, בדרום ברה"מ, הודו וסין.

החשיפה הנשימתית לפלואור המצוי באוויר הינה בדרך־כלל בריכוזים נמוכים מאוד, הנעים בסביבות 0.05–1.9 מק"ג/מ"ק. במקומות שבהם יש ייצור ושימוש בדשנים על בסיס זרחן או שימוש בפחם עתיר פלואור לשריפה ולחימום ביתי, וכן במקומות עם פעילות וולקנית, ריכוזי הפלואור באוויר עלולים להיות גבוהים משמעותית. בסין נמדדו ריכוזים של 16–46 מק"ג/מ"ק של פלואור באוויר.

בעוד שההימצאות הטבעית של פלואור במוצרי מזון ומשקאות הינה לרוב בריכוזים נמוכים מאוד, תיתכן חשיפה מוגברת לפלואור עקב שימוש במוצרים דנטליים המועשרים בפלואור לצורך הפחתת היארעות עששת השן. משחות שיניים מכילות פלואור בריכוז של 1–1.5 גרם/ק"ג. תמיסות מי פה וג'ל למריחה על השיניים מכילות 0.25–24 גרם/ק"ג פלואור וטבליות פלואור הן במינונים של 0.25–1.0 מ"ג. ההערכה היא כי בליעת משחת שיניים על ידי ילדים יכולה לתרום לתוספת של 0.5 עד 0.75 מ"ג פלואור ליום (האגף לבריאות השן של משרד הבריאות פרסם נוהל מעודכן של "הנחיות לשימוש בתכשירי ובתוספי פלואוריד").

עששת היא מחלה המשפיעה על בריאות התושבים ומהווה בעיה בעלת חשיבות לבריאות הציבור. בארצות המתועשות, 60%–90% מהילדים בגיל בית־הספר סובלים מעששת, וגם רובם המכריע של המבוגרים (1).

נראה שבעת הזו, ברובה של יבשת אפריקה מחלת העששת הינה פחות נפוצה ופחות חמורה, אך לאור השינויים בתנאי המחייה והרגלי התזונה המתרחשים שם, המומחים צופים עלייה ניכרת בהיארעות העששת במדינות מתפתחות רבות. הסיבות העיקריות לעלייה צפויה זו בתחלואה הן הגברת הצריכה של סוכר וחשיפה בלתי מספקת לפלואוריד (1).

ההיסטוריה של הפלרת מי השתייה הינה דוגמה קלאסית לתצפיות קליניות שהובילו למחקרים אפידמיולוגיים ולתכניות התערבות קהילתיות של אנשי בריאות הציבור. עם הגעת ד"ר מקיי לאזור קולורדו, שם פתח את מרפאת השיניים שלו בשנת 1901, הבחין בהכתמה חומה קבועה של השיניים בקרב רבים מתושבי האזור. תופעה זו כונתה בפיו "הכתמה חומה של קולורדו", ובהמשך כונתה "זיגוג מנומר" (mottled enamel). ברבות השנים, המינוח להשפעת מינון היתר שונה לפלואורוזיס (fluorosis). לאחר שנות מחקר

ד"ר חיים רוטברט – M.D M.P.H, מתמחה בבריאות הציבור, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, מחוז צפון.

פורסם ב"MEDICAL", מגזין הרופאים בישראל, גיליון מס' 18, מאי-יוני 2008, עמ' 50-52.

שטח ושיתוף פעולה עם חוקרים נוספים הסיק ד"ר מקיי שמרכיב לא מזוהה במי השתייה גורם לתופעה. במקביל הבחין כי השיניים המוכתמות עמידות יותר בפני פגעי העששת (2). בשנת 1931, בעקבות בדיקות מים של כימאי (Churchill) מחברה לייצור סירי אלומיניום שפעלה באזור (Aloca) וחששה להאשמתה בתופעה, התבססה הדעה שאומנם הפלואור הוא הגורם האטיולוגי להכתמת השיניים. בה בעת הוכח קיום קשר של יחס הפוך חזק בין הימצאות פלואורוזיס והימצאות עששת השן (3). בעקבות הצטברות המידע הנ"ל, בשנת 1945 הוחל במחקר "מקרה–ביקורת" עתידני, שבו השוו את שיעור ההימצאות של עששת בקרב תושבי ארבע ערים בארה"ב שמי השתייה שלהן הופלרו לריכוז של 1.0–1.2 מ"ג/ליטר, עם תושבי ארבע ערים סמוכות להן שקיבלו מי שתייה טבעיים עם רמות פלואור נמוכות. אחרי כ־15 שנות מעקב ובדיקות, נמצא ששיעור הימצאות העששת פחת ב־50%–70% בקרב ילדי הקהילות שניזונו ממים מופלרים (4, 5).

