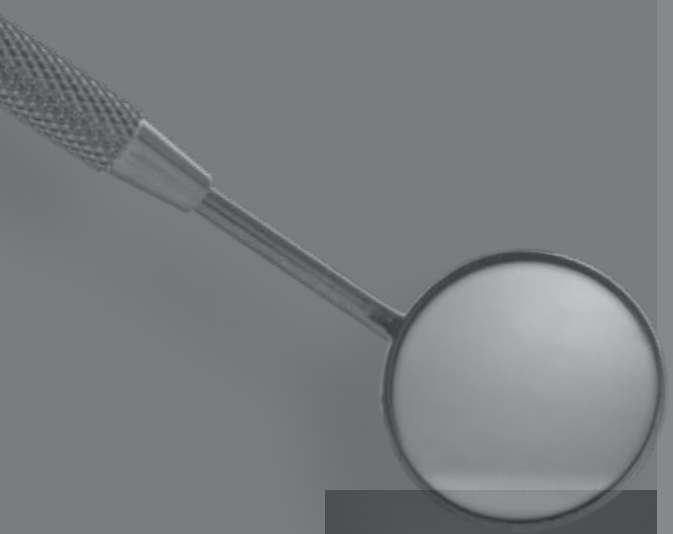
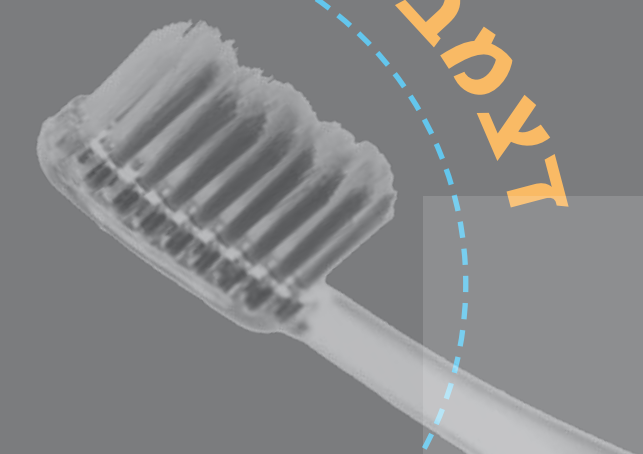
ISRAELI DENTAL HYGIENE ASSOCIATION
אש"י - איגוד השיננות הישראלי ע"ר
שמירה על בריאות הפה והשיניים בפרט ובקהילה

מיגון
איגוד השיננות הישראלי



גיליון
36
דצמבר 2009



עיתון איגוד השיננות הישראלי

גיליון 36 [דצמבר 2009]

עורכת:
גלית סימני

עריכה מקצועית:
פולט פוקס

עריכה לשונית:
רותי קפלן
נעמה דותן

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

פרסום, עיצוב והפקה:
ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
רח' יהודה הלוי 92, תל אביב
טלפון: 03-5619993
new-york@zahav.net.il
www.newyork-newyork.co.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
Kibbutz Ma'agan-Michael
Mobile Post Menashe 37805
דוא"ל: flax@maaganm.co.il
או דרך האתר: www.idha.org.il

שינניות יקרות,

זה עתה חגגנו את יום השיננית הבינלאומי, והפעם בים המלח. אירועים אלו משמעותיים מאוד עבורנו. המפגשים החברתיים, החוויות המשותפות, ההרצאות המעניינות המוסיפות לנו ידע, קירוב הלבבות בין החברות – על כל זה תקראו בעמוד 30.

על פסק דין חשוב, שנפסק לטובת שיננית אמיצה אשר לא ויתרה, עמדה על זכויותיה והשיבה לעצמה את הכספים המגיעים לה, תוכלו לקרוא בעמוד 29.

CAMBRA היא גישה חדשנית ויעילה לחיזוי הופעת עששת ולהצעת דרכי טיפול ומניעה בהתאם. לשינניות תפקיד חשוב ומרכזי ביישומה. על CAMBRA תקראו בעמוד 8.

סרטן הפה היא מחלה אלימה, שלזיהויה המוקדם יש חשיבות קריטית. כשינניות עליכן לתת את הדעת על כך, ואולי גם תוכלו להציל חיים. והרי "כל המציל נפש אחת כאילו הציל עולם מלא". קראו על כך בעמוד 10.

על נפלאות הוויטמין Q10 ועל השימוש בו למניעה של מחלות לב ומחלות חניכיים, הזדקנות העור, סוכרת ועוד תוכלו לקרוא בעמוד 15.

מאז הוצאת העיתון הקודם חלה התקדמות רבה בכמה מישורים הנוגעים לחיינו המקצועיים. שינניות רבות התחילו לאחרונה ביחד מסלול לימודים מרוכז לתואר BA, ובנוסף חלו התפתחויות בדרך לקידום תואר אקדמי בלימודי שיננות – BDH. על אלה ועוד תקראו בדבר היו"ר של דלית ארמוזה, בעמוד 7.

התכנית הממשלתית "שיניים בריאות בגוף בריא" עומדת לצאת לדרך, וגם עליה תוכלו לקרוא בגיליון זה, בעמוד 6.

עיניכן הרואות שהעיתון שלפניכן גדוש בנושאים חשובים ומעניינים. קחו פסק זמן מכל הסובב אתכן, קראו בעיון, למדו ותיהנו. העיתון הוא שלכן ובשבילכן.

שלכן,
גלית סימני,
עורכת עיתון אש"י

תוכן

8 גישה בשם CAMBRA

10 סרטן הפה

15 נפלאות הקו־אנזים Q10

18 על חומרי מילוי ובוטוקס

20 הפחתה בדלקות חניכיים באמצעות השמירה על היגיינת הפה

22 השמנה נשית - בעיה גדולה מהגודל

29 שיננית תבעה את מעסיקיה וקיבלה 110,000 ש"ח בפשרה

30 חוגגות במקום הנמוך בעולם

32 שיננית כ"שומרת השער"

שיניים בריאות בגוף בריא - הדרכה בגנים ובבתי הספר

רות קפלן – נשיאת הכבוד של אש"י

לאחרונה התבשרנו שעל פי החלטת הממשלה, משרד הבריאות יממן באופן מלא את השירות הדנטלי המניעתי (הבסיסי) לכל התלמידים בכל הרשויות העירוניות, האזוריות והמקומיות. זוהי הזדמנות לשיניות להיות מעורבות ושותפות מלאות בחינוך לבריאות הפה ולמניעת מחלות שיניים בקהילה – שהרי זה התפקיד העיקרי של מקצוע השיננות.

החלטה חשובה זו תביא בעקבותיה משרות נוספות, בשכר, לשיניות – בגני ילדים ובבתי ספר.

משרד הבריאות ומשרד החינוך שוקדים בימים אלו על הכנת תכנית לימודים מובנית, המשכית ורב שנתית, החל מגיל הגן, דרך בית הספר היסודי ועד חטיבות הביניים. התכנית עוסקת במגוון רחב של נושאים בתחום קידומה של בריאות השיניים.

הוכנה מצגת מערכי שיעור העשויה בצורה ויזואלית וצבעונית, עם המחשות, פעילויות ומשחקי ילדים.

שיניות חברות האיגוד המעוניינות להשתלב בתכנית זו יכולות לפנות לרופאים המחוזיים באזור מגוריהן, לשלוח קורות חיים ולציין ותק בשיננות ואת עובדת היותן חברות באיגוד השיננות. כל זאת בפקס או בדוא"ל, לפי הפירוט שלהלן:

רופאי שיניים מחוזיים:

	דוא"ל	פקס
צפון: ד"ר ח. ג'בראיל	lbnkhoury@matat.heaith.gov.il	04-6561465
חיפה: ד"ר מ. גורדון	mgq@bezeqint.net	04-8632928
מרכז: ד"ר קושניר	Daniel.kushnir@moh.health.co.il	08-9788600
תל-אביב: ד"ר א. קובי	eli.kooby@lbm.health.gov.il	03-5611532
ירושלים: ד"ר א. אלבז		02-5314804
דרום: ד"ר פיקובסקי	vadim@barzi.health.gov.il	08-6745260

תיקון טעות

ממאמרם בגיליון 35 של פרופ' מל רוזנברג וד"ר אלון עמית, "**הטיפול הביתי בבאשת הפה**", נשמטו שתי המילים האחרונות: "בשיטות אלו". המערכת מתנצלת על הטעות.

www.idha.org.il www.idha.org.il
www.idha.org.il www.idha.org.il
www.idha.org.il www.idha.org.il
www.idha.org.il www.idha.org.il
www.idha.org.il www.idha.org.il

רופא/ת שיניים יקר/ה

העסקת שיננית - היתרונות עבורך ועבור מטופליך

איגוד השיננות הישראלי - אש"י שם לו למטרה לקדם את מקצוע השיננות בישראל. לכן מבקש האיגוד להסב את תשומת ליבך ליתרונות הרבים שבהעסקת שיננית במרפאת השיניים.

תפקיד רופא/ת השיניים להוות מצפן המנווט את מדיניות המרפאה. הצלחתו בהובלת המרפאה להישגים, תלויה רבות ביכולתו למצות ולהיגנות מכישוריהם ויכולתם המקצועית של אנשי צוותו.

לשיננית תפקיד מרכזי בצוות המרפאה, בזכות יכולותיה המקצועיות ותפקידיה המגוונים.

**השיננית משמרת את מאגר המטופלים שלך.
מוסיפה תדמית חיובית למרפאה, ומעלה את הכנסתך**

פעולות ויתרונות השיננית המוסמכת:

יתרון למטופלים

- ביכולתה להחדיר את חשיבות הבריאות הדנטאלית למטופלים.
- הידע והמקצועיות שרכשה מאפשרים לה להשפיע על המתרפאים ולעודד ביצוע טיפולים הנדרשים ע"י הרופא.
- מעלה ומחזקת את המוטיבציה להיגיינה אוראלית.
- השיננית הוכשרה למנוע מחלות פה ושיניים, ועל כן מהווה מקור מהימן ומקצועי עבור המטופלים.
- השיננית מטפלת בילדים מגיל צעיר ומרגילה אותם לביקורים במרפאת שיניים.
- יכולת הקשבה סבלנות ואיכפתיות לצרכיו של כל מתרפא.

יתרון לרופא ולמרפאה

- מעקב מסודר אחר הטיפולים התקופתיים.
- שיפור התדמית המקצועית של המרפאה.
- שימור לקוחות והגברת ביקורי לקוחות במרפאה.
- הגדלת מספר הטיפולים במרפאה והגברת הרווחיות.
- השיננית מבצעת טיפול איכותי ומקצועי: הסרת אבנית, הקצעת שורשים, טיפולי פלואוריד, איטומי חריצים, צילומי רנטגן, לקיחת מטבעי לימוד, החדרת חומרים לשחרור מושהה לכיסים ועוד, וכך משחררת את הרופא לביצוע טיפולים אחרים.
- השיננית מפנה אליך מטופלים הזקוקים לטיפול דנטאלי.
- טיפולי שיננות מתחזקים את הטיפולים שביצעת למתרפאיך.

לשיפור השירות שאת/ה מספק/ת למטופלים, לשיפור מצבם הדנטאלי, לשיפור תדמית המרפאה שלך - העסקת שיננית הינה חיונית!

לידיעתך: נוכחות רופ"ש במרפאה בעת עבודת השיננית - היא לפי הצורך וע"פ שיקול דעתו של הרופא. (שינוי תקנות 6.6.2005)

איגוד השיננות הישראלי ישמח לעזור לך למצוא ולקשר אותך עם שיננית למרפאתך.
פנה/י אלינו דרך "צור הקשר" באתר האיגוד www.idha.org.il

שינויות יקרות,

מאז הוצאת העיתון הקודם חלה התקדמות רבה בכמה תחומים: האיגוד התרחב והתעצם, נפתחו מסלולי השלמה לתואר ראשון (BA) לשינויות והצלחנו להתקדם לא מעט בתהליך של קידום התואר בשינוות (BDH).

התעצמות האיגוד באה לידי ביטוי במענה שאנו נותנים למספר רב של פניות, עם דגש על קידום מעמדו ויוקרתו של האיגוד בקרב הקהילה הדנטלית ולתועלת הציבור. עמותות ואיגודים רבים פנו אלינו בבקשות לשיתוף פעולה, לחוות דעת בתחום המניעה, לשימוש בלוגו שלנו ועוד.

שינויות רבות מבינות את חשיבות ההתאגדות, והאיגוד אכן משתדל לספק את צורכיהן.

רבות מהשינויות הפנימו את העובדה שלשם קידום מקצועי נדרש קודם כול קידום אישי, שראשיתו בשינוי התפיסה ובהבנת הצורך במימוש עצמי. יותר ויותר שינויות מבקשות להשלים את לימודיהן לתואר אקדמי, מתוך הבנת חשיבותו. ההתחלה תמיד קשה.

האיגוד מקדם פתיחה של מסלולי השלמה לתואר ראשון, וגם אם עדיין לא קיים תואר בלימודי שינוות (BDH) – 2000 השעות האקדמיות שצברנו אינן מושלכות ל"פח"; הן מוכרות ומהוות קרש קפיצה משמעותי בדרך לתואר. מסלול כזה מהווה בינתיים פתרון ראוי, המאפשר קידום והתפתחות אקדמית, השתלבות במחקר והעלאת קרנו של המקצוע. בהמשך, תואר בשינוות יקדם את רמתם של נותני השירות ויאפשר לשינויות להרחיב אופקים בדרך למימוש עצמי ולקידום אישי (פרטים באתר האיגוד, www.idha.org.il).

לשם קידום התואר בשינוות (BDH) יש לעשות שימוש בשלוש זרועות:

דעת קהל – מהווה חלק חשוב בתהליך להטמעת דרכנו, ולכן חשוב להביא את הנושא לדיון ציבורי;

מצפון – עשייה ללא מצפון כמוה כהרס הנשמה. אנו צועדות תמיד עם האמת המקצועית שלנו;

החוק – הליכה בדרך הצדק.

במטרה להעלות לדיון ציבורי את נושא התואר בשינוות, ככל מקצוע פרא־רפואי אחר, יצאנו בכתבות ובראיונות בתקשורת.

בנוסף, שלחנו מכתב בנושא לסגן שר הבריאות ח"כ יעקב ליצמן, לאחר שבמהלך כינוס של השדולה לבריאות הציבור בכנסת, שהתקיים בתאריך 10.11.09, הוא הודיע כי טיפולי שיניים לילדים ייכללו בסל הבריאות בשנת 2010. בתכנית ייכללו בעיקר מניעה וטיפולים משמרים, ומתוך כך איגוד השינוות שותף לתכנית. עיקרי הדברים במכתב שנשלח לח"כ ליצמן:

"קידום לתואר אקדמי במקצוע מניעתי לקראת הכנסת רפואת השיניים לסל הבריאות יביא: חיסכון לטווח ארוך; שירות זמין לציבור; יצירת מאגר אנושי בעל ידע וכלים שירכז, יתכנן וינהל תכניות חינוך לבריאות במסגרות קהילתיות; יצירת מאגר כוח אדם לצורכי הוראה והדרכה, במסגרות הקיימות ובמסגרות אקדמיות עתידיות; יצירת אפיקי מחקר בתחומי המניעה הראשונית, חינוך לבריאות ותכניות קהילתיות וציבוריות; העלאת רמתם של המתקבלים ללימודים – המועמדים יעמדו בתנאי סף ללימודי תואר ראשון; הפיכת המקצוע לאטרקטיבי יותר; הבוגרים יוכלו להמשיך ולהתקדם ללימודי מוסמך בבריאות הציבור או במדעי הרפואה. כל אלה נושאים חשובים, המעסיקים את משרד הבריאות ואת משרד החינוך כאחד."