בשנת 1962 נוסחה המלצת משרד הבריאות האמריקני (6) לגבי הריכוז המיטבי של פלואור במי השתייה. המומחים הסכימו כי הוא צריך לעמוד על 0.7–1.2 מ"ג/ליטר (או חלקיקים למיליון, ppm), וכי על הרשויות המוסמכות המופקדות על הנושא לפקח ולבקר כי אספקת הפלואור במי השתייה הינה בטווח המומלץ והבטוח.

ועדות המומחים והמחקרים בעולם בנושא מדגישים כי הפלרה (מלאכותית) הינה למעשה התאמה של ריכוזי הפלואוריד המצויים במים בעולם באופן טבעי, בהיות הפלואור יסוד אוניברסלי נפוץ בטבע (6, 7).

מחקרים מדעיים ראויים רבים, אשר בוצעו ברבות השנים, מצביעים באופן מבוסס, עקבי ומכריע על הבטיחות והיעילות שבהפלרת מי השתייה בשמירה על בריאות הפה והשיניים של ילדים ומבוגרים (מניעת עד 65% מהחורים בשיני החלב ועד 35% בשיניים הקבועות). מקובל לומר שכ־20%–40% מהיארעות העששת נמנעים בעקבות הפלרת מי השתייה, גם בעידן זה של זמינות פלואור ממקורות נוספים. זאת לצד חישובי העלות–תועלת (Cost-Effectiveness), המורים על הפלרה כאמצעי יעיל מבחינת בריאות הציבור, למניעת פגיעה בבריאות הפה והשן. הערכת העלויות של הפלרת מי השתייה היא של כ־0.5–3$ (דולר ארה"ב) לשנה לאדם, וכל 1$ המושקע בהפלרה יחסון כ־38$ מעלויות טיפולי שיניים עתידיים (8, 9).

למרות ההסכמה הכלל־עולמית על ההשפעה המיטיבה של ההפלרה על בריאות השן, בעולם ובארץ חסר מידע באיכות מדעית גבוהה מספיק לשלילה מוחלטת וחד־משמעית של השפעות בריאותיות שליליות אפשריות לטווח הארוך. המידע אודות אלטרנטיבות ואסטרטגיות אחרות למניעת עששת (כדורי פלואור, משחות שיניים המכילות פלואור, הפלרת מלח וחלב...), לוקה אף הוא בחסר

לצד הצהרת ה־CDC (Center for Disease Control and Prevention), שהפלרת מי השתייה היא אחד מעשרת ההישגים של בריאות הציבור במאה העשרים (10), וטיעוני איגוד רופאי השיניים האמריקני (ADA, American Dental Association) שההפלרה הינה האמצעי הבודד החשוב ביותר למניעת עששת, ולמרות השיפור המתמיד במניעה ובצמצום של שיעורי העששת בעולם, הבעיה עדיין קיימת בקרב רבים מתושבי העולם ובעיקר באוכלוסיות חלשות (7).

התכנית "Healthy People 2010" של ה־CDC הציבה בין מטרותיה להגיע עד שנת 2010 לשיעור של לפחות 75% מהאוכלוסייה שייהנו מהיתרונות של אספקת מים מופלרים בריכוז מיטבי (11).

דעותיהם של המומחים האירופיים דומות לאלו של עמיתיהם האמריקניים מה־CDC, של ארגון הבריאות העולמי (WHO, World Health Association), ושל ה־ADA (7, 9, 12).

בשנת 2005, בכינוס של אנשי בריאות הציבור והשן מארצות השוק האירופי המשותף בחסות החברה הבריטית להפלרה (BFS, British Fluoridation Society), הובעה ההכרה בתפקיד המרכזי של ההפלרה בהפחתה ובצמצום של שיעורי העששת ובחיסכון במשאבים ציבוריים (חיסכון בטיפולי שיניים, הקטנת כמות הסטודנטים לרפואת שיניים וסגירת אוניברסיטאות).

בארצות השוק המשותף באירופה, כ־12 מיליון תושבים הנהנים מיתרונות ההפלרה. במדינות אירופיות אחרות בחרו לספק את הפלואור לאוכלוסייה דרך מלח הבישול (אוסטריה, צ'כיה, צרפת, גרמניה, הונגריה, סלובקיה, ספרד) או כתוסף לחלב (13).

מדירוג של מצב העששת בילדים בני 5–7 שנים באירופה עולה כי ילדי אירלנד נמצאים במצב הטוב ביותר. ייתכן כי ממצא זה קשור לכך שבאירלנד מפלירים משנת 1964, וכיום נהנים מהפלרה כ־65% מהאוכלוסייה (14).

ועדה מאוניברסיטת יורק בבריטניה, שהוסמכה על־ידי הממשלה ובחנה את סוגיית ההפלרה תוך סקירה ובדיקה של כאלף מחקרים שפורסמו במהלך השנים ברחבי העולם, הסיקה כי:

- הפלרת מי שתייה מפחיתה את היארעות עששת השיניים בכ־15%;
- לא נמצא מידע מדעי אמין הקושר בין הפלרה לבעיה רפואית כלשהי;
- הפלרה בריכוזי פלואוריד גבוהים קשורה בסיכון מוגבר לפלואורוזיס כבעיה אסתטית של השיניים (סיכון זה עלול להיות גבוה יותר באזורים שבהם רמות הפלואור הטבעיות במים גבוהות, לעומת הסיכון הנמוך יותר באזורי הפלרה מלאכותיים) (14).

בשנת 2006, הסוכנות להגנת הסביבה (EPA, Environmental Protection Agency) של המועצה הלאומית למחקר של ארה"ב פרסמה סקירה אודות פלואור במי השתייה, שבחנה את הרעילות האפשרית, הנתונים האפידמיולוגיים והנתונים הקליניים שהצטברו בנושא מאז הדו"ח הקודם של אותו גוף בשנת 1993. ועדת המומחים קבעה פה אחד כי יש לשנות את תקן רמת הפלואור המותרת במי השתייה (MCLG, Maximum Containment Level Goal) לרמה נמוכה יותר מהתקן הנוכחי העומד על 4 מ"ג/ליטר, שכן התקן הנוכחי מציב ילדים בסיכון לפתח פלואורוזיס שן קשה ואינו מבטיח להם הגנה בפני שברים. עם זאת, דו"ח זה ומחקרים נוספים מדגישים כי ההשפעות השליליות של הפלואור על הבריאות מתרחשות רק בעקבות חשיפות ממושכות, במשך שנים ארוכות, לריכוזי פלואור גבוהים של מעל 4–10 מ"ג/ליטר, באזורים עם ריכוזי פלואור טבעי גבוהים בקרקע ובמים ובחשיפות תעסוקתיות ייחודיות (מכרות, תעשיית מתכות), ולא עקב שימוש בפלואור במינונים המקובלים לצורכי מניעה של עששת השן.

להלן מצאיהם הפרטניים – לפי מערכות גוף ובעיות רפואיות שיוחסו לתוספת הפלואור למי השתייה:

פלואורוזיס השן הינה תופעה עם קשר מנה–תגובה, כאשר עיקר השפעת החשיפה למינון יתר של פלואור מתבטא בבעיה אסתטית לא חמורה.

אומנם מוערך שבאזורים נרחבים בהודו ובסין מיליוני אנשים סובלים מפלואורוזיס של השלד, אך כאמור מדובר באזורים אנדמיים, שבהם ריכוזי הפלואור בקרקע ובמים הינם גבוהים במיוחד, מעל 10 מ"ג/ליטר. בכמה מחקרים אפידמיולוגיים נצפה סיכון מוגבר לשברים בעצמות כשהשוו אוכלוסיות חשופות לריכוזי פלואור של 4 מ"ג/ליטר ויותר (בעיקר כטיפול לאוסטיאופורוזיס), בהשוואה לחשיפה לרמה של 1 מ"ג/ליטר. נמצא שתוספת פלואור יכולה להגביר את מסת העצם, אך זו מתבררת כחלשה יותר ליחידת

נפח. מחקרים בחיות מעבדה לגבי השפעות שליליות של פלואור על מערכות הרבייה (הפלות ספונטניות או קשר עם מומים מולדים) שללו קיום קשר סיבתי עם צריכת מי שתייה מופלרים וקבעו שאלה עלולים להתרחש רק בריכוזים גבוהים מאוד, שלא סביר שהאוכלוסייה האמריקנית תיחשף אליהם. כמה מחקרים מסין דיווחו על רמת משכל (IQ) נמוכה יותר בילדים החשופים לרמות פלואור בטווח הריכוזים 2.5–4 מ"ג/ליטר. רוב ההשפעות האנדוקריניות שנצפו היו בעקבות חשיפה לרמות פלואור גבוהות, והיו בעיקר תת־קליניות ללא השפעה שלילית על בריאות הנחקרים. פרט למאמרי תיאור־מקרה, ובחיות מעבדה בחשיפות לריכוזי פלואור גבוהים מאוד, לא נמצאו מחקרים של השפעות הפלואור בבני אדם על מערכת העיכול, הכליות, הכבד והמערכת החיסונית. ממצאי המחקרים על רעילותו של הפלואור לחומר התורשתי ועל הקרצינוגניות של הפלואור (genotoxicity and carcinogenicity) מעורבים וסותרים. מחקר בודד (15), שטען לקשר אפשרי עם היארעות סרטן העצם (Osteosarcoma), לא אושר במחקר חוזר.

מחקרים אפידמיולוגיים אחרים לגבי הקשר שבין היארעות סוגי סרטן שונים לחשיפה לפלואור ממי השתייה לקו במגבלות מתודולוגיות מהותיות והיו בעלי מסקנות סותרות ומנוגדות. כנ"ל לגבי הפוטנציאל של הפלואור לקדם תהליכים סרטניים באופן כללי (16).

מחקרים אחרים שללו קיום קשר סיבתי בין צריכת מי שתייה מופלרים והפלות ספונטניות או מומים מולדים ובעיות התפתחותיות אחרות.