אנו נמצאות בקשרים עם מכללות אקדמיות שונות, בכדי לקדם מסלול אקדמי דרכן. הנושא נמצא בבדיקה ובעשייה מתמדת. במקביל, הצלחנו להוכיח למל"ג (המועצה להשכלה גבוהה, המחליטה על פתיחת מסלולים אקדמיים חדשים), שקיים צורך בקידום אקדמי של מקצוע השינוות גם בארץ. במכתבה אלינו כתבה ריקי מנדלצוויג, סמנכ"ל לעניינים אקדמיים במל"ג: "מבדיקת החומר שהעברתם אלינו בנושא השינוות, אכן מצאנו כי יש מקום לקדם את הנושא ולשאוף להפוך את מקצוע השינוות לאקדמי, כמקובל בעולם."

"עיקר מהותו וערכו של היחיד אינו בזכות היותו מובדל, אלא בזכות היותו חלק מציבור אנושי גדול," אמר אלברט איינשטיין.

"כיחידים חלשים – מאוגדים חזקים"

שלכן,
דלית ארמוזה,
יו"ר אש"י

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

◀ **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 השינויות של 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

◀ **שליחת חומר לאתר האיגוד:** שרון פרידמן–יניב. נא לשלוח במייל, sharonapo@gmail.com

נשיאת כבוד: רותי קפלן, טל': 050–2006382

אתר איגוד השיננות
www.idha.org.il

גישה בשם CAMBRA

Caries Management by Risk Assessment

מיכל אטיאס, RDH

אטיולוגיה של עששת היא מסובכת, בהיותה נובעת מגורמים רבים: היגיינה אורלית ירודה, עישון, תזונה לא נכונה, גנטיקה, מעמד סוציו־אקונומי, נטילת תרופות, מחלות ועוד.

עששת היא המחלה הזיהומית השכיחה ביותר בקרב ילדים ומבוגרים. הזיהום נגרם על ידי חיידקי סטרפטוקוקוס מוטנס ולקטובצילוס, שנמצאים בתוך הפה, כאשר הסטרפטוקוקוס מוטנס מוכר כגורם העיקרי למחלה.

ארבעה תנאים חיוניים להיווצרות העששת: חיידקים, סוכרים, שן וזמן. עששת מתחילה להיווצר כאשר על השיניים קיימת שכבת חלבונים דקיקה שמקורה מרוק, חיידקים ושאריות אוכל. כאשר הסביבה נוחה לחיידק, כלומר, כאשר יש לו מזון, החיידק יכול לייצר פוליסכריד (פולימר סוכרי) המכונה דקסטרן, המקנה לו כושר הדבקה למשטח חלק. פעילות אחרת של החיידק היא פירוק סוכרים לצורך הפקת אנרגיה. יצירת חומצה היא תוצר לוואי לפעילות זו. החומצה פוגעת והורסת את השן. כתוצאה מתהליך זה, הנקרא דמינרליזציה (הוצאת מינרלים מהשן), נוצרת עששת, או בכינוייה – "חור חיידקי".

כאשר תהליך זה מתרחש בתוך הפה, המתרפא מבחין בחור בצבע חום/שחור ומגיע לרופא השיניים לקבלת טיפול. בדרך כלל, לאחר זמן מה הוא חוזר למרפאה לקבלת טיפול נוסף, בשן אחרת. מתוך מגמה לסייע למתרפאים אלה, הציעה באפריל 2002 קבוצת רופאים מקליפורניה, ארצות הברית, גישה חדשנית ויעילה המכונה CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment). הגישה מסייעת לצוות הרפואי להתמקד במטופל באמצעות פרוטוקול מוגדר ומפורט, שיתואר בהמשך. מרפאות פרטיות ואוניברסיטאות לרפואת שיניים מיישמות את הפרויקט מזה ארבע שנים בהצלחה מרובה.

המטרה הראשונה והעיקרית בגישה זו היא להעריך את סיכוני ההיווצרות של העששת ולקבוע אמצעים מניעתיים המתאימים למטופל. לביצוע עבודה טובה בגישה זו נדרש צוות רפואי מודרך ומיומן: הצוות האדמיניסטרטיבי, הסייעת, השיננית ורופא השיניים.

הצוות האדמיניסטרטיבי הוא זה שלרוב פוגש ראשון את המטופל, מגיש לו את השאלון שמלווה אותו לכל פגישה עם הצוות הרפואי, עוזר לו ליישם את הפרוטוקול ומזכיר לו את הפגישות הבאות. במאמר "The Role of Dental Hygienists, Assistants and Office Staff in CAMBRA" דווח כי במרפאות שמיישמות את השיטה חשוב שיימצאו מוצרים מניעתיים כמו שטיפות מי פה או אביזרים דנטליים. זאת משום שמיד לאחר הטיפול יש לרוב המטופלים רצון טוב לרכוש את המוצרים, אולם אם ייתקלו בקשיים במציאתם בחנויות הם יוותרו בקלות.

הסייעת לרופא השיניים יכולה להשתתף בצורה יעילה במתן הסבר לשאלון שקיבל המתרפא מהצוות האדמיניסטרטיבי או בביצוע צילומי שיניים. היא יכולה להציע תזונה נכונה לבריאות הפה ולהסביר את הוראות השימוש בכלוראקסידין, פלואורידים או תכשירים אחרים.

תפקיד **השיננית** יכול להיות נקודת התחלה טובה ליישום הפרוטוקול במרפאה. היא יכולה לערוך אנמנזה ראשונית של המתרפא, להעריך את סיכוני היווצרות העששת באמצעות השאלון הנ"ל ולבצע בדיקת רוק וחיידקים. היא גם תסביר למתרפא איך למנוע עששת באמצעות היגיינה אורלית, תזונה נכונה, שימוש באביזרים דנטליים המתאימים לו, הנחת פלואורידים או ביצוע של איטומי חריצים. תפקידה של השיננית הוא להכין את השטח.

תפקיד **רופא שיניים** הוא כמובן עריכת אנמנזה, ביסוס האמון בינו לבין המתרפא, ריכוז המידע שהצוות אסף (צילומים, נתונים על עריכת סיכוני העששת, מבחני רוק וחיידקים, שלילת מחלות אורליות). לאחר מכן הוא יעבור לצעד הבא – סיווג המטופל לפי קבוצת סיכון (איור 1).

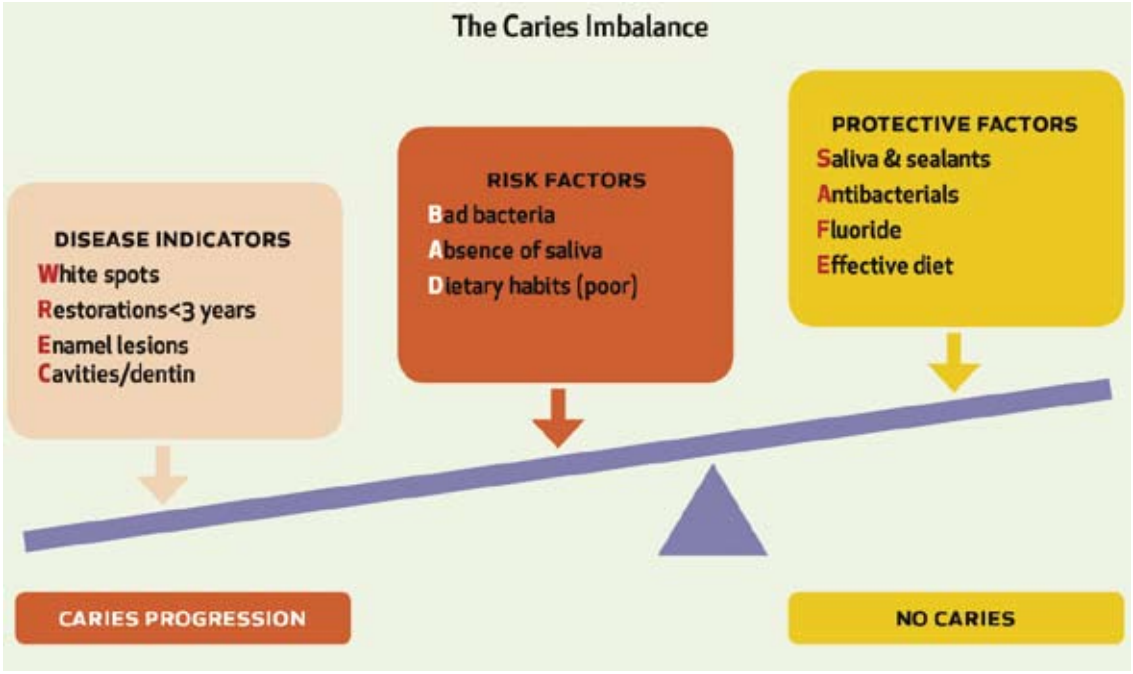
Table 1 For Patient Use—CAMBRA Preventive and Therapeutic Product Primer: What to Use and When to Use It

Low Risk	Over-the-counter (OTC) fluoridated toothpaste NaF varnish for excessive root exposures or sensitivity Sealants optional per ICDAS*		
Moderate Risk	Xylitol gum or mints (6-10 gm/day)		**Topical Fluoride** OTC fluoridated toothpaste OTC 0.05% fluoride rinse NaF varnish
High Risk	**Antibacterials** CHX 0.12% rinse (10 mL daily for 1 week each month) Chlorine-based rinse (BID x 2 weeks)	**Calcium Phosphate Supplements** Optional: Apply calcium phosphate paste several times per day	Rx 1.1% NaF dentifrice twice per day OTC 0.05% fluoride rinse NaF varnish
Extreme High Risk	CHX 0.12% rinse (10 mL daily for 1 week each month) Chlorine-based rinse (BID x 2 weeks Xylitol (as above)	Apply calcium phosphate paste several times per day Saliva substitutes as needed	Rx 1.1% NaF dentifrice twice per day OTC 0.05% fluoride rinse NaF varnish at each recare

*ICDAS is the International Caries Detection and Detection System, described in more detail in Jenson et al. Clinical protocols for caries management by risk assessment. *J Calif Dent Assoc.* 2007;35(10):714-23. Available at www.cdafoundation.org/journal

Dimensions OF DENTAL HYGIENE FEBRUARY 2009

איור 1 – מציג את רמת הסיכון להיווצרות העששת על פי CAMBRA, באמצעות ציון (רמה נמוכה, בינונית, גבוהה, רמה גבוהה מאוד). הוא גם מציג המלצות ברורות לטיפול על פי רמת הסיכון, המסייעות לרופא להציע טיפול מניעתי וטיפולי.



איור 2. חוסר איזון עששתי. האיור מאפיין חוסר איזון בריאותי וקובע מה מקדם תהליך עששתי ומה מונע אותו

להלן תקציר הקווים המנחים על פי CAMBRA:

1. מילוי שאלון (על ידי המטופל או על ידי הוריו) להערכת הסיכון להיווצרות עששת.
2. הערכה כללית של הסיכון לעששת ומתן ציון:
א. רמה נמוכה – היגיינה אורלית טובה, אין הופעה קלינית של רובד דנטלי, שימוש בפלואורידים, אין עששת;
ב. רמה בינונית – הייתה עששת בטווח של לפני כשנה, קיים רובד דנטלי, היגיינה אורלית לא טובה, שימוש לא סדיר בפלואורידים;
ג. רמה גבוהה – נצפו מוקד או מוקדי עששות מפוזרים, רובד דנטלי מרובה, היגיינה אורלית ירודה, אין שימוש בפלואורידים, מעט רוק, כמות חיידקים גבוהה, נטילת תרופות, אכילת חטיפים;
ד. רמה גבוהה מאוד – סובל מזירוסטומיה (יובש פה), נגעים רציניים, נדרשים טיפולים מיוחדים.
3. על פי רמות הסיכון – ביצוע מבחני רוק וחיידקים.
4. קביעת תכנית מניעתית או טיפולית להיווצרות עששת.
א. ילדים גילאי 0–5 (מתוך התבססות על נתונים שההורה מסר ועל שכיחות גבוהה של עששת בצילומים ושכיחות גבוהה בפגישות חוזרות אצל רופא השיניים): ביצוע מבחני רוק וחיידקים, שימוש בפלואורידים, הנחת פלואויד בקליניקה, מתן הוראות להיגיינה אורלית נכונה, לקיחת קסיליטול, ביצוע של איטום חריצים.
ב. ילדים גילאי 6 ומעלה ומבוגרים (מתבססים על נתונים שההורה או המתרפא מסרו וכן על שכיחות גבוהה בצילומים ובפגישות חוזרות אצל רופא השיניים): מתן הוראות בהיגיינה אורלית נכונה, לקיחת קסיליטול, ביצוע של איטום חריצים, כלוראקסידין, קסיליטול, שימוש בפלואורידים, הנחת פלואוריד בקליניקה, בקרת ה־pH.
5. שיחה עם המטופל על המלצות לטיפול בבית, על פי רמת הסיכון.
6. קביעת מעקב אחרי הטיפול והערכה מחדש של רמת הסיכון.

בשנת 2002, ד"ר ג'ון פידרסטון מבית ספר לרפואת שיניים בסן־פרנסיסקו, קליפורניה, ארה"ב, הציג מושג חדש: "חוסר איזון עששתי" (Caries Imbalance). הוא המחיש זאת באמצעות ציור, שמאפיין חוסר איזון בריאותי וקובע מה מקדם תהליך עששתי ומה מונע אותו (איור 2).

לסימני מחלה (ראו באיור Disease Indicators) יש משקל רב ביכולת לנבא התקדמות תהליך עששתי, אלא אם כן יש התערבות טיפולית. האותיות המודגשות בכל אחת מהרשימות – WREC ,BAD, SAFE – מאפשרות לזכור ביתר קלות את הגורמים הכלולים בה.

גישת CAMBRA מיושמת מזה כמה שנים בארצות הברית, בהצלחה רבה. עבודת צוות טובה ומקצועית משפיעה באופן חד משמעי על התוצאות הסופיות. ברור שהגישה היא אמצעי יעיל לקביעת מצב בעייתי וטיפול מתאים. שיננויות כבר הצליחו להוכיח על ידי עבודה נכונה ומקצועית ובזכות רקע חינוכי, הדרכות להיגיינה אורלית, ניסיון וידע, שעבודתן יכולה לחזק את פרוטוקול CAMBRA.

ספרות

1. Esther M Wilkins, Clinical practice of the dental hygienist, Lippincott. Wilkins&Williams 2005.

2. The role of Dental Hygienists, assistants, and office staff in CAMBRA: Shirley Gutkowski, RDH, BSDH; Debi Gerger, RDH, MPH; Jean Creasey, RDH, DDS, Anna Nelson, CDA, RDA, MA; and Douglas A. Young, DDS, MBA, MS.

3. How to Integrate CAMBRA into Private Practice: V. Kim Kutsch, DMD; Graeme Milicich, BDS; William Domb, DMD, Max Anderson, DDS; and Ed Zinman, DDS, JD.

4. Caries Risk Assessment in Practice for Age 6 Through Adult: John D.B. Featherstone, MSC, PHD; Sophie Domejean-Orliaguet, DDS, Larry Jenson, DDS, MA; Mark Wolff, DDS, PHD; and Douglas A. Young, DDS, MS, MBA.

5. Dimensions of Dental Hygiene. October 2008; 6(10):40, 42, 44-45: Managing the Risk of Caries.

6. Caries Management by Risk Assessment a practitioner's guide. Douglas A. Young, DDS, MS, MBA; John D.B. Featherstone, MSc, PhD; and Jon R. Roth, MS, CAE.