המסקנה העולה מהממצאים הנ"ל היא כי לא נמצא ביסוס מדעי לטענות ולחששות לגבי סיכוני הפלרת מי השתייה כסיבה לפלואורוזיס של העצמות ושברים פתולוגיים באגן ובעצמות אחרות, או כגורמים אטיולוגיים של מחלות ממאירות למיניהן (14).

המצב בישראל

בסקר משנות ה־70 שנערך בילדים יהודיים בני 12 בבתי־ספר ברחבי הארץ, נמצא כי בצפון הארץ ריכוז הפלואור הטבעי במים נמוך יותר מאשר בדרומה ושיעור היארעות העששת בילדים נמצא ביחס הפוך לרמת הפלואור הטבעי במי השתייה (17). מחקרים אפידמיולוגיים נוספים חיזקו את ההכרה בתרומה של הפלרת מי השתייה להפחתה בשיעורי העששת בישראל (18).

בישראל הוחל בהפלרת מי השתייה בשנת 1982 בירושלים ובשנת 1983 בקיבוץ עין־החורש. כיום, כ־68% מתושבי המדינה מקבלים אספקת מים מופלרים (19).

בשנת 1998 אישרה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת תקנה המחייבת את ספקי המים להפליר את המים המסופקים ליישובים בני 5000 תושבים ומעלה (20). בשנת 2005, תת הוועדה הכימית של הוועדה לעדכון תקנות איכות מי השתייה – ועדת עדין, הביעה את תמיכתה בהמשך חובת ההפלרה (21).

ועדת נתניהו, שבדקה את תפקודה ואת יעילותה של מערכת הבריאות בישראל (בשנת 1990), המליצה על האצת התהליך של אספקת מי שתייה מופלרים בכל הארץ ועיגונה בחקיקה של חובת הרשויות לעשות כן (22).

בעת דיון בבית המשפט העליון בעתירה נגד ההפלרה (בשנת 2002) יעצו השופטים לעותרים למשוך את עתירתם ולבסס את טיעוניהם הבריאותיים והסביבתיים על מחקרים מדעיים שיוכרו בקהילה המדעית. גם ועדת עדין הנ"ל המליצה על תקצוב מחקר ארוך טווח ודיון מחודש בנושא ההפלרה מחובה בעוד כחמש שנים.

סיכום

הפלרת מי שתייה מתבררת כשיטה בטוחה ויעילה למניעה ולהפחתה של עששת השן באוכלוסייה, עם חישובי עלות–תועלת חיוביים. יש לפעול לקידום הידע והמודעות של התושבים בנושא ולהגברת יישומו.

במהלך המאה ה־20 אומנם נצפתה הפחתה בשיעורי היארעות העששת בעולם, בעיקר במדינות שנקטו באמצעים לאספקת פלואור לתושביהן, אך מחלה זו, שהינה ברת־מניעה, עדיין נפוצה מאוד. למרות ההסכמה הכלל־עולמית על ההשפעה המיטיבה של ההפלרה על בריאות השן, בעולם ובארץ חסר מידע באיכות מדעית גבוהה מספיק לשלילה מוחלטת וחד־משמעית של השפעות בריאותיות שליליות אפשריות לטווח הארוך. המידע אודות אלטרנטיבות ואסטרטגיות אחרות למניעת עששת (כדורי פלואור, משחות שיניים המכילות פלואור, הפלרת מלח וחלב...), לוקה אף הוא בחסר.

גופים מחקריים יוקרתיים, וגם המחבר, מצטרפים להמלצות להמשך המאמצים להסרת המחסומים להרחבת ההפלרה ולצמצום ההתנגדויות לנושא, תוך המשך החקירה של הנושא מכל היבטיו והקצאת משאבים ותקציבים ראויים לתכניות קידום בריאות, להקצאת כוח אדם מקצועי ומיומן לתפעול מערכות ההפלרה ולחיזוק מערכות הפיקוח והבקרה על אספקת הפלואוריד במינונים הבטוחים.

מקורות

1. Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 319-21.

2. McKay FS. Relation of mottled enamel to caries. J Am Dent A 1928;15:1429-37.

3. Dean HT. Endemic fluorosis and its relation to dental caries. Public Health Rep 1938;53:1443-52.

4. BA, Eklund SA. Dentistry, dental practice and the community. 5th ed. Philadelphia, Pennsylvania: WB Saunders, 1999.

5. Dean HT, Arnold FA, Jay P, Knuston JW. Studies on mass control of dental caries through fluoridation of public water supply. Public health rep 1950; 65: 1403-8.

6. Public Health Service. Public Health Service drinking water standards- revised 1962. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare, 1962. PHS publication no. 956.

7. http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/fluoride2.asp

8. Lennon MA. One in a million: the first community trial of water fluoridation. Bull World Health Organ 2006; 84(9): 759-60.

9. http://www.cdc.gov/fluoridation/index.htm

10. CDC. Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. MMWR 1999; 48(41): 933-940.

11. http://www.healthypeople.gov/document/html/volume2/21oral.htm

12. http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ fluoride_drinking_ water_full.pdf

13. http://www.bfsweb.org/documents/Reviews.pdf

14. McDonagh M, Whiting P, Bradley M, Cooper J, Sutton A, Chestnut I et al. A systemic review of public water fluoridation. York: The University of York NHS Center for Reviews and Dissemination; 2000. Report 18:214.

15. Bassin EB, Wypij D, Davis RB, Mittleman MA. Age-specific fluoride exposure in drinking water and osteosarcoma (United States). Cancer Causes Control (2006) 17:421-428.

16. Fluoride in Drinking Water: A Scientific Review of EPA's Standards Committee on Fluoride in Drinking Water, National Research Council The National Academies Press 2006. Available on http://www.nap.edu

17. Kelman AM. Fluoridation – the Israel experience. Commun Dent Health, 1996; 13S2:42-46.

18. Sgan-Cohen HD, Katz J, Horev T & al. Trends in caries and associated variables

among Israeli adults over 5 decades. Commun Dent Oral Epidemiol, 2000;28:234-240.

19. א' גברון. היקף ההפלרה בישראל, יוני 2007. דו"ח מהנדס הפלרה ארצי, האגף לבריאות השן, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.

20. הוועדה לעדכון תקנות איכות מי השתייה, סיכום דיוני תת הוועדה הכימית בנושא הפלרת מי השתייה, 23.6.05.

21. תקנות בריאות העם (איכותם התברואית של מי השתייה), התשל"ד - 1974 (תיקון) התשנ"ט - 1998.

22. ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל: דין וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב. ירושלים; 431-439, 1990.

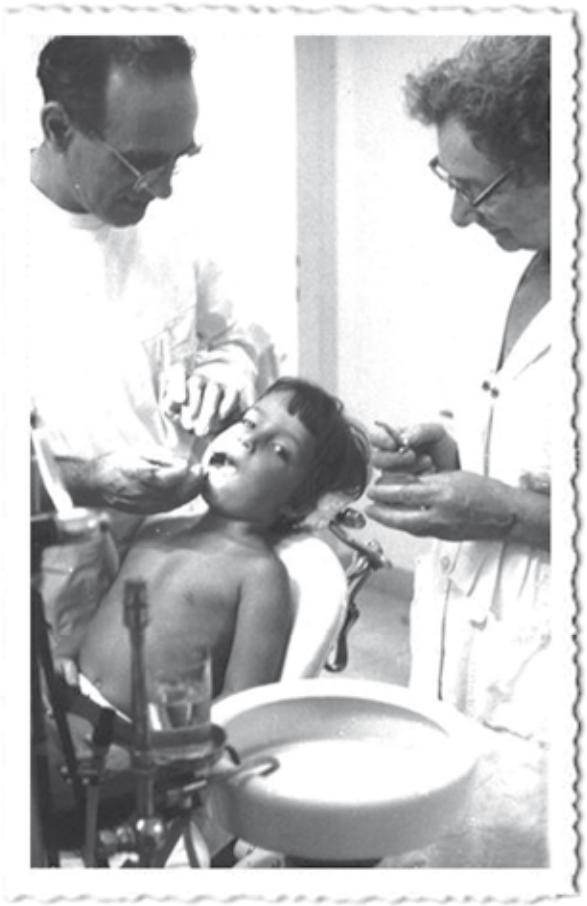
תודות

לד"ר טלי קינן-בוקר, סגנית מנהל המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, בי"ח תל־השומר, ולד"ר שלמה זוסמן, מנהל האגף לבריאות השן, משרד הבריאות, ירושלים, על עזרתם בכתיבת המאמר.

אוי, כמה שזה כאב

בחג הקיבוץ שלנו, שהוקדש לנושא "זיכרונות ילדות", נתבקשתי לכתוב לחוברת מיוחדת שהופקה לרגל האירוע. ואני, איך לא, כתבתי את זיכרונותיי כפציינטית של רופא שיניים...

עינת הדס-ילין, R.D.H



הלי לב וד"ר לוי מטפלים בשיניה של עינת. שנות השבעים בקיבוץ גן-שמואל

בחממת ילדותי הקסומה, בגן-שמואל, זכורים לי בין השאר גם כמה זמנים קסומים פחות. כאלו, למשל, היו הביקורים אצל ד"ר לוי.

דוקטור לוי היה רופא השיניים המיתולוגי של ילדותי.

פעם בשנה, אם אינני טועה, היינו מתייצבים – כל ילדי הקבוצה, כפי שהיה נהוג אז – לבדיקת שיניים. ד"ר לוי היה מגיע ליומיים רצופים של עבודה, ובלילה שביניהם נהג ללון בחדר שהועמד לרשותו בקיבוץ.

לרוע המזל לא נתברכתי כלל וכלל בשיניים לתפארת, כך שמדי שנה, לאחר אותה בדיקה, נאלצתי לחזור שוב ושוב לטיפולי שיניים – שכן, מה לעשות, היו מן הסיוטים של ילדותי...