7. CAMBRA: The New Model for Managing Caries Featured Article - By Debi Gerger, RDH, MPH.

8. http://dental.huji.ac.il/elearn/Community%20Dentistry/carries_intro.files/frame.htm#slide0055.htm

סרטן הפה

סרטן הפה הוא מחלה אלימה, ועם זאת קלה לאיתור אף בשלביה הראשוניים. יש חשיבות רבה לאיתור המוקדם ולמניעה

ד"ר רן יהלום

חלל הפה הוא האזור הדומיננטי באזור הראש והצוואר, המועד לגידולים ממאירים. סרטן הפה הוא שם כולל לקבוצת גידולים ממאירים ברקמות הפה – הן כביטוי ראשוני, הן כאתר שאליו נשלחות גרורות מגידולים באזורים מרוחקים יותר כמו פרוסטטה, שד, ריאות, אשכים וכיוצא בזה והן כאתר שבו אפשר לראות ביטוי ראשוני למחלות כמו לימפומה, מלנומה ועוד.

סרטן הפה הוא מחלה שכיחה יחסית, השישית בשכיחותה בבני אדם. הוא מהווה כ־3–4 אחוזים מכלל הגידולים הממאירים בבני אדם בעולם המערבי וכ־40 אחוזים מן הגידולים הממאירים בבני אדם בהודו ובדרום מזרח אסיה, בעיקר עקב לעיסת טבק ואגוזי בטל.

למרות הקלות היחסית באיתור גידולים בחלל הפה כבר בשלבים הראשונים, עדיין מרבית החולים מאובחנים בשלבים מתקדמים ביותר. משום כך, הטיפול קשה והשרידות נמוכה.

המחלה יכולה להתבטא בכל רקמות הפה – לשון, רצפת הפה, חניכיים, רירית בוקלית, עצמות הלסת ושפתיים. בשלביה הראשונים היא איננה מכאיבה ובדרך כלל מתבטאת רק באי נוחות מקומית.

הגידול הנפוץ ביותר בחלל הפה הוא סרטן תאי קשקש (Squamous cell carcinoma), המהווה כ־93 אחוזים מכלל הגידולים. סימנו הראשון הוא פצע, כיב קטן ששוליו מורמים והוא גדל לאיטו, איננו כואב ואיננו מגיב לטפול אנטיביוטי. בשלביו הראשונים, הגידול יכול להידמות לרקמה היפרפלסטית דמוית Giant cell granuloma או Pyogenic granuloma, לגרום לניידות שיניים, לאקספנסיית עצם ולשינוי תחושתי. סרטן תאי הקשקש מכאיב כאשר הוא פולש לרקמות סמוכות ומגביל בתפקוד.

ממצאים רנטגניים ראשוניים בצילום פנורמי או פריאפיקלי ידמו הרס עצם מקומי, הנראה כמעין כרסום של העצם, ובמקרים של גרורות – הן תיראנה כאזורים רדיולוצנטיים בעצם, המלווים בדרך כלל בשינוי תחושה.

המחלה מאפיינת על פי רוב גברים בעשור השישי עד השמיני לחייהם, מעשנים בדרך כלל וצרכני אלכוהול, אך בשנים האחרונות קיימת עלייה ניכרת במספר הנשים החולות, במספר החולים הצעירים מתחת לגיל 40 ובאוכלוסייה שאיננה מעשנת או שותה.

הממצאים באוכלוסייה היהודית בישראל שונים מהמקובל בעולם: היחס בין נשים לגברים עומד על כמעט 1:1; מיעוט מעשנים וצרכני אלכוהול; נשים המרכיבות תותבות מצויות ברמת סיכון גבוהה יחסית; שכיחות גבוהה יחסית של גילאים צעירים ביותר (16–45). כמו כן, קיימת מודעות נמוכה

ד"ר רן יהלום – סגן בכיר למנהל מחלקת כירורגיית פה ולסת, מרכז מרפאת סרטן הפה וחבר ב־Head & Neck Tumor Board, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר.

הכתבה התפרסמה בכתב העת DENTAL לרופאי השיניים בישראל, גיליון 4, דצמבר 08 – ינואר 09.

יחסית לעולם המערבי של הציבור ושל המערכת הרפואית, ובכלל זה רפואת השיניים, להימצאות מחלות ממאירות בחלל הפה.

האתרים השכיחים ביותר הם הלשון ורצפת הפה, השפתיים ולאחריהם הלחיים, האזור הרטרו־מולרי, החניכיים ועצמות הלסת.

התפשטות הגידול מעבר להתפשטות מקומית היא דרך המערכת הלימפטית, ההמטוגנית והעצבית. לגידול פוטנציאל גבוה למשלוח גרורות, בראש ובראשונה לבלוטות הלימפה בצוואר ולאחר מכן לריאות.

סרטן תאי קשקש המחקה מחלת חניכיים בצד שמאל תחתון

סרטן תאי קשקש בחניכיים

הגדרת המחלה

הטיפול בסרטן הפה נקבע בהתאם לפרמטרים הקשורים לגידול.

הגידול מוגדר על ידי שלושה מרכיבים:

1. T – גודל פיסי של הגידול בסנטימטרים, בקפיצות של 2 ס"מ.
2. N – גרורות במערכת הלימפה הצווארית לפי הפיזור. הימצאות גרורות צוואריות מקטינה את שיעור הריפוי בכ־50 אחוזים. גם בצוואר שלילי בבדיקה ובהדמיה קיימת אפשרות של כ־8–10 אחוזים להימצאות מיקרו מטסטזות.
3. M – גרורות מרוחקות.

סיכום מרכיבים אלה מהווה את הגורם החשוב ביותר בהגדרת המחלה הראשונית, ה־TNM = Staging. ככל שמדד ה־TNM גדול יותר, השלב במחלה מתקדם יותר

Pro-Argin:
טכנולוגיה פורצת דרך
להקלה ברגישות יתר של הדנטין

מי שמכיר את הכאב החד, הקצר, יבין למה זה נקרא מהפכה.
במשך שנים אמרו לנו שאין מה לעשות ושצריך לחיות עם זה. במשך שנים, אנשים שסבלו מהתופעה שנקראת רגישות יתר של הדנטין - שלא הצליחו לטעום גלידה או לשתות כוס מים קרים בקיץ או אפילו ליהנות מרגע מתוק של קפה ועוגה - ידעו שנגזר עליהם לחיות עם התופעה.
תופעת רגישות היתר של הדנטין מקורה בחשיפת הצינוריות (הטובולים) לגירויים חיצוניים כמו קור, חום, אוויר ומגע.
באפריל 2009, במסגרת הכנס השנתי של ארגון ה־IADR שנערך במיאמי, ארה"ב, הכריזה חברת קולגייט על מהפכה בתחום - פריצת דרך להקלה ברגישות יתר של הדנטין!
המהפכה לא איחרה להגיע לישראל. לפני שבועיים, במסגרת הכנס השנתי הישראלי של ההסתדרות לרפואת שיניים, הציגה קולגייט לרופאי השיניים הישראליים את הטכנולוגיה החדשה והמהפכנית, שתתרום תרומה ניכרת לשיפור איכות חייהם של המתרפאים שלהם.
מדובר בטכנולוגיה פורצת דרך - טכנולוגיית הפרו־ארג'ין!
טכנולוגיית הפרו־ארג'ין אוטמת את צינוריות הדנטין הפתוחות באפילקציה אחת בודדת למשך 28 יום!
הטכנולוגיה מבוססת על תהליך טבעי ועושה שימוש בחומצת אמינו ארג'ינין וקלציום קרבונט, שני רכיבים הקיימים ברוק באופן טבעי. הארג'ינין הטעונה חיובית נקשרת למשטח הדנטין הטעון שלילית ויוצרת שכבה עשירה בסידן, שנמשכת פנימה לתוך צינוריות הדנטין הפתוחות ומסייעת לאטימה ולחסימה יעילה.
טכנולוגיית הפרו־ארג'ין מעניקה הקלה מידית ברגישות על ידי חסימת מעבר הגירוי של חום, קור, אוויר ומגע לקולטנים המשדרים לכאב.
קולגייט שילבה את הטכנולוגיה הזו במשחת קולגייט סנסיטיב פרו־רליף: קולגייט סנסיטיב פרו־רליף החדשה, עם טכנולוגיית הפרו־ארג'ין, הוכחה קלינית כמעניקה הקלה מידית וממושכת לשיניים רגישות כבר לאחר אפליקציה בודדת. מדובר בפרוצדורה פשוטה ונוחה, שבה רופא השיניים או השיננית מורחים ומעסים את המשחה על פני השן הרגישה למשך שלוש שניות.
מהיום, ניתן יהיה להשיגה בכל מרפאת שיניים בישראל!
חשיפת הטכנולוגיה החדשה זכתה לתגובות נלהבות ביותר בקרב באי הכנס, שנערך ב־26.11 במלון הילטון בתל אביב. מלבד ביתן ההסברה שהוצב במרכז התערוכה נפתח לרשות המבקרים חדר קולנוע, שבו הוקרן סרטון הסברה על אופן עבודת הטכנולוגיה ועל אופן השימוש במוצר - קולגייט סנסיטיב פרו־רליף, לשימוש מרפאתי בלבד. בשל ההתעניינות הרבה בנושא, כ־75% מהרופאים שהגיעו לכנס מיהרו לצפות בסרטון ולקבל מידע אודות הטכנולוגיה ואודות המוצר החדש שאותו יוכלו לרכוש למרפאתם.

אורית שגב
מנהלת תחום מקצועי, קולגייט

Colgate YOUR PARTNER IN ORAL HEALTH

סרטן תאי קשקש בלשון

סרטן תאי קשקש בלחי

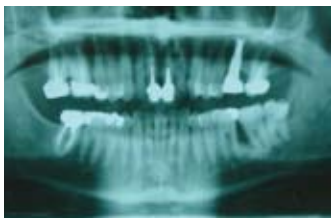
גישה לאזור רטרומולרי ולסת תחתונה אחורית

מתלה פקטורלי לשחזור לחי

בסולם מ־1–4, הטיפולים קשים יותר והשרידות נמוכה. מבחינה סטטיסטית, שיעור הריפוי בשלב 1 הוא כ־80 אחוז, בשלב 2 הוא כ־70 אחוז, בשלב 3 כ־55 אחוז ובשלב 4 כ־20 אחוז.

מעבר לפרמטרים אלה, קיימת חשיבות רבה לעומק החדירה של הגידול, במ"מ, לתוך הרקמות: ככל שהחדירה עמוקה יותר, השרידות נמוכה יותר. גידולים שטחיים, גם אם שטחם נרחב, מאפשרים שרידות גבוהה יותר.

בירור המחלה נעשה בראש ובראשונה על ידי ביופסיה מייצגת ולאחריה בירור מערכתי וגרורתי מלא באמצעות CT לאזור המוח, הראש, הצוואר והחזה ואולטרא סאונד לאזור הבטן והאגן.


צילום פנורמי המדגים גידול באזור באזור 36–37 ונראה כמחלת חניכיים

גורמים הקשורים בחולה

גילו של החולה, מצבו הבריאותי הכללי וחוסנו הנפשי הם גורמי המפתח בטיפול. מאחר שכיום אנשים חיים באיכות חיים טובה עם מחלות מורכבות ונוטלים תרופות רבות, יש לבצע בירור מקיף לגבי מצבו הרפואי של החולה ויכולתו לעמוד בטיפולים. יש לשים לב למצבו הכללי, מאחר שעצם הבשורה המרה על מחלתו גורם לפחדים קשים מידיים, בשל הפחד מאובדן האסתטיקה של הגוף והחשש מפני הבאות. החשיפה למקורות מידע, בעיקר באמצעות האינטרנט המכיל מידע רב ומבלבל, מוסיפה לעתים למצוקתו של החולה. יש להדגיש בפניו את זכותו לפנות לחוות דעת נוספות.

בהכנת החולה לניתוח חובה לשם לב למצבו הנפשי ולאפשרות של תמיכה מצד בני משפחתו ולדאוג לערב גורמי תמיכה, למתן טיפול נפשי תומך.

הכנת החולה לניתוח כוללת, במקרים רבים, התקנת גסטרוסטום – להזנה לתקופת הטיפולים ועד לחזרה לתפקוד אוראלי – וטרכאוסטומיה לשמירת נתיב אוויר.

גורמים הקשורים ברופא

הטיפול במחלה הוא טיפול משולב. הצוות המטפל במחלה כולל כירורגים פה ולסת, הנעזרים במידת הצורך ברופאי אא"ג, פלסטיקאים ואונקולוגים. יש לערב גורמי תמיכה כמו עובדים סוציאליים ופסיכולוגים.

מאחר שהטיפול הוא כירורגי, על הכירורג האחראי לניתוח להיות מיומן ולדעת מתי ואיך לנתח ומתי לא לנתח.

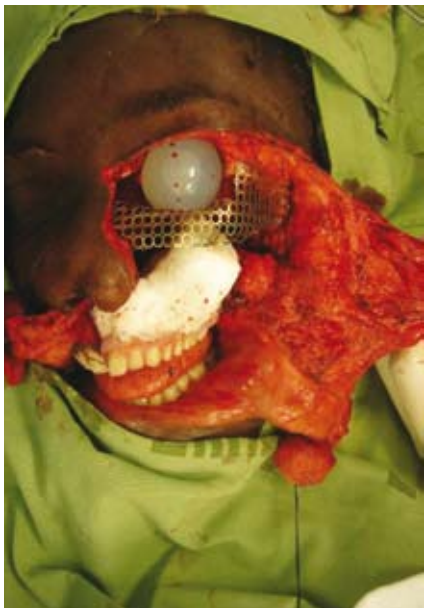
כאמור, בירור המחלה נעשה בראש ובראשונה על ידי ביופסיה מייצגת ולאחריה בירור מערכתי וגרורתי מלא באמצעות CT לאזור המוח, הראש, הצוואר והחזה וכן אולטרא סאונד לאזור הבטן והאגן. יעילות ה־MRI בגידולי חלל הפה פחותה משל ה־CT, ושניהם מבוססים על איתור של שינוי גודל, צורה ומורפולוגיה של רקמות. איתור גרורות מרוחקות מתבצע בצורה הטובה ביותר באמצעות PET-CT, שמגלה שינויים ברמת המטבוליזם התאי. יש לזכור שלכל ההדמיות יש מגבלות.

הטיפול בסרטן הפה

אפשרויות הטיפול המקובלות במחלות אונקולוגיות הן כירורגיה תוך שימור איברים ככל שניתן, קרינה וכימותרפיה, אשר מטרתה בסרטן

שחזור לסת תחתונה באמצעות עצם אגן

כריתת לשון



שחזור ארובת עין ומקסילה על ידי
אובטורטור, קונפורמר ורשת מתכת

הפה היא טיפול בגרורות מרוחקות וכן שיפור הטיפול הקרינתי ו־Salvage therapy במחלה סופנית בלתי נתיחה.

הטיפול בסרטן הפה הוא כירורגי בבסיסו. ניתנת הזדמנות כירורגית להשיג שליטה על המחלה – בעצם ההחלטה הראשונית בבסיסו של הטיפול האם ניתן "להשיג" את המחלה ולהגיע לריפוי, או שהניתוח מתבצע לצורך פליאטיבי במחלה סופנית, לשם מתן איכות חיים שאירית סבירה לחולה ("איכות מוות").

תכנון הגישה לאזור הגידול ותכנון הניתוח מתבצעים תוך התחשבות מרבית במרכיב האסתטיקה. החתכים בעור נעשים לאורך קווי המתח בפנים ומוחבאים בתוך קפלי עור, במידת האפשר. הניתוח כולל כריתה נרחבת של הגידול בשולי ביטחון בהיקף של 2 ס"מ לפחות וטיפול כירורגי בצוואר (Neck dissection), אם כהליך טיפולי בהימצאות גרורות בהערכה הראשונית, ואם כהליך אבחנתי בצוואר המוגדר ללא גרורות בהערכה הראשונית. הצוואר מחולק לחמישה

כל המוצרים הדנטלים ישירות למרפאה!