עד היום אני זוכרת את פניו של ד"ר לוי רכונות מעל פי ופניי, גבותיו הסבוכות מצטופפות מעל מסגרת המשקפיים שחלקה העליון היה עשוי פלסטיק שחור. הוא לבש חלוק לבן וארוך שנקשר מאחורי גבו, כמו חלוק של מיניקות בבית יולדות.

היה לו מין חיוך מיוחד, שאף פעם לא הייתי בטוחה מה הוא אומר. משהו שבין "אני משתתף בצערך" לבין "אעשה הכול כדי שלא יכאב לך..." אבל אוי, כמה שזה כאב.

ברגעים ובשעות של הטיפול, שנראו לי תמיד כמו זמן שלא ניתן לאומדו, הייתי מנסה – בכל טיפול מחדש – להגדיר לעצמי את גבולות הגבורה הפרטית שלי, ביני לבין עצמי, ובכל פעם מחדש מוכנה להיכנע, ולהתפלל שתהיה זו הפעם האחרונה...

זריקות לאלחוש מקומי לא היו קיימות אז, ואני זוכרת היטב את הלפיתה העזה והנואשת של משענות הידיים בכסא הדנטלי כל אימת שד"ר לוי טיפל בשיניי עם ה"טרקטור", אותה טורבינה איטית הקודחת בשן, שהייתה מופעלת בלחיצה על דוושה רגלית. אני זוכרת אפילו את הריח המיוחד, המסוים, שהיה מתפשט בחלל המרפאה לאחר הפעלת הטורבינה, ריח של רקמות השן הנרמסות על ידי המקדח.

ואחר כך באו כמה רגעים של הקלה... הפוגה זמנית באימה הנוראה מן הכאב שעלול להפתיע מחדש... זה היה השלב שבו הדוקטור מייבש את השן בעזרת כדורוני צמר גפן ומכין אותה לקבלת הסתימה.

הלי לב (ז"ל), הסייעת הנצחית שעבדה לצדו של ד"ר לוי, הייתה מפעילה את המכשיר הקטן שערבב את האמלגם, החומר לסתימה. אחר כך הייתה סוחטת את האמלגם בתוך מטלית מיוחדת ומגישה אותו לדוקטור. היה לה, להלי, חיוך קטן ומאופק... עד היום אני לא בטוחה לחלוטין אם טרחה מדי פעם, בין היתר, גם לנחם אותי מעט או לנגב דמעות שלא הצלחתי להסתיר.

משהסתיים הטיפול והורשיתי סופסוף לרדת מהכיסא הרגשתי מותשת ומובסת, משתדלת לשכוח את הציון שנתתי לעצמי הפעם בטבלת הגבורה.

כשחזרתי לבית הילדים הפסדתי את ארוחת הצהריים, שהרי אסור לאכול במשך שעתיים אחרי הטיפול. המטפלת הייתה שומרת לי "מנה", שהתקררה מן הסתם, ולמי בכלל יש חשק לאכול אחרי חוויה שכזו?... דוקטור לוי, לפני שסיים את ימי עבודתו השבועיים אצלנו וחזר לביתו, נהג לבקר אותנו בבית הילדים ולכבד אותנו במסטיק "עלמה" בעטיפה צהובה, כדי שלא נשנא אותו לגמרי...

לפני הסיפור וה"השכבה" בלילה צחצחנו שיניים במברשת גדולה ומגושמת בעלת סיבים קשים, עם משחת שיניים "שנהב" – משחה מגעילה ויבשה בשפופרת בצבע חרדל.

אם היה לנו דימום בעת הצחצוח הוסבר לנו ש"זה טוב מאוד, זה שוטף את הפה", והיה חשוב לצחצח חזק ככל האפשר.

שיננית לא הייתה בשנים ההן..

פעילויות ותכניות לשנת 2008

✔ **מרס 08' –** יום עיון בחסות חברת דנטלון לרגל "יום האישה הבינלאומי" התקיים ב־6 במרס

✔ **אפריל 08' –** האסיפה הכללית של איגוד השיננות התקיימה ב־3 באפריל בחסות חברת שסטוביץ, נציגת קולגייט בישראל

✔ **מאי 08' –** הכנס המדעי השנתי (מספר 19) של אש"י, התקיים ב־27 במאי 2008 במלון דן פנורמה בתל־אביב

✔ **יולי 08' –** קורס רענון להחייאה התקיים בבאר־שבע ובירושלים

✔ **יולי 08' –** ערב עיון בשיתוף אש"י וחברת "טבע" התקיים ב־15 ביולי ב"סטוקו" בתל־אביב

ספטמבר 08' – האסיפה הכללית שלא מן המניין של אש"י תתקיים ב־11 בספטמבר בסינמטק תל־אביב

נובמבר 08' – יום השיננית הבינלאומי יתקיים ב־19–20 בנובמבר בצפת, בחסות חברת דקסון פריו־צ'יפ

יעדים מרכזיים: קידום לימודי שיננות לתואר ראשון; שילוב שיננויות בבתי ספר, גנים ורשויות מקומיות בהדרכה לגהות הפה; שיפור תנאי ההעסקה של השיננית.

11/9/2008

האסיפה הכללית שלא מן המניין
של אש"י - איגוד השיננות הישראלי ע"ר
בחסות חב' G.S.K ובחסות ORAL-B CREST
תיערך בסינמטק תל־אביב.
לחברות האיגוד בלבד!
פרטים יישלחו בדואר.

19–20/11/2008

יום השיננית הבינלאומי של אש"י
יומיים של חוויה וכיף
במלון רות רימונים-צפת
בחסות חב' דקסון פריו־צ'יפ
פרטים יישלחו בדואר.

האגף לבריאות השן, משרד הבריאות

הבהרות בנוגע לעבודת השיננית

פיקוח מקצועי:

רופא השיניים המפקח מקצועית על עבודתה של שיננית במרפאה פרטית יחליט אם ברצונו להיות נוכח בזמן שהשיננית מטפלת במטופליו. יש לשים לב לכך שבמרפאת תאגיד, רופא אחראי או ממלא מקומו חייבים להיות נוכחים כל זמן שהמרפאה פתוחה לקהל.

הפיקוח המקצועי כולל:
- מתן הנחיות כלליות לטיפול;
- מתן הנחיות פרטניות לגבי מטופלים מסוימים;
- קבלת דיווח בכתב מהשיננית לאחר טיפולה.

הקצעת שורשים

הקצעת שורשים נעשית יחד עם הורדת אבנית, ולכן לפי תקנות רופאי שיניים – שיננויות 1978 היא יכולה להתבצע על ידי שיננית.

איטום חריצים וחרירים

איטום חריצים וחרירים היא פעולה של מניעה ראשונית לעששת. ההגדרה של "מריחת חומרים למניעת עששת" כוללת את הפעולה הזו, ולכן היא יכולה להתבצע על ידי שיננית. השיננית אינה יכולה לבצע איטום חריצים על ידי חומר מוצק שאינו נמרח.

הכנסת חומרים בשחרור מושהה

מותר לשיננית להשתמש בחומרים לשחרור מושהה לטיפול בדלקות חניכיים על פי מרשם חתום על ידי רופא שיניים.

הבהרת שיניים (הלבנה)

מותר לשיננית להעביר מידע למטופל בדבר הבהרת שיניים. על פי התקנות, אין לה היתר לקחת מטבעים להכנת סדים לתכשירי הבהרת שיניים או לבצע את ההבהרה.

תערוכות וכנסים בעולם

ספטמבר 2008

>> 27-24 בספטמבר
שטוקהולם, שבדיה
FDI 2008

אוקטובר 2008

>> 4-2 באוקטובר
אקסל לונדון, בריטניה
BDTA 2008
תערוכה דנטלית גדולה

>> 11-8 באוקטובר
מילאנו, איטליה
Expodental 2008
תערוכה דנטלית גדולה

>> 19-10 באוקטובר
סן אנטוניו, טקסס, ארה"ב
ADA 2008
??????

>> 19-16 באוקטובר
סאן אנטוניו, ארה"ב
ADA 2008
קונגרס ותערוכה דנטלית גדולה

>> 11 באוק' - 1 בנוב'
שנחאי, סין העממית
Dentch China 2008
תערוכה דנטלית גדולה

>> 29 באוק' - 2 בנוב'
סאן דיאגו, קליפורניה, ארה"ב
AAID 2008
כנס ותערוכה דנטלית

נובמבר 2008

>> 16-14 בנובמבר
יוקהמה, יפן
Japan Dental Show 2008
קונגרס ותערוכה דנטלית גדולה

>> 28 נובמבר-3 דצמבר 2008
ניו-יורק, ארה"ב
GNYDM
קונגרס ותערוכה דנטלית גדולה

דצמבר 2008

>> 5-2 בדצמבר 2008
קייב, אוקראינה
EXPODENTAL 2008
תערוכה דנטלית גדולה

ינואר 2009

>> 5-2 בינואר 2009
קייב, אוקראינה
EXPODENTAL 2008
תערוכה דנטלית גדולה

>> 28-24 בינואר 2009
סאן פאולו, ברזיל
CIOSP
קונגרס ותערוכה דנטלית

מרס 2009

>> 10-5 במרס 2009
פרת', אוסטרליה
ADIA 2009
קונגרס ותערוכה דנטלית גדולה

>> 28-24 במרס 2009
קלן, גרמניה
IDS 2009
תערוכה דנטלית גדולה

אפריל 2009

>> 30 באפריל-2 במאי 2009
טורונטו, קנדה
ODA
קונגרס ותערוכה דנטלית גדולה

מאי 2009

>> 11-8 במאי 2009
הונג-קונג, סין העממית
APDC
קונגרס ותערוכה דנטלית גדולה

>> 16-15 במאי 2009
וינה, אוסטריה
WID
תערוכה דנטלית

יוני 2009

>> 13-10 ביוני 2009
בייג'ינג, סין העממית
SINODENTAL 2009
תערוכה דנטלית גדולה

ספטמבר 2009

>> 5-2 בספטמבר 2009
סינגפור
FDI 2009
קונגרס ותערוכה דנטלית גדולה

כנסים, ימי עיון וקורסים בישראל

12-11 בספטמבר 2008
ימים ה'-ו'
הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לאנדודונטיה.
מלון שרתון סיטי טאואר, רמת-גן
המארגן: חב' אופקים, 03-7610822