AB 2000
המרכז לחומרים ומיכשור דנטלי

חדש!

קיורטות MONTANA
מבית אמריקן איגל

AMERICAN EAGLE

מחירים מיוחדים למזמינים ב–א.ב. 2000

א.ב.2000 בע"מ דרך בן צבי 84 (קומה 4) ת"א 68104 טל. 03-6802828 ▪ ab_2000@zahav.net.il

דיסקציה צוארית משולבת עם כריתה

תכנון חתך אסתטי באזור הפנים

חלקים, והניתוח הצווארי, המתוכנן ומשתנה בהתאם לנתוני היסוד והממצאים תוך הניתוח, הוא ברמות 1–3 ללא עדות למחלה גרורתית בצוואר, למטרת Staging, ועד להוצאת כל הרמות במחלה גרורתית.

הטיפול מלווה בהקרנות למיטת הגידול ולצוואר וקיימת הסתייעות כימותרפית תוך הקרינה (Concomitant chemotherapy).

הכריתה יוצרת פגמים נרחבים באזור הפה, עם השלכות תפקודיות על הנשימה, הדיבור והאכילה וכן השלכות אסתטיות בולטות.

בד בבד עם טיפול הכריתה הכירורגי, מתבצע ניתוח שמטרתו העיקרית שימור ושחזור של תפקודי האכילה, הדיבור והנשימה והחזרת המראה האסתטי ככל שניתן. השחזור מותאם לכל חולה בהתאם לניתוח שבוצע.

בסיום הליך כריתת הגידול, הצוות בוחן את התוצאה לפי העקרונות הבאים:

– אילו איברים חסרים ואיזה תפקוד נפגע;

– אילו איברים נותרו ואיזה נזק נגרם להם, לתפקודם ולאספקת הדם אליהם;

– אילו איברים מתפקדים בצורה תקינה;

– מהן הרקמות שיש להשלים ומהם מקורות הרקמות לשחזור, תוך שימת לב להקטנת הנזקים באתרי קצירת הרקמות לשחזור;

– עלינו לשחזר לחולה את היכולת לבליעה תקינה, לקומפטנטיות אוראלית, לתנועות לסת תחתונה והמשכיות הלסת, לתמיכה לנתיב אוויר, ליכולת דיבור תוך בליעה בו זמנית, לשחזור תפקוד תחושתי ולשימור תנועות מכלול הראש והצוואר.

– מבחינה אסתטית, יש להגדיר את יחידות האסתטיקה בפנים: סמפיזיס מנדיבולרי, זווית הלסת, עצמות הזיגומה, אף ושיניים.

שחזור

שחזור רקמות רכות בפה נעשה על ידי קידום מתלי רקמות רכות מהסביבה – מתלים מקומיים כמו רירית, פלטיסמה ופקטורליס או רקמות מאתרים מרוחקים בטכניקה מיקרו־כירורגית Radial Forearm, Itissimus dorsi' rectus abdominis. בחסר מורכב של רקמות רכות וקשות מובאות רקמות מורכבות עצם־שריר מאזור האגן או הפיבולה, מותאמות באוסטיאוטומיות לאזור החסר ומקובעות על ידי פלטות. במקרים של חסר שאיננו ניתן לשחזור רקמתי מבוצעים שחזורים מלאכותיים, באמצעות תותבות וחלקי פנים מחומר סיליקוני ואקרילי, על ידי רופא מומחה בשיקום פנים המהווה מרכיב בלתי נפרד מהצוות המטפל.

השחזור באזור המקסילרי עדיין מתבצע בעיקרו על ידי אובטורטורים נשלפים. השחזור בלסת התחתונה מורכב יותר. במקרה של פגם המשכי יש לשחזר את המשכיות העצם באמצעים שיוכלו לשאת בעומס הלעיסה ויתנו מענה – הן בכיסוי רקמה רכה בחלל הפה והן בהשלמת עצם לצורך שחזור דנטאלי – על ידי משתלים ותח"ק. הפתרון לכך הוא על ידי פלטות טיטניום ומתלים מיקרו וסקולריים ממקור אגן ופיבולה.

הלשון היא איבר מרכזי בפה. אי אפשר לשחזר רקמת שריר. ניתן לתפקד טוב גם באמצעות רבע משטח הלשון, וקיימת אפשרות להשלים נפח ביעילות מסוימת על ידי מתלי רקמה רכה.

הטיפול הנלווה, הקרינתי והכימותרפי, מלווה בתופעות לוואי קשות, מוקוזיטיס וכיבים בפה ובלוע הפוחתים עם הזמן ויובש קשה בפה לשארית החיים.

בפה קיימות בלוטות רוק רבות, וגם הן מהוות אתר לגידולים ממאירים. גם בהן הטיפול הוא ניתוחי וזהה בבסיסו לטיפולים בסרטן תאי הקשקש. במחלות בלוטות הרוק, יעילות הטיפול הקרינתי והכימותרפי היא נמוכה.

במקרים של מחלה חוזרת יש לשקול את היכולת לטיפול בשליטה מחודשת בה. השיקול העיקרי הוא האפשרויות הטיפוליות, הכירורגיות והאונקולוגיות האפשריות והשלכותיהן על האיכות של שארית החיים, מול אורך החיים שניתן להשיג. יש לשתף את החולה בשיקולים אלה ולהציע אפשרויות פליאציה וטיפול הוספיס.

בפה מצויים נגעים טרום־ממאירים כגון לויקופלאקיות – כתם לבן, אריתרופלאקיות – כתם אדום ומחלת Lichen planus. מחלות אלו הן בעלות פוטנציאל לשינוי ממאיר ולכן מצריכות מעקב צמוד ארוך טווח של מומחים לכירורגיה או לרפואת הפה וביופסיות מרובות לשלילת ממאירות ואיתור מוקדם.

לסיכום

מחלת סרטן הפה הינה מחלה אלימה. הטיפול בה מורכב וגורם לנכות קשה, ועם זאת המחלה קלה לאיתור כבר בשלביה הראשוניים. העלאת המודעות למחלה, הן בקרב הציבור והן במערכת הרפואית, תתרום לאיתור מוקדם ולמניעה.

בכל מקרה של נגע בחלל הפה שאיננו קטן או חולף תוך כשבועיים־שלושה, חובה להיבדק על ידי כירורג פה ולסתות העוסק בתחום הכירורגיה האונקולוגית, לצורך אבחנה וטיפול.

נפלאות הקו־אנזים

דרך טבעית לטיפול במחלות לב, חניכיים, סוכרת ועוד

ד"ר גיא וולפין

הקו־אנזים Q10 (שנקרא גם ubiquinone וגם ויטמין Q10) הינו חומר המסייע לגוף לעכב תהליכים שנגרמים על ידי הרדיקלים החופשיים – מולקולות אשר מחמצנות תאי גוף שונים וגורמות להזדקנותם ולמותם.

הקו־אנזים Q10 מוכר לרפואה המשלימה מזה שנים רבות. על אף שישנם רופאים "מערביים" המזלזלים בהשפעותיו החיוביות של ה־Q10, בשנים האחרונות התפרסמו ברחבי העולם מחקרים מהימנים, אשר מוכיחים את יעילות ה־Q10 כנוגד תהליכי חמצון (אנטי־אוקסידנט) ואת השפעתו החיובית על תאי הגוף. כיום יש נטייה גוברת והולכת גם בקרב הרופאים ה"מערביים" לשלב חומר זה כתוסף מזון חיובי, בנוסף לטיפולים הרפואיים המקובלים[1–33].

הקו־אנזים Q10 נמצא בעיקר בבשר, דגים, ביצים, תרד וברוקולי, אך הגוף אינו מצליח להפיק מהמזון רמה מספקת שלו. יכולת זו אף פוחתת עם השנים, ולכן מומלץ לנטלו כתוסף מזון באופן יומיומי, בעיקר ככל שמזדקנים או חולים במחלות שונות. באופן מלאכותי, Q10 מופק מהתססה של שמרים. במדינות המזרח הרחוק, רבים נוטלים Q10 באופן שגרתי והוא נחשב חלק מהתזונה היומית הרגילה.

השפעות חיוביות

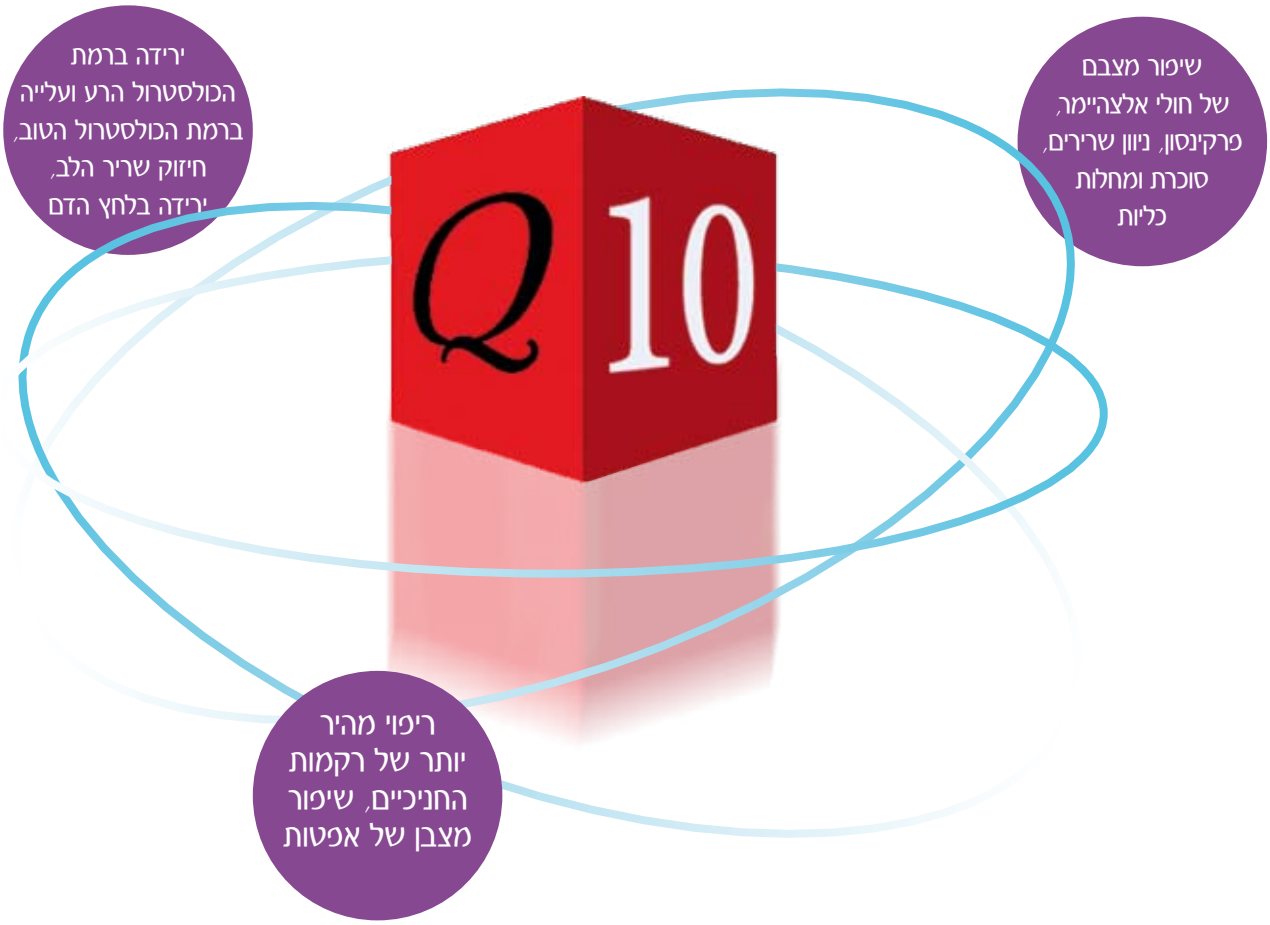
במחקרים רפואיים שונים נמצא כי מולקולות ה־Q10 מנטרלות מולקולות מחמצנות הרסניות, ובכך מאריכות את חייהם ומשפרות את תפקודם של תאים שונים, בהם תאי עצב, תאי שריר, רקמות קולגן, כדוריות דם, תאי מערכת החיסון ועוד. במחקרים אחרים הוכח כי בהשוואה למטופלים שעברו רק טיפול רפואי "שמרני", מטופלים אשר קיבלו גם את ה־Q10 הראו שיפור גדול יותר ומהיר יותר במצבם[1–33].

מחלות לב: במחקרים רבים נמצא כי קו־אנזים Q10 מסייע לחיזוק של שריר הלב ולהגברת יכולתו לספק חמצן לרקמות הגוף, להפחתת הרמה של תעוקת החזה (אנגינה פקטוריס), לירידה ברמת הכולסטרול הרע ועלייה ברמת הכולסטרול הטוב, לירידה בלחץ הדם, לזרימת דם משופרת וליצירה מהירה יותר של כלי דם חדשים לאחר התקפי לב. קרדיולוגים במזרח הרחוק רושמים Q10 באופן נרחב כרוטינה בטיפול בחולי לב, יתר לחץ דם ועוד[1–15].

מחלות שונות: קו־אנזים Q10 נמצא כמשפיע לטובה בהאטת ההידרדרות של מחלות שונות ואף בשיפור מצבם של חולי אלצהיימר, פרקינסון, ניוון שרירים, סוכרת ומחלות כליות, ברפואת עיניים ועוד. כמו כן, Q10 נמצא כמזרז ריפוי של תהליכים דלקתיים וכמסייע בשריפת קלוריות, הורדה במשקל, הגברת תנועתיות של הזרע, הפחתה באירועי מיגרנה ועוד. יש אף מחקר שהראה

ד"ר גיא וולפין אחראי על הלימודים הקליניים במחלקה ללימודי שיננות, בית הספר לרפואת שיניים, אוניברסיטת תל־אביב.

במאמרו של ד"ר גיא וולפין "מומי לב מולדים", שהתפרסם בגיליון מס' 35, נשמטה ההערה הבאה:
מומלץ לעיין בהמלצות משרד הבריאות בנושא ובהמלצות איגוד הלב האמריקאי AHA:
1. Circulation. 2007 Oct 9;116(15):1736-54. Epub 2007, Apr 19
2. הנחיות למניעת דלקת זיהומית של פנים הלב (אנדוקרדיטיס):
http://www.israel-heart.org.il/images/position/Endocarditis_13.pdf
עמכם הסליחה.



הפחתה בשיעור ההתפרצות של סרטן השד בקבוצות סיכון אופייניות[16-26].

מחלות חניכיים ואפטות: מחלות חניכיים נגרמות בעיקר על רקע הצטברות אבנית בשל הרגלי צחצוח לקויים. האבנית היא תוצאה של הידבקות אל צוואר השן של חיידקי חניכיים, שלא סולקו בצחצוח ועברו הסתיידות והתקשות לאחר שקיעת סידן בתוכם. נמצא כי במצבים שבהם במקביל להסרת האבנית ושיפור רמת ההיגיינה האוראלית המטופלים קיבלו Q10, היה ריפוי מהיר יותר של רקמות החניכיים וצמצום משמעותי יותר בעומק כיסי החניכיים. מטופלים שעברו ניתוחי חניכיים שונים וגם נטלו Q10 החלימו מהר יותר. שיפור זה מיוחס בעיקר לנטרול המולקולות המחמצנות "הרעות", לשיפור ביכולת המערכת החיסונית, לזרימת דם וחמצן משופרת ולהיווצרות מחדש של רקמות קולגן, שהינן חיוניות לריפוי החניכיים. גם בקרב מטופלים הסובלים מאפטות, פצעים כואבים ברקמות הפה, נרשם שיפור לאחר נטילה ממושכת של Q10[27-33].