31-30 באוקטובר 2008
ימים ה'-שבת
הכנס המשותף לאיגוד הפריודונטיה והאגודה הישראלית לאורתודונטיה.
ים המלח
המארגן: חב' אופקים, 03-7610822

9 בדצמבר 2008-31 במרס 2009
קורס ניהול, שיווק וקידום לשיניות
המארגן: המרכז הבינלאומי לסמינרים
ברפואת שיניים, 03-7979603 (אלונה)

12-11 בדצמבר 2008
ימים חמישי-שבת
הכנס השנתי של אחוות אלפא אומגה.
אילת
המארגן: חב' אופקים, 03-7610822

5-4 בפברואר 2009
כנס האיגוד לפריודונטיה ואוסיאואינטגרציה
מלון אינטרקונטיננטל, תל אביב
המארגן: חב' אופקים, 03-7610822

2-1 באפריל 2009
כנס האיגוד הישראלי לשיקום הפה
מלון דן פנורמה, תל אביב
המארגן: חב' אופקים, 03-7610822

פרטים נוספים ומקיפים על כל הכנסים, ימי העיון והקורסים בישראל ניתן למצוא באתר אש"י - איגוד השיננות, www.idha.org.il, קליק בתפריט לוח אירועים

פינת התחביב

התמכרתי לרכיבה

אני, דלית ראם, שיננית מזה 16 שנה ואם לשלושה ילדים, החלטתי השנה לעשות מעשה ולהתחיל לרכוב על אופניים, דבר שלא עשיתי מעולם (גם לא בילדותי).
עד היום, את הצורך שלי לעשות ספורט ולשמור על גוף חטוב ככל האפשר ביטאתי בחדר כושר ממוזג, עם הרבה מכשירים ומדריך שרירי וחסון. השנה, גיליתי שרכיבה באופניים ממכרת! הרכיבה הפכה להיות הנאה, ולא רק מתוך צורך להישאר בכושר.
האימון מתבצע באוויר הפתוח, עם הרבה ירוק בעיניים ורוח בלחיים. מה שמקשה על הסיפור היא רק העובדה שצריך לצאת מוקדם בבוקר, כי החום והשמש יכולים להרוג...
בכל מקרה, נכנסתי לעסק חזק, ואני רוכבת בין פעמיים לשלוש בשבוע; בעיקר באזור השרון, ולפעמים גם בבן־שמן. לפני כחודשיים השתתפתי במרתון ירושלים, 27 ק"מ של עליות בהרי ירושלים, ולפני כשבועיים יצאתי עם בעלי היקר לטיול אופניים באוסטריה. זו הייתה חוויה מדהימה, עם הרבה ירוק ומים ועיירות ציוריות בכל מקום.
אם יש בנות באזור הרצליה שאוהבות לרכוב, אשמח ליצור עמן קשר ולרכוב ביחד.
דלית ראם, 054-2294122.

פינת הקורא

מדהים

שימו לב איך כל אותיות האלף בית צפונות ונסתרות בתוך המגן דוד המפורסם שכולנו מכירים.
למי שיגיד שאפשר לשים שם גם אותיות בשפה אחרת, שינסה... ויראה.
ראו והגיבו...

מתוך ספרו של זמיר כהן "הצופן", העומד לצאת לאור בימים אלה.

פינת הלשון

אבנים שחקו מים

פירוש: מים המטפטפים בהתמדה עשויים לשחוק אבנים.

בהשאלה: אם מתמידים, אפשר להשיג גם את הקשה להשגה.

במקורות: "בן ארבעים שנה היה רבי עקיבא ולא למד כלום. פעם אחת היה עומד על פי הבאר. אמר: מי חקק אבן זו? אמרו לו אבנים שחקו מים – המים שנופלים עליה תדיר בכל יום. אמר רבי עקיבא: וכי לבי קשה מאבן? אלך ואלמד פרשה אחת מן התורה... היה לומד והולך עד שלמד כל התורה כולה" (אבות דר' נתן ו).
אנחנו, השיננויות, צועדות צעד אחרי צעד, עקב בצד אגודל, בעקביות ובהתמדה, עד שנשיג את כל המטרות שהצבנו לעצמנו (אבנים שחקו מים).

כתבה: רותי קפלן, שיננית, R.D.H