דרכי טיפול מומלצות

קו־אנזים Q10 אינו תרופה אלא תוסף מזון, ולכן אינו דורש מרשם רופא. יחד עם זאת, חשוב להדגיש כי Q10 אינו מהווה תחליף לטיפול רפואי או תרופתי אלא רק כמשלים. חשוב לקבל ייעוץ רפואי והסברים מעמיקים לפני שמתחילים את השימוש בו ומומלץ להיבדק על ידי הרופא באופן סדיר, כדי שייקבע המינון המתאים לכל מצב. האפקט אינו מתרחש מיד, אלא לאחר 4–6 שבועות של שימוש לפחות. חשוב לא להפסיק את השימוש בבת אחת; יש לעשות זאת בהדרגה.

המינון הממוצע המקובל הינו 50–180 מ"ג ליום, לאחר האוכל אך לא לפני השינה. לחולי לב, פרקינסון וסוכרת מומלצים בדרך כלל מינונים גבוהים יותר. להקלה על בעיות חניכיים, אפשר גם לעסות את החניכיים עם Q10 מהול בשמן סויה או בשמן זית.

יש מוצרי Q10 שונים – לבליעה, למציצה או ללעיסה. יש גם מוצרים שמשלבים תוספי מזון חשובים אחרים, כגון ויטמין E ואבץ. מומלץ להתייעץ עם הרופא המטפל במחלה לפני תחילת הטיפול, וכן עם סמכות מקצועית ברפואה משלימה כגון מומחה לרפואה סינית, נטורופת, הומיאופת וכדומה.

למי לא מומלץ לקחת Q10?

אין מחקרים שמצביעים חד משמעית על קבוצות סיכון ל־Q10. תופעת לוואי נדירה הינה שלשולים וכאבי בטן. אין נתונים מספקים על ההשפעה על היריון והנקה, ולכן מומלץ להימנע מ־Q10 במצבים אלה. כמו כן, לא ברורה מידת הבטיחות שיש בשימוש ב־Q10 במקביל לתרופות נוגדות קרישה כמו ווארפארין וקומאדין. מומלץ להתייעץ עם מומחה בנושא לפני השימוש.

סיכום

בשימוש נכון ובפיקוח רפואי, הקו־אנזים Q10 עשוי להיות תוסף מזון נפלא וזמין, אשר עוזר לגוף להילחם בתהליכי הזדקנות, משפר את מצבן של רקמות הגוף השונות ומסייע במניעה של הופעת מחלות. במצבים של בעיות רפואיות שונות, נטילת הקו־אנזים Q10, בנוסף לטיפול הרפואי והתרופתי, עשויה להקל על הסימפטומים השונים ולשפר את קצב הריפוי מהמחלה.

ספרות

1. Bonakdar RA, Guarneri E, et al.: Coenzyme Q10; Am Fam Physician. 2005 Sep 15;72(6):1065-70.
2. Morré DM, Morré DJ et al.: Supplementation with CoQ10 lowers age-related (ar) NOX levels in healthy subjects; Biofactors. 2008; 32(1-4):221-30.
3. Littarru GP, Tiano L: Clinical aspects of coenzyme Q10: an update; Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2005 Nov; 8(6):641-6.
4. Plecitá-Hlavatá L, Jezek J,et al.: Pro-oxidant mitochondrial matrix-targeted ubiquinone MitoQ10 acts as anti-oxidant at retarded electron transport or proton pumping within Complex I.; Int J Biochem Cell Biol. 2009 Aug-Sep; 41(8-9):1697-707.
5. Fuller B, Smith D,et al.: Anti-inflammatory effects of CoQ10 and colorless carotenoids. J Cosmet Dermatol. 2006 Mar; 5(1):30-8.
6. Niklowitz P, Sonnenschein A,et al : Enrichment of coenzyme Q10 in plasma and blood cells: defense against oxidative damage. Int J Biol Sci. 2007, Apr 5; 3(4):257-62.
7. Larsen H: Coenzyme Q10 - The Wonder Nutrient, International Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 16, No 2, February 1998, pp. 11-12.
8. Littarru, GP, et al.: Clinical aspects of coenzyme Q: Improvement of cellular bioenergetics or antioxidant protection? In Handbook of Antioxidants, eds. Enrique Cadenas and Lester Packer, NY, Marcel Dekker, Inc., 1996, pp. 203-39
9. Morisco C, Trimarco Bet al.: Effect of coenzyme Q10 therapy in patients with congestive heart failure: a long-term, multicenter, randomized study. Clin Investig 1993; 71(suppl 8):S134-6.
10. Hofman-Bang C, Rehnquist Net al.: Coenzyme Q10 as an adjunctive in the treatment of chronic congestive heart failure. The Q10 study group. J Card Fail 1995; 1:101-7.
11. Baggio E, Gandini R, et al.: Italian multicenter study on the safety and efficacy of coenzyme Q10 as adjunctive therapy in heart failure. CoQ10 Drug Surveillance Investigators. Mol Aspects Med 1994; (15 suppl):S287-94.
12. Greenberg, Steven and Frishman, William H.: Co-enzyme Q10: A new drug for cardiovascular disease. Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 30, 1990, pp. 596-608
13. Oda, T. Coenzyme Q10 therapy on the cardiac dysfunction in patients with mitral valve prolapse. Dose vs effect and dose vs serum level of coenzyme Q10. In Biomedical and Clinical Aspects of Coenzyme Q, Vol. 5, eds. Folkers, K. and Yamamura, Y., Amsterdam, Elsevier, 1986, pp. 269-80
14. Langsjoen, P.H., et al. Response of patients in classes III and IV of cardiomyopathy to therapy in a blind and crossover trial with coenzyme Q10. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, Vol. 82, 1985, p. 4240
15. Langsjoen, P., et al. Treatment of essential hypertension with coenzyme Q10. Molec. Aspects Med., Vol. 15 (suppl), 1994, pp. S265-72
16. Mancini A, Leone E, et al.: Evaluation of antioxidant systems (coenzyme Q10 and total antioxidant capacity) in morbid obesity before and after biliopancreatic diversion; Metabolism. 2008 Oct; 57(10):1384-9.
17. Gaby AR. The role of coenzyme Q10 in clinical medicine: part II. cardiovascular disease, hypertension, diabetes mellitus, and infertility. Alternative Ned Rev 1996; 1(3): 168-75.
18. van Gaal, L., et al. Exploratory study of coenzyme Q10 in obesity. In Biomedical and Clinical Aspects of Coenzyme Q, Vol. 4, eds. Folkers, K. and Yamamura, Y., Amsterdam, Elsevier, 1984, pp. 369-73.
19. Murray, Michael T. Encyclopedia of Nutritional Supplements, Rocklin, CA, Prima Publishing, 1996, pp. 296-308.
20. Bliznakov, Emile G. and Hunt, Gerald L.: The Miracle Nutrient Coenzyme Q10. NY, Bantam Books, 1986.
21. Mancini A, De Marinis L et al.: An update of Coenzyme Q10 implications in male infertility: biochemical and therapeutic aspects. Biofactors. 2005; 25(1-4):165-74.
22. Nakajima Y, Inokuchi Y, et al.: Coenzyme Q10 protects retinal cells against oxidative stress in vitro and in vivo; Brain Res. 2008 Aug 21; 1226:226-33. Epub 2008 Jun 18.
23. Sakata T, Furuya R,et al.: Coenzyme Q10 administration suppresses both oxidative and antioxidative markers in hemodialysis patients; Blood Purif. 2008; 26(4):371-8. Epub 2008 May 29.
24. Folkers, K., et al.: The activities of coenzyme Q10 and vitamin B6 for immune responses. Biochemical and Biophysical Research Communications, Vol. 193, May 28, 1993, pp. 88-92.
25. Folkers, K., et al.: Coenzyme Q10 increases T4/T8 ratios of lymphocytes in ordinary subjects and relevance to patients having the AIDS related complex. Biochemical and Biophysical Research Communications, Vol. 176, April 30, 1991, pp. 786-91.
26. Yang L et al.: Combination therapy with coenzyme Q10 and creatine produces additive neuroprotective effects in models of Parkinson's and Huntington's diseases. J Neurochem. 2009 Jun; 109(5):1427-39. Epub 2009 Mar 28.
27. Battino M, Bompadre S., et al.: Antioxidant status (CoQ10 and Vit. E levels) and immunohistochemical analysis of soft tissues in periodontal diseases. Biofactors. 2005; 25(1-4):213-7.
28. Bullon P, Morillo JM., et al.: Metabolic syndrome and periodontitis: is oxidative stress a common link? J Dent Res. 2009 Jun; 88(6):503-18.
29. Nakamura, R., et al.: Study of CoQ10-enzymes in gingiva from patients with periodontal disease and evidence for a deficiency of coenzyme Q10. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, Vol. 71, 1974, p. 1456.
30. Matsumura T, Saji S, et al.: Evidence for enhanced treatment of periodontal disease by therapy with coenzyme Q. Int J Vitam Nutr Res. 1973 Apr; 43(4):537-48.
31. Hanioka, T., et al.: Effect of topical application of coenzyme Q10 on adult periodontitis. Molec. Aspects Med., Vol. 15 (suppl), 1994, pp. S241-48.
32. Littarru, G.P., et al.: Deficiency of coenzyme Q10 in gingival tissue from patients with periodontal disease. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, Vol. 68, 1971, p. 2332.
33. Wilkinson, E, et al.: Treatment of periodontal and other soft tissue diseases of the oral cavity with coenzyme Q. In Biomedical and Clinical Aspects of Coenzyme Q, Vol. 1, eds. Folkers, K. and Yamamura, Y., Amsterdam, Elsevier, 1977, pp. 251-65.

על חומרי מילוי ובוטוקס
הדרכים הנפוצות להילחם בהזדקנות העור

ד"ר רובינפור

בשנים האחרונות, עם כניסת הבוטוקס וחומרי מילוי חדשים, חל מהפך בתחום הכירורגיה האסתטית.

בוטוקס הוא חומר המופק מהחיידק כולסטרידיום, והשפעתו נובעת מיכולתו להפסיק את התכווצות השריר. כדי להבין את יכולתו של הבוטוקס לטפל בקמטי ההבעה, עלינו להכיר את סוגי הקמטים ואת מנגנון היווצרותם.

בפנים קיימים שני סוגי קמטים:

1. קמטים דינמיים, הנוצרים אך ורק לאחר כיווץ של שרירי ההבעה, כמו קמטים בין העיניים ומצדי העין.

2. קמטים סטטיים (קבועים), שקיימים ללא קשר לפעילות השרירים (מצדי הפה).

בוטוקס

בוטוקס משפיע בעיקר על קמטים דינמיים. האזורים המומלצים לשימוש בו הינם בין העיניים, צדי העין והמצח. בוטוקס גורם לחסימת השחרור של אצטילכולין ומונע מהשריר להתכווץ.

לאחרונה, שימושים חדשים בבוטוקס – כולל הזרקה באזור הצוואר ("צוואר נפרטיטי") – זוכים לפופולריות עצומה. על ידי הזרקת הבוטוקס אפשר לחדד את קווי הלסת ולשפר את המראה של שרירי הצוואר.

שימוש נוסף ומעניין הוא הזרקה בשריר המטה כלפי מטה את זווית הפה. על ידי החלשתו, אפשר להרים זוויות פה נפולות.

לאחרונה אני משתמש בבוטקס באנשים שסובלים מחריקות שיניים בלילה. במקרים כאלה קיימת הרחבה של החלק התחתון של הפנים, בגלל גדילה משמעותית של שרירי הלעיסה. הזרקת בוטוקס בתוך שרירים אלו מקטינה את נפח השריר, משפרת את מראה הפנים וגם מפחיתה את חריקת השיניים.

שימוש נפוץ ומעניין הוא הזרקת בוטוקס כפתרון להזעת יתר בבתי השחי ובכפות הרגליים והידיים. במקרים כאלה, היתרון הוא שלא נוצרת הזעת יתר תגובתית באזורים אחרים בגוף.

הזרקת בוטוקס בשיטה מיוחדת גם משמשת לטיפול במקרים קשים של מיגרנה. ב־70% מהמקרים, השיפור מתבטא בהפסקת הכאבים או בירידה בתדירות או בעוצמה שלהם.

יש לזכור שהשפעת הבוטוקס היא זמנית, לתקופה של 3–5 חודשים, ומשתנה מאדם לאדם.

הכותב הוא מנתח פלסטי ואסתטי מומחה

חשוב ביותר שההזרקה תתבצע על ידי רופא מיומן, המתמצא באנטומיה של שרירי הפנים, כדי למנוע סיבוכים אפשריים. סיבוכים נובעים בעיקר מהזרקה לא נכונה.

חומרי מילוי

חומרי מילוי, בניגוד לבוטוקס, אינם משפיעים על השרירים והם מתאימים במיוחד לקמטים הקבועים.

חומרי מילוי מתחלקים לשתי קבוצות עיקריות:

- חומרי מילוי זמניים;
- חומרים לטווח ארוך.

כבעל ניסיון של שנים רבות בתחום הכירורגיה האסתטית, יש לדעתי יתרון גדול לחומרים עם זמן ההשפעה המוגבל.

החומרים הטבעיים המומלצים ביותר מתחלקים לשלושה סוגים:

1. חומצות היאלורוניות בריכוזים שונים – Juvaderm, Juvaderm Ultra ו־Restylene;

2. חומר מילוי המורכב מהידרוקסי אפטיט, שבאופן טבעי קיים במח העצם – Radiesse;

3. חומר מילוי על בסיס קולגן בשם אבולנס (Evolence).

חומצה היאלורונית מופקת לרוב באופן סינתטי. באופן טבעי היא נמצאת בסחוסים, בעיניים וברקמה התת עורית. בגיל צעיר, הרמה של החומצה ההיאלורונית בגוף גבוהה יותר, ובמהלך ההזדקנות הכמות הולכת ופוחתת. הזרקת חומצה היאלורונית לקמטים היא למעשה הדרך הקלה והפשוטה ביותר לטיפול בהזדקנות העור. לאחר ההזרקה, יש ספיחת מים בתוך החומר – שמגדילה את יעילותו. בשנים האחרונות, שינוי בריכוז החומצה ובהצלבה של הסיבים הגדילו את משך פעילותה של החומצה באופן משמעותי.

מתוך עשרות סוגים של חומצות היאלורוניות, שניים הראויים לציון הינם Restylene ו־Juvaderm. שני מוצרים אלה קיימים בריכוזים שונים ובהצלבה שונה. ב־Juvaderm הגדילו לעשות, כאשר שילבו חומר להרדמה מקומית עם ריכוז גבוה של חומצה ויצרו מוצר נוח לשימוש ולטווח יחסית ארוך יותר, המכונה Juvaderm Ultra. חומצות היאלורוניות משפיעות לאחר ההזרקה לתקופה שבין שישה חודשים לשנה, בהתאם לריכוז החומר ולכמות ההצלבה של הסיבים.

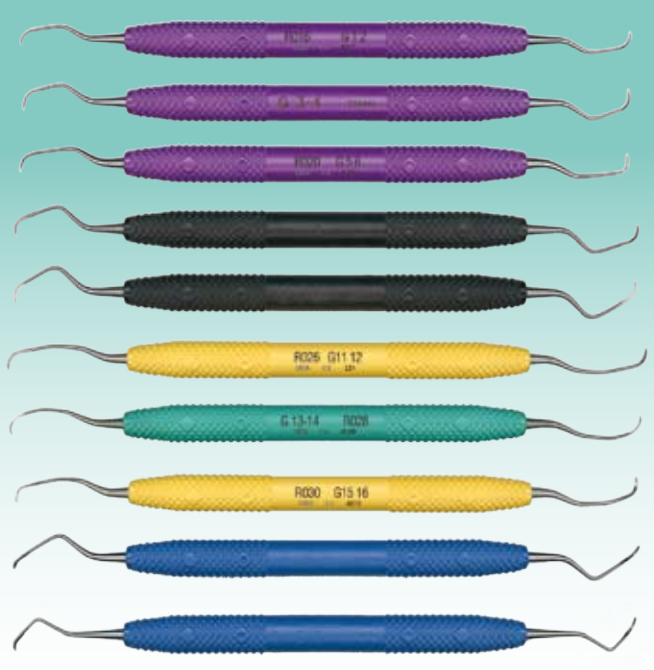
חומר נוסף הינו רדיאס, המיועד לקמטים היותר עמוקים בצדי הפה וליצירת נפח באזור הלחיים. רדיאס גם נחשב כחומר מספק לתקופה של מעל שנה, ובעיקרון אין תופעות לוואי ידועות.

אבולנס הוא חומר הבנוי מרקמת קולגן. הוא פותח בארץ ומתאים למילוי של קמטי הבעה, מילוי שפתיים ומילוי נפחים. החומר משפיע לתקופה שבין תשעה חודשים לשנה, ואצל חלק מהאנשים גם יותר משנה. ההזרקה פשוטה ואין תופעות לוואי משמעותיות.

חומרי מילוי קבועים

בקבוצה זו, החומר הבולט ביותר הינו הסיליקון. במשך שנים קיימים ויכוחים אין־ספור לגבי הזרקת סיליקון. לאחר הזרקתו, החומר יכול להישאר בגוף במשך שנים, וכנראה מכך נובעות הבעיות המיוחסות לו. בשנים האחרונות פותח סיליקון רפואי נקי יותר, ועם ניסיון מצטבר של שנים בקרב הרופאים, כמות הסיבוכים פחתה באופן דרסטי.

הסיבוך הנדיר מאוד של הזרקת סיליקון הוא תגובה אלרגית, שיכולה להופיע גם לאחר שנים מספר. מניסיוני, רוב הבעיות בסיליקון קשורות בהזרקת יתר של החומר ולא בחומר עצמו.



העתיד כבר כאן

PDT

הקיורטות
המובילות בעולם

קלות יותר... חדות יותר... נוחות יותר

99 ש"ח
1+5 מתנה

MegaDent
Dental Supply Ltd.

מגה דנט, טל' 09-8855626
www.megadent.co.il

הפחתה בדלקות חניכיים באמצעות השמירה על היגיינת הפה

תיאור מקרים והטיפול בהם

מאיה אלוש, RDH

יותר ויותר מחקרים מצביעים על עלייה מתמדת בהיארעות של מחלות חניכיים, ששכיחותן בעולם נעה בין 50% ל־100%. השלבים הראשונים של מחלות חניכיים יכולים להיות הפיכים, ולכן חשוב להקפיד על מניעה ועל טיפול הולם. היגיינת פה טובה ושימוש במוצרים יעילים הם חיוניים.

הכותבת היא שיננית מוסמכת, בוגרת הדסה עין כרם

1

הופנה אלי לטיפול בחור בן 26 שטען שאין לו בעיות מיוחדות, פרט לדימום בעת הצחצוח וריח רע מהפה. לאחר סקירה ראשונית, התגלה לי שהבעיה חמורה יותר: ג'ינג'יביטיס מתקדמת, ריח רע מהפה, רמת פלאק ואבנית העולה מעל 1/3 מצוואר השן, חניכיים נפוחות ואדומות, שבמילים פשוטות – צועקות "הצילו".

לאחר הסבר מעמיק, הסרת אבנית גסה בכל הפה והדרכה לצחצוח נכון – המטופל קיבל שטיפת Corsodyl לשבוע ימים והוזמן להמשך טיפול לאחר שבועיים. בתום השבועיים, הוא הגיע עם מדדי דלקת נמוכים יותר. בטיפול זה הוסרה האבנית שנותרה וניתנה הדרכה נוספת: עזרים דנטליים, חשיבות היגיינת הפה והמלצה לשימוש בפרודונטקס.

לאחר שבועיים, המטופל התקשר וטען שאינו מצליח להתרגל לטעמה של משחת השיניים. כשיננית בעלת ניסיון, הסברתי לו שחשוב לעבור את מחסום הטעם ולהתרגל למשחה, מכיוון שראיתי הוכחות רבות לכך שהמאמץ משתלם. הוא אכן התמיד, ולאחר שלושה חודשים, כשהגיע לביקורת ולטיפול תחזוקתי, הפה נראה אחרת – חניכיים ורודות, ללא נפיחות ואודם וללא אבנית.

לדבריו, אין יותר דימום בעת הצחצוח, הריח הרע מהפה נעלם והצחצוח עם פרודונטקס מקנה תחושת ניקיון.

2

מקרה נוסף הוא של מטופלת בת 54, שבעבר עברה טיפול של מומחה למחלות חניכיים (פריודונט) וניקוי עמוק (הקצעות שורשים), ולאחר מכן הקפידה להגיע לתחזוקה אצלי מדי שלושה חודשים.

בכל ביקור שלה אצלי אני מרגישה מסופקת מחדש: על אף שנסיגות חניכיים עדיין קיימות בגובה של 2–3 מ"מ, רואים שהפה מטופל היטב. כמעט שאין אבנית ורוב שטח הפה נקי, ללא סימנים של אדמומיות או נפיחות בחניכיים.

לשאלתי לגבי ההרגלים שלה בבית, ענתה המטופלת: "פעמיים ביום אני משתמשת במשחת שיניים פרודונטקס האדומה, והיא מקנה לי הרגשת ניקיון ורעננות בפה. בנוסף, אני משתמשת במברשות קטנות לניקוי בין השיניים, על פי ההנחיות שלך ושל הפריודונט."

בעקבות מקרים נוספים רבים שבהם ראיתי שיעורי הצלחה טובים, החלטתי להתעמק במרכיבי משחת השיניים פרודונטקס.

שמן מנטה ושמן מרווה (Peppermint Oil & Sage Oil): פועלים כנגד החיידקים הגורמים למחלות חניכיים על ידי הרס הדפנות של תא החיידק (השפעה בקטריוצידית). בכך הם גורמים לעיכוב בצמיחה של רובד החיידקים על השיניים ובהיווצרות הפלאק.

מור ורתניה (Myrrh & Rhatany): תורמים לכיווץ כלי הדם ולמניעת דימומים. במחקר שקראתי (1), ואשר בדק את השפעת פרודונטקס באפליקציית סד, נמצא כי שימוש אינטנסיבי בפרודונטקס על השיניים והחניכיים מוריד את ה־SBI (Sulcus Bleeding Index) בחניכיים.

סודה לשתייה (Sodium Bicarbonate): פועל כבופר המנטרל את ה־pH החומצי, משקם את מאזן ה־pH בפה לאורך זמן ובכך מגן על השיניים והחניכיים מפני הנזק שעלול להיגרם מתנאים חומציים.

בנוסף לאלה, פרודונטקס אינה מכילה SLS (דטרגנט חריף הפוגע ב־Smear Layer). היעדר קצף גם גורם למטופל להאריך את זמן הצחצוח, ובכך רמת ההיגיינה משתפרת.

לפרודונטקס שלוש פרזנטציות:

כחולה – ללא F

אדומה – מכילה 67% סודיום ביקרבונט + F

ירוקה (ג'ל) – מכילה 45% סודיום ביקרבונט + F

אני אישית נוטה להמליץ על הג'ל, שהוא בעל אחוזי מלח נמוכים יותר וטעם מנטה משופר ולמטופלים קל יותר להתרגל אליו.

ספרות

1. BERGHOFF E (1969). A new approach to the prophylaxis and therapy of diseases of the teeth and gums.prophylaxe,8, 245-248.

השמנה נשית בעיה גדולה מהגודל

השמנה נשית גורמת למגוון רחב של מחלות ואף לתמותה. מהי השמנה נשית,

ד"ר דרור דיקר

מחלת ההשמנה הגיעה לממדים של מגיפה עולמית. בדו"ח ארגון הבריאות העולמי מ־2005 נמצא כי 1.6 מיליארד אנשים בעולם לוקים בעודף משקל ו־400,000 הינם שמנים, כאשר יש הטיה ברורה לרעת ההשמנה הנשית.

דו"ח מ־2002 מדגים כי ברוב מדינות אירופה יחס ההשמנה גברים־נשים עומד על 2:1. על פי מידע מעודכן מסקר מב"ת, 19.9 אחוז מהגברים ו־25.8 אחוז מהנשים בישראל מוגדרים כשמנים קליניים (על פי מדידת BMI ≤ 30 ק"ג/מ^2), כאשר המגזר השמן במדינה הן נשים עם השכלה בסיסית ממוצא ערבי[1]. מאידך, בארה"ב, כ־20.2 אחוז מהגברים ו־19.4 אחוז מהנשים מוגדרים כשמנים קלינית [2, 3].

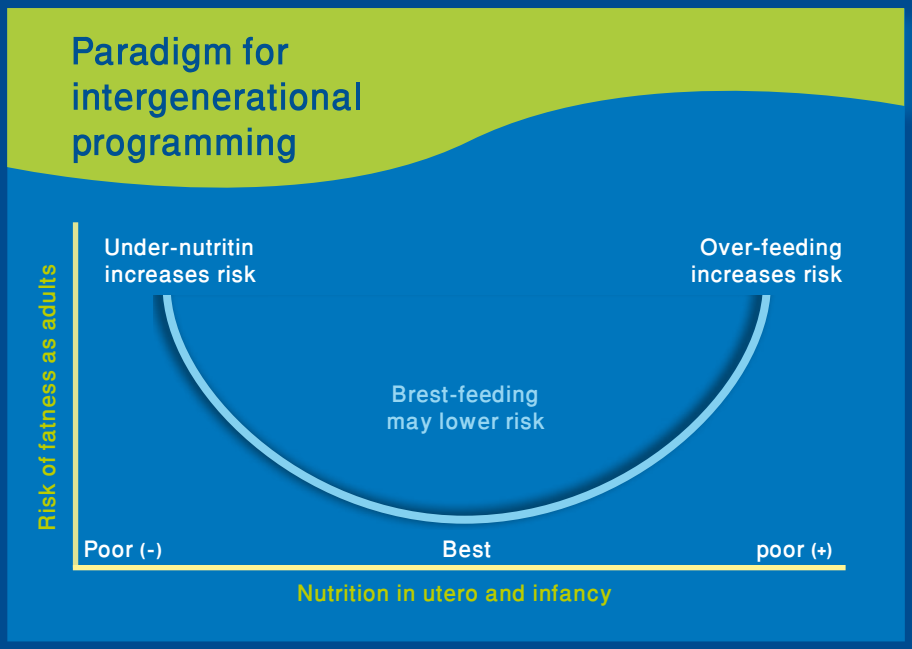
השמנה בטנית, המבוטאת בהיקף מותן גבוה, נמצאה כמנבאת טוב יותר מחלות לב וכלי דם מהשמנה כללית. לאחרונה, נמצא בשני מחקרים גדולים (IDEA ו־INTERHEART) כי נשים במזרח התיכון הינן בעלות היקף המותניים הגדול בעולם. בישראל, על פי הערכות שונות, ל־40 אחוז מהנשים יש היקף מותניים שווה או מעל ל־88 ס"מ, המכליל אותן בקבוצת סיכון גבוה להתפתחות תחלואת לב וכלי דם. זאת, לעומת 30 אחוז מהגברים עם היקף מותניים השווה או מעל ל־102 ס"מ.

למרות נתונים אלו, נראה כי העולם הרפואי עדיין לא הפנים את בעיית ההשמנה הנשית, ומחקרים מדגימים כי כאשר מציגים לרופאים תמונות של גבר שמן ואישה שמנה בעלי אותו פרופיל מטבולי חולני, הגבר השמן יטופל

ד"ר דרור דיקר הוא מנהל מחלקה פנימית ד' ומרפאת עודף משקל וסיבוכיו, המרכז הרפואי רבין – בית החולים השרון

הכתבה התפרסמה בכתב העת לחוקרים ולחופאי משפחה The Pharma, גיליון מס' 6, יולי 2008.

כיצד היא משפיעה בתקופות החיים השונות וכיצד מתמודדים איתה?



איור 1

באופן אגרסיבי יותר בעיית ההשמנה[4].

מאמר זה, אם כן, בא להדגיש את בעייתיות ההשמנה הנשית על כל רבדיה, מתוך מטרה לקדם ולשפר את הידע ולפיכך את ההתייחסות הטיפולית למחלה נפוצה זו.

הערכת השמנה

הערכת מידת ההשמנה מבוצעת בצורה פשוטה ביותר על ידי מדד יחיד – מדד מסת הגוף (BMI - Body Mass Index). מדד זה נקבע על ידי חישוב מתמטי פשוט: משקל הגוף בק"ג חלקי גובה במטרים בריבוע. ארגון הבריאות העולמי (WHO) מחלק את משקלו של אדם על פי ערכי ה־BMI לתת משקל, משקל תקין, עודף משקל והשמנה[5]. ערכים אלו אינם חלוקה חד משמעית בין משקל "בריא" למשקל "לא בריא", אלא מהווים קווים מנחים הנוחים לשימוש. BMI של 25 עד 29.9 מעיד על אדם עם עודף משקל. BMI של מעל 30 מעיד על אדם עם השמנה.

ערך ה־BMI אינו מראה הבדלים בין עודף משקל שמקורו ברקמת השומן לבין עודף משקל שמקורו ברקמת השריר. כמו כן, מדד זה אינו מבדיל בין שומן המצוי באזורים שונים של הגוף – כגון השמנה בטנית, הידועה כגורמת לתחלואה גבוהה יותר מהשמנה באזורים אחרים. ישנם אנשים אשר ערך ה־BMI הגבוה שלהם משקף מסת שרירים גבוהה בגופם. כמו כן, כאשר בודקים מדד זה ברמת האוכלוסייה, ישנו הבדל בין תת אוכלוסיות שונות, ביחס שבין מסת הגוף ה"יבש" שלהם לכמות השומן שבגופם.

היחס שבין BMI לבין כמות השומן שבגוף משתנה בהתאם לגיל ולמין. בגופן של נשים תכולת השומן גבוהה יותר מאשר בגופם של גברים בעלי אותו BMI. בממוצע, באנשים מבוגרים תכולת השומן גבוהה יותר מאשר באנשים צעירים בעלי אותו BMI.

מדד של היקף מותניים (Waist circumference) מהווה מדד פשוט נוסף לזיהוי של השמנה בטנית. מדד היקף המותניים נמדד בקו הרוחב המצוי באמצע המרחק שבין הצלע התחתונה לעצמות האגן. היקף מותניים של מעל 102 ס"מ בגברים ומעל 88 ס"מ בנשים מגדיל את הסיכון למרבית המחלות תלויות המשקל. בניגוד ל־BMI, קיים קשר ישיר בין היקף המותן לכמות השומן הבטני העמוק, ולפיכך מהווה מדד זה כלי טוב יותר להערכת הסיכון לתחלואת לב וכלי דם. שילוב של מדד היקף המותניים עם מדד ה־BMI הוכיח את עצמו כמדד החיזוי הטוב ביותר להשמנה ולהשלכות הבריאותיות הנגזרות ממנה.

היחס שבין היקף המותניים להיקף הירכיים (WHR - Waist Hip Ratio) הינו כלי פשוט בקביעה של מצב עודף משקל. יחס זה הינו תוצאת החילוק (המנה) בין היקף המותניים של האדם להיקף הירכיים שלו. מדד היקף המותניים בחישוב זה נמדד באזור הצר ביותר שלו, בעוד מדד היקף הירכיים נמדד באזור הרחב ביותר שלו. ערך מחושב של WHR הגדול מ־1.0 בגברים והגדול מ־0.8 בנשים מהווה מדד להשמנה. מדד זה הינו בעל יכולת ניבוי ארוכת טווח למחלות הן בגברים[6] והן בנשים[7], ללא קשר למדד ה־BMI. אנשים עם השמנה בטנית עמוקה בולטת סובלים יותר מעמידות לאינסולין ומייצור מוגבר יותר של חומצות שומן חופשיות בהשוואה לאלו שבהם השומן מרוכז בעיקר ברקמה התת־עורית ובגפיים התחתונות[8, 9]. מחקרים שעשו שימוש ב־CT להערכה של השמנה בטנית מעידים על עליונות המדידה של היקף המותניים על פני מדד ה־WHR להערכת תכולת השומן הבטני[10]. לאחרונה, הדגים מחקר ה־INTERHEART את ההתאמה הגבוהה הקיימת בין יחס היקף מותן/ירך והיקף מותן להתפתחות תחלואת לב וכלי דם. עוד נמצא, כי היקף ירך גבוה מפחית את הסיכון להתפתחות תחלואה זו. לכן, היקף המותניים הינו המדד המומלץ להערכת כמות השומן הבטני או למידת ההשמנה המרכזית. היקף המותניים הינו מדד יעיל יותר בהערכת השמנה באותם פרטים שבהם מדד ה־BMI נמוך מ־30. מעקב אחר שינויים בהיקף המותניים במהלך הזמן נותן הערכת שינוי בכמות השומן הבטני גם בהיעדר שינוי במשקל הכולל.

השמנה נשית במעגל החיים

מחלת ההשמנה הנשית משפיעה ברמות שונות במהלך החיים הנשי.

ילדות ומתבגרות

בגילים הללו, ההשפעה מתבטאת בעיקר במישור הבריאות הפסיכו־סוציאלית. במחקר מעקב בין שבע שנים נמצא כי בנות גילאי נערות ובגרות

אשר היו באחוזון 95 בתחילת המעקב סבלו ממצב סוציואקונומי נמוך יותר, פחות שנות לימוד, הכנסה נמוכה יותר, עוני ופחות מהן היו נשואות[11].

קשר משמעותי לא פחות נמצא בין השמנה ופוריות. במחקר "האחיות" נחקר הקשר בין הפרעות במחזור מגיל 18 עד ל־22 ל־BMI בגיל 18. נמצא, כי בעליית משקל מעבר ל־BMI 25 ק"ג/מ^2 – כל עלייה במשקל מעלה את הסיכון להפרעות במחזור ולכישלון בביוץ. ב־BMI של 35 ק"ג/מ^2 הסיכון היה פי 2.5[12].

בנוסף, השמנה קשורה בצורה הדוקה לתסמונת השחלה הפוליציסטית בנשים. מעל למחצית מהנשים הסובלות מתסמונת זו סובלות ממשקל עודף או מהשמנה, ומרביתן סובלות מהשמנה בטנית[13]. מרבית הנשים הסובלות מתסמונת השחלה הפוליציסטית סובלות במקביל מחלק או מכל המאפיינים של הסינדרום המטבולי ועמידות לאינסולין. ההגדרה של עמידות לאינסולין היא ירידה בחדירת הסוכר לתאים, המתווכת על ידי אינסולין, בעיקר בשריר השלד ובכבד. בקרב פרטים הסובלים מהשמנה בפרט קיימת שכיחות יתר של עמידות לאינסולין והיא קשורה בקשר ישיר לכמות השומן הבטני העמוק[14–16]. מרבית החוקרים מאמינים כי השמנה משחקת תפקיד חשוב בהתפתחות תסמונת השחלה הפוליציסטית, על אף שהמנגנונים המדויקים אינם ברורים דיים. השמנה בטנית אחראית בצורה חלקית לפחות להיפראינסולינמיה ולהיפראנדרוגניזם בנשים הסובלות מתסמונת זו.

אמהות

השמנה בהיריון קשורה לעליה בשכיחות יתר לחץ דם, רעלת היריון, סוכרת הריונית ופקקת ורידים, אולם לאחרונה תופסת מקום מרכזי התובנה כי למצב התזונה בהיריון יש השלכות מרחיקות לכת על המצב התזונתי והמטבולי של הילוד במהלך כל חייו. הפרדיגמה, כפי שמובאת באיור 1, מדגימה כי תת משקל ויתר משקל בעת היריון קשורים בסוכרת הריונית המשפיעה על משקל עודף של הילוד והתפתחות סוכרת, יתר לחץ דם ומחלות לב וכלי דם במהלך חייו. במחקר שעקב במשך 12 שנים אחר 88 ילודים לאמהות סוכרתיות נמצא, כי לילודים אלו היה סיכון של פי 10 לפתח אי סבילות לסוכר (IGT) בגיל הילדות[17]. מחקר נוסף הדגים כי לילדים של אמהות סוכרתיות בהיריון סיכוי גבוה משמעותית להיות שמנים מילודים לאמהות פרה־סוכרתיות ובעלות משקל תקין[18].

בגרות והגיל השלישי

בקבוצת הגיל הזו אנו מוצאים שני תהליכים חולניים הקשורים להשמנה:

■ **מחלות לב, כלי דם וסוכרת**

משקל עודף מגביר את הסיכון לחלות בסוכרת, מחלת לב כלילית ואירועים מוחיים בנשים ובגברים[19]. הקשר בין מדד ה־BMI לסוכרת מסוג 2 ומחלת לב כלילית הינו חזק יותר בנשים מאשר בגברים. בהשוואה בין BMI של 26 ק"ג/מ^2 ל־21 ק"ג/מ^2, הסיכון היחסי לסוכרת הינו פי 8 בנשים ופי 4 בגברים. במחקר "האחיות"[20] גורם הסיכון הבודד החשוב ביותר לחלות בסוכרת מסוג 2 הינו משקל עודף והשמנה. בקבוצה זו של נשים, 61 אחוז ממקרי סוכרת מסוג 2 ניתן לשייך לנשים הסובלות מעודף משקל או השמנה (כאשר נקודת הסף הינה BMI של 25 ק"ג/מ^2). הסיכון היחסי לחלות במחלת לב כלילית הינו פי 2 בנשים ופי 1.5 בגברים. במחקר ה־IDEA שהתפרסם לאחרונה נמצא, כי היקף מותן חולני בגברים ובנשים העלה את הסיכון להתפתחות תחלואת לב פי 2 ואת הסיכון לסוכרת פי 2.65 ו־3.94 בהתאמה[21]. השמנה בטנית המוערכת על ידי היקף מותניים או מדד ה־WHR מהווה מדד לחיזוי הסיכון לחלות בסוכרת ובמחלת לב כלילית, ללא קשר למדד ה־BMI. כמו שנמצא לגבי מדד ה־BMI, היקף המותניים ומדד ה־WHR הינם מדדי חיזוי חזקים לניבוי תחלואה בסוכרת בנשים[22] יותר מאשר בגברים[23]. נשים עם WHR של 0.88 היו עם סיכון יחסי של 3.25 לחלות במחלת לב כלילית בהשוואה לנשים עם WHR של 0.72 ומטה. לאחרונה, נמצאו כמה מחקרים הקושרים ירידה בתפקוד הקוגניטיבי והתפתחות שיטיון ומחלת אלצהיימר להשמנה. בחולים עם תסמונת מטבולית נמצא סיכון של פי 2 להתפתחות מחלת אלצהיימר בנשים בהשוואה לנשים ללא התסמונת. קשר זה לא נמצא בגברים[24].

הסבר לכך יכול להינתן באמצעות הממצאים הבאים:

א. מחקרים בבעלי חיים ובבני אדם המניחים את היסוד לשער כי תאי השומן הבטני העמוק רגישים יותר לתהליכי פירוק ועמידים להשפעת

אינסולין בהשוואה לתאי שומן במקומות אחרים. בנוסף, נמצאו שונויות התלויות במין ביחס בין קולטני אלפא 2 לבתא 3, כך שנשים נוטות יותר לאגור שומן עמוק וגברים נוטים לפרק שומן זה. עדויות ראשוניות אלו יכולות לנסות להסביר את השונות במקום צבירת השומן והתפתחות תחלואה נלווית בין המינים.

ב. הפרעות בשומני הדם: דיסליפידמיה הינה אחת ההפרעות המטבוליות השכיחות הקשורות להשמנה[25]. במחקרים שבדקו את הקשר בין מדדי השמנה לבין תחלואה, נמצא קשר בין WHR, BMI והיקף מותן לבין היפרטריגליצרידמיה, היפרכולסטרולמיה ורמות נמוכות של HDL. בחולים הסובלים מסוכרת, רמות נמוכות של HDL ורמות גבוהות של טריגליצרידים הינם המרכיבים הנפוצים ביותר בדיסליפידמיות של השמנה[26]. דיספליפידמיה בנשים ככל הנראה חמורה יותר מאשר זו אשר בגברים, מה שמסביר את הסיכון המוגבר ללקות במחלת לב כלילית בקרב נשים סוכרתיות. ישנן עדויות הקושרות את שטף חומצות השומן לכבד, המתרחש בעמידות לאינסולין ובתסמונת המטבולית, כמנגנון המקשר בין עודף משקל לבין דיסליפידמיה. הירידה ב־HDL בקרב אנשים הסובלים מעודף משקל ניתנת להבהרה על ידי פעילות ישירה של רקמת השומן להוצאת שומן ה־HDL ממחזור הדם הכללי, או על ידי הפרדה בין השומן לבין נשאו החלבוני בדם – ה־APO A-1, או הכולסטרול אסטר שלו, וכן על ידי פעילות ליפזות מוגברת בהשראת רמות אינסולין גבוהות בדם. מנגד, היפרטריגליצרידמיה הקשורה להשמנה נגרמת ככל הנראה עקב ייצור מוגבר של VLDL טריגליצרידים ופגם בליפוליזה של הליפופרוטאינים העשירים בטריגליצרידים[27].

ג. תהליכי דלקת: חלבון ה־CRP (C-Reactive Protein) הינו מדד רגיש לדלקת סיסטמית חריפה[28]. רמות מוגברות של חלבון ה־CRP בסרום מנבאות סיכון עתידי למחלת לב כלילית, כפי שהוכח בכמה מחקרי קוהורט גדולים[29–31]. Visser וחבריו[32] ניתחו מידע שנאסף מ־16,616 נשים וגברים מסקר NHANES III ומצאו קורלציה גבוה בין השמנה ורמות ה־CRP בעיקר בקרב נשים. לאחר תיקנון למספר מסיחים אפשריים, נמצא שהסיכון היחסי לרמות CRP מוגברות היה 2.13 לגברים הסובלים מהשמנה ו־6.21 לנשים הסובלות מהשמנה. בנוסף, מדד BMI מוגבר היה ביחס ישר לרמות CRP מוגברות בנשים עם סיכון יחסי של 4.76 לנשים שמנות. מדד WHR היה קשור ביחס ישיר עם רמות CRP מוגברות בגברים ובנשים כאחד, ללא קשר לרמות ה־BMI. במחקר "האחיות" WOMAN'S, רמות מוגברות של CRP ו־IL-6 ניבאו בצורה חזקה את הסיכון לחלות בסוכרת מסוג 2[33].

לפיכך, עלייה במשקל, אפילו מתונה (פחות מעשרה קילוגרמים) במהלך הבגרות קשורה לעליה בסיכון לחלות בסוכרת, מחלת לב כלילית ומחלות כרוניות אחרות אפילו ללא קשר למשקל הגוף הראשוני. סיכון זה ככל הנראה גדול יותר בנשים לעומת גברים. ממצאים אלו מכוונים לכך שעלייה מתונה במשקל לאחר גיל 18 מהווה מדד ניבוי חזק לסיכון לחלות במחלת לב כלילית בגיל הבלות בנשים.

▪ מחלות גידוליות

השמנה וחוסר פעילות גופנית נמצאו כגורמי סיכון למחלת הסרטן מסוגים שונים: בשליש עד רבע מהלוקות בסרטן השד בנשים לאחר גיל הבלות, סרטן המעי הגס, סרטן רירית הרחם, סרטן הכליה וסרטן הווישט[34]. במחקר האחיות, עלייה במשקל לאחר גיל 18 לא נמצאה בקשר ישיר להיארעות סרטן השד בגיל הפוריות אך נמצא קשר ישיר לשכיחות סרטן השד בגיל הבלות. קשר זה נמצא בנשים שלא השתמשו בהורמונים חליפיים לאחר גיל הבלות. בקרב נשים אלו, הסיכון היחסי היה 1.99 לעלייה במשקל של מעל 20 ק"ג לעומת נשים שלא שינו את משקלן. באוכלוסייה זו, שיעור סרטן השד שלאחר גיל הבלות שניתן לשיוך לגורם סיכון של עלייה במשקל היה 16 אחוז, בעוד ששיעור הסרטן המשויך לשימוש בהורמונים חליפיים היה 5 אחוז בלבד. נתונים אלו מכוונים כי מניעת עלייה במשקל בגיל הבגרות יכולה לתרום למניעה של סרטן השד בגיל הבלות.

פעילות גופנית סדירה מפחיתה את הסיכון ללקות בסרטן השד והמעי הגס ויתכן שמפחיתה את הסיכון ללקות בסרטן רירית הרחם. עד שליש מהגידולים בשד, במעי הגס ובכליה ניתן לשייך למשקל יתר ולאי ביצוע פעילות גופנית. משקל גוף עודף אחראי לכ־5 אחוזים מכלל מחלות הסרטן המאובחנות, כפי שנמצא במדינות האיחוד האירופי (3 אחוזים בגברים ו־6 אחוזים בנשים), כאשר מדובר ב־27,000 מקרי סרטן חדשים בשנה בגברים ו־45,000 בנשים, הסובלים מהשמנה כגורם סיכון יחידי.

לאחרונה, נמצא קשר בין רמות גבוהות של אינסולין ועצירת תהליך האפופטוזיס כאחת החוליות היכולות להסביר את הקשר בין השמנה להגברת הסיכון לסרטן.

השמנה ותמותה

הקשר שבין מדד ה־BMI לתמותה כוללת היווה קו מנחה וקריטריון בסיסי בכל ההנחיות בנוגע להשמנה.

הנתונים בספרות אינם מדויקים, עקב הקושי לנטרל פקטורים מסיחים שונים כגון עישון, יתר לחץ דם ורמות סוכר גבוהות[35]. עקב מסיחים אלו, קיימות בספרות עדויות לעקומה בצורת האות J או U בתיאור הקשר שבין מדד ה־BMI לתמותה הנצפה במחקרים אפידמיולגיים רבים. במחקר האחיות[36], לאחר התאמה לגיל, תואר גרף בצורת J לתיאור הקשר שבין השמנה לתמותה. כאשר נבדקו נשים שלא עישנו מעולם בנפרד, לא נמצאה עלייה בסיכון לתמותה בקרב נשים רזות ונמצא קשר ישיר בין השמנה ותמותה בקרב נשים עם BMI מעל 32 ק"ג/מ^2. בעבר, הסיכון היחסי לתמותה ממחלת לב כלילית היה 4.1 והסיכון לתמותה מסרטן היה 2.1 בהשוואה לנשים עם מדד BMI הנמוך מ־19 ק"ג/מ^2. עלייה במשקל של 10 ק"ג לאחר גיל 18 נמצאה בקשר ישיר לעלייה בתמותה באמצע החיים. תוצאות אלו מכוונות לכך שמשקל הגוף קשור בצורה ישירה לסיכון הכולל לתמותה בנשים אלו. במחקר שפורסם על ידי האיגוד האמריקאי לסרטן בנשים שלא עישנו מעולם[37] לאחר הוצאה מהחישוב של מוות מוקדם, נמצאה עלייה הדרגתית ככל שעלה מדד ה־BMI מ־19 עד 32 ק"ג/מ^2 בכל הגילים עד 75 שנים, בגברים ובנשים.

איתור נשים בסיכון

תחלואת לב, כלי דם וסוכרת העוקבת אחר ההשמנה מצריכה איתור מוקדם של נשים אלו, אולם דווקא כלי הגילוי השגרתיים כגון לוחות הניקוד נכשלים באיתור אוכלוסיית הנשים החולה, בהציגם תת ניקוד לעומת החולי הקיים. פרופיל גורמי הסיכון בנשים מבליט את העישון, יתר לחץ דם וסוכרת סוג 2 כגורמי הסיכון העיקריים לתחלואת לב. בנשים, תסמונת מטבולית מהווה סמן מנבא לתחלואת לב חזק יותר מבגברים. סמנים אלו, בשילוב עם רמה גבוה של CRP, עשויים לאתר את הפרטים באוכלוסייה הנשית הנמצאים בסיכון מוגבר לתחלואה זו.

דיאטה ושינוי אורחות חיים: המפתח לאיבוד משקל ולמניעת מחלות

שלושה מחקרים קליניים גדולים הוכיחו את ההשפעה המיטיבה של דיאטה ושינוי אורחות חיים על ירידה במשקל ומניעת עד כ־60 אחוז מהתפתחות מקרי

סוכרת סוג 2 חדשה. בקרב נבדקים עם אי סבילות לגלוקוז (Impaired Glucose Tolerance - IGT)[38–40].

לפיכך, הציר שעליו מבוסס הטיפול המודרני בהשמנה הינו דיאטה ושינוי הרגלי חיים. תובנה זו הכרחית למטפל, ומידת שכנועו בנחיצות השינוי תתווה את הצלחת הטיפול. מחקרים רבים מדגימים את מידת ההצלחה של הטיפול בהפחתת משקל, במידת השקעת הזמן ובעמדותיו של המטפל. בנוסף, מידת ההצלחה תלויה לא מעט בשינוי תפיסתו המוטעה של המטופל. לרוב המוחלט של החולים תפיסה הרואה בהפחתת משקל לא מציאותית הישג. המטרה אליה אנו שואפים הינה הפחתה של 5–10 אחוז ממשקל הגוף. הפחתה זו הוכיחה הפחתה משמעותית בכל גורמי הסיכון שנזכרו לעיל[41].

דיאטה

הגבלה קלורית והפחתה של 500 עד 1,000 קלוריות ליממה וקצב הפחתה של 0.5 עד 1 ק"ג בשבוע הינן ההמלצות הרווחות. דיאטות הרעב ואלו המכילות 800 קק"ל ליממה לא הוכיחו את יעילותן ועדיפותן לאורך זמן ודורשות השגחה רפואית צמודה. הפירמידה הקלאסית של 55 אחוז פחמימות, 30 אחוז שומן ו־15 אחוז חלבון, הפחתה בכמות הכולסטרול ו־20–30 גרם סיבים – עדיין מהווה את השלד להמלצות התזונתיות. הדיאטות האופנתיות המשנות הרכבים אלו לא הוכיחו את יעילותן ועדיפותן לאורך זמן ולוו בתופעות לוואי משמעותיות.

החשיבות בהצלחת הפחתת המשקל היא שימורה לאורך זמן, על ידי תמיכה מקצועית וסביבתית.

פעילות גופנית

ההמלצה הנה ל־150–200 דקות פעילות גופנית בשבוע, מחולקות על פני מרבית ימות השבוע, או לחלופין 10,000 צעדים ליממה. החשיבות הינה במשך ובתדירות של הפעילות הגופנית ובשלבים הראשונים פחות בעצימות המאמץ. תרומת הגברת הפעילות הגופנית להפחתת משקל אינה גבוהה ונמדדת ב־1–3 ק"ג, אולם החשיבות הרבה בביצוע פעילות זו טמונה בשמירה על משקל רקמות הגוף החופשיות משומן וכן בשמירה על הישגי הפחתת המשקל. מחקרים מוכיחים כי שילוב הפעילות הגופנית בהגבלת קלוריות תורם לשמירת הפחתת המשקל לאורך זמן רב, בהשוואה להפחתת משקל ללא פעילות גופנית. בנוסף, פעילות גופנית אף ללא הפחתת משקל תורמת רבות לשיפור ההיענות לאינסולין ולהפחתת סיבוכי העמידות לאינסולין. זאת, ככל הנראה, דרך שפעול מנגנונים תוך תאיים בתא השריר, המגבירים את שריפת חומצות השומן החופשיות ולפיכך הפחתה ברמת הטריגליצרידים ברקמת השריר.

תרופות

מקומו של הטיפול התרופתי בטיפול בהשמנה מתבסס בשנים האחרונות ככלי משלים לשינוי הרגלי חיים. שלוש התרופות המאושרות לשימוש בארץ הן רדוקטיל, קסניקל ואקומפליה, והן מתוות לנבדקים בעלי BMI שווה או גדול מ־30 ק"ג/מ^2 או 27 ק"ג/מ^2 בלוויית שני גורמי סיכון. מטהאנליזות שונות, כולל האחרונה שהתפרסמה בימים אלו, הדגימו הפחתה נוספת של 2.6–4.8 ק"ג בטיפול לאורך שנתיים[42, 43]. נתונים אלו, יחד עם המחקרים המוכיחים שיפור בכל גורמי הסיכון, שמירת הפחתת המשקל לאורך זמן ושיעור גבוה יותר של מטופלים המגיע לערכי מטרה – מאשררים את מיקומו המרכזי של הטיפול התרופתי בהשמנה בשילוב עם שינוי הרגלי חיים לאחר מיצוי הטיפול בהגבלה קלורית. לאחרונה התפרסמו תוצאות ששת השבועות הראשונים של מחקר ה־SCOUT, הבא לבדוק הפחתת תחלואה ותמותה בקרב מטופלים בעלי סיכון גבוה לתחלואת לב וכלי דם אשר טופלו ברדוקטיל. מתוצאות תקופה קצרה זו נמצאה הפחתה של כ־2.2 ק"ג, 2 ס"מ בהיקף המותן והפחתה בערכי לחץ הדם הסיסטולי והדיאסטולי של 3 ו־1 מ"מ כספית בהתאמה, תוך עליית 1.5 פעימות לב לדקה בממוצע. לא נמצא הבדל בתוצאות בין גברים לנשים. אנו עדיין ממתינים לתוצאות הסופיות בכדי ללמוד בפעם הראשונה האם הפחתת משקל בעזרת תרופות – רדוקטיל בקבוצה זו של נבדקים – מפחיתה תמותה.

סיכום ומסקנות

העלייה המדאיגה בשיעור האנשים הסובלים ממשקל עודף והשמנה מתרחשת בעולם כולו. במדינות מסוימות כגון ישראל, שיעור הסובלים ממשקל עודף מגיע לכ־ 60 אחוז מהאוכלוסייה הבוגרת, שבה חלקן של הנשים הינו דומיננטי, וכ־12 אחוז באוכלוסייה הצעירה.

תופעות הלוואי של ההשמנה על בריאות האדם אינן ניתנות להפרכה. עודף משקל והשמנה הינם מרכיב מרכזי בסינדרום המטבולי וכגורם סיכון בודד, המשמעותיים ביותר הגורמים לסוכרת מסוג 2. סוכרת, המחלה הנפוצה ביותר שהינה תוצאה של מגפת השמנת היתר, תשפיע על אחד מכל שלושה אנשים עוד במאה ה־21. נשים הסובלות מהשמנה הינן בסיכון יתר לסוכרת, וסוכרת מהווה גורם סיכון משמעותי ללקות במחלת לב כלילית. בנוסף, השמנה מגדילה את הסיכון לחלות בכמה סוגי סרטן, כגון סרטן השד לאחר גיל הבלות וסרטן רירית הרחם. עודף משקל והשמנה בנשים קשורים לעלייה בתמותה מכלל הסיבות והסיכון לתמותה גדל ככל שמשקל הגוף עולה.

השמנת נשים אינה קשורה רק לנשים. משקל עודף או תת משקל בהיריון קובעים לא במעט את מהלך הבריאות של הילוד, הן בנות והן בנים, כך שהשמנה נשית פוגעת ועלולה לתכנת גם את ההשמנה הגברית ובעקבותיה את תחלואת הלב, כלי הדם והסוכרת בדורות הבאים.

השינוי התזונתי המשפיע על מאזן האנרגיה הוא תוצאה של שינויים סוציואקונומיים במדינות מתפתחות רבות. המעבר של האוכלוסייה מהכפר לעיר משמעו בכך שיותר מחצי מאוכלוסיית העולם המאכלסת את הערים בשנת 2005 תסבול מעודף משקל. מספר זה יעלה עד 60 אחוז בשנת 2020. המבנה הצפוף של הבנייה העירונית מהווה מכשלה טכנית לביצוע פעילות גופנית, וכן יוצר תלות גדולה יותר של האוכלוסייה במזון תעשייתי המורכב מתכולת שומן, סוכר ומלח גבוהה.

לאור העובדות הללו, מעבר לאחריות האישית של המטופלת לבריאותה, יש לשקול מעורבות לאומית בשינוי הרגלי התזונה ובחינוך להרגלי חיים בריאים יותר.

Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. Diabetes Care 1994; 17:1.

23. Rexrode KM, Carey VJ, Hennekens CH, et al. Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. JAMA 1998;280:1843.

24. Vanhanen M, Koivisto K, Moilanen L, Helkala EL, Hanninen T, Soininen H, Kervinen K, Kesaniemi YA, Laakso M, Kuusisto J. Association of metabolic syndrome with Alzheimer disease: a population-based study. Neurology 2006; 67: 843-847.

25. Pi-Sunyer FX. Medical hazards of obesity. Ann Intern Med 1993;119:655.

26. Plaisted CS, Istfan NW. Metabolic abnormalities of obesity. In: Blackburn GL, Kanders BS, eds. Obesity pathophysiology, psychology, and treatment. Boston: Chapman & Hall, 1994:80.

27. Haffner SM. Management of dyslipidemia in adults with diabetes. Diabetes Care 1998;21:160.

28. Danesh J, Collins R, Appleby P, Peto R. Fibrinogen, C-reactive protein, albumin, or white cell count: Meta-analyses of prospective studies of coronary heart dis-ease. JAMA 1998;279:1477.

29. Kuller LH, Tracy RP, Shaten J, Meilahan EN. Relation of C-reactive protein and coronary heart disease in the MRFIT nested case-control study. Am J Epidemiol 1996;144:537.

30. Koenig W, Sund M, Frohlich M. C-reactive protein, a sensitive marker of inflammation, predicts future risk of coronary heart disease in initially healthy middle-aged men. Circulation 1999;99:237.

31. Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ, Tracy RP, Hennekens CH. Inflammation, aspirin, and the risk of cardiovascular disease in apparently healthy men. N Engl J Med 1997;336:973.

32. Visser M, Bouter LM, McQuillan GM, Wener MH, Harris TB. Elevated C-reactive protein levels in over-weight and obese adults. JAMA 1999;282:2131.

33. Pradhan AD, Manson JE, Rifai N, Buring JE, Ridker PM. C-reactive protein, interleukin 6, and risk of developing type 2 diabetes mellitus. JAMA 2001;286:327.

34. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition and the prevention of cancer: A global perspective, American Institute for Cancer Research, 1997.

35. Manson JE, Stampfer MJ, Hennekens CH, Willett WC. Body weight and longevity. A reassessment. JAMA 1987;257:353.

36. Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, et al. Body weight and mortality among women. N Engl J Med 1995;333:677.

37. Stevens J, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The effect of age on the association between body mass index and mortality. N Engl J Med 1998; 338:1.

38. Pan X, Yang W, Liu J. Prevalence of diabetes and its risk factors in China 1994. National Diabetes Prevention and Control Cooperative Group. Chung Hua Nei Ko Tsa Chih 1997;36:384.

39. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343.

40. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346:393.

41. Diabetes and Obesity - Time to Act. International Diabetes Federation 2004; 35.

42. Padwal R, Li SK, Lau DC. Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Obes Relat Metab Disord. 2003;27:1437.

43. Diana Rucker, clinical fellow,1 Raj Padwal, Long term pharmacotherapy for obesity and overweight. updated meta-analysis. BMJ 2007.

ספרות

1. Keinan-Boker L, Noyman N, Chinich A, Green MS, Nitzan-Kaluski D. Overweight and Obesity Prevalence in Israel: Findings of the First National Health and Nutrition Survaey (MABAT). IMAJ 2005;7:219.

2. Diabetes Atlas: International Diabetes Federation;2003:44

3. Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, et al. The continuing increase of diabetes in the US. Diabetes Care 2001;24:412.

4. Anderson C, Peterson CB, Fletcher L, Mitchell JE, Thuras P, Crow SJ. Weight loss and gender: an examination of physician attitudes. Obes Res 2001; 9: 257-63.

5. World Health Organization. Report of a WHO Consultation on Obesity. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 1998.

6. Willett WC. Anthropometric measures and body composition. In: Nutritional epidemiology, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998.

7. Rimm EB. Height, obesity, and fat distribution as independent predictors of coronary heart disease. Am J Epidemiol 1993;138:601 (Abstract).

8. Rexrode KM, Carey VJ, Hennekens CH, et al. Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. JAMA 1998;280:1843.

9. Bjorntorp P. Classification of obese patients and complications related to the distribution of surplus fat. Am J Clin Nutr 1987;45(Suppl):1120.

10. Bjorntorp P. Metabolic implications of body fat distribution. Diabetes Care 1991;14:1132.

11. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N Engl J Med 1993; 329: 1008-1012.

12. Rich-Edwards JW, Goldman MB, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Colditz GA, Manson JE. Adolescent body mass index and infertility caused by ovulatory disorder. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 171-177.

13. Gambineri A, Pelusi C, Vicennati V, Pagotto U, Pasquali R. Obesity and the polycystic ovary syndrome. Int J Obes Rel Metab Disord 2002;26:883.

14. Abate N, Garg A, Peshock RM, Stray-Gundersen J, Adams-Huet B, Grundy SM. Relationships of generalized and regional adiposity to insulin sensitivity in men. J Clin Invest 1995;96:88.

15. Abate N, Garg A, Peshock RM, Stray-Gundersen J, Adams-Huet B, Grundy SM. Relationships of generalized and regional adiposity to insulin sensitivity in men with NIDDM. Diabetes 1996;45:1684.

16. Carey DG, Jenkins AB, Campbell LV, Freund J, Chisholm DJ. Abdominal fat and insulin resistance in normal and overweight women: Direct measures reveal a strong relationship in subjects at both low and high risk of NIDDM. Diabetes Care 1996;45:633.

17. Silverman BL, Metzger BE, Cho NH, Loeb CA. Impaired glucose tolerance in adolescent offspring of diabetic mothers. Relationship to fetal hyperinsulinism. Diabetes Care 1995; 18: 611-617.

18. Pettitt DJ, Baird HR, Aleck KA, Bennett PH, Knowler WC. Excessive obesity in offspring of Pima Indian women with diabetes during pregnancy. N Engl J Med 1983; 308: 242-245.

19. Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Weight, weight change, and coronary heart disease in women: Risk within the "normal" weight range. JAMA 1995; 273:461.

20. Carey VJ, Walters EE, Colditz GA, et al. Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. The Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 1997;145:614.

21. Beverley Balkau, PhD; John E. Deanfield, MD, FRCP; Jean-Pierre Després, PhD; International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA). Circulation. 2007;116:1942-1951.

22. Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer M, Willett WC.

שיננית תבעה את זכויותיה וקיבלה 110,000 ש"ח בפשרה

ממקרה למקרה ומפסק דין לפסק דין - יש לקוות שרופאי השיניים יבינו שהתופעה של שיננית המועסקת לאורך שנים ארוכות מבלי לקבל את זכויותיה החוקיות - חלפה מן העולם

דנה דרור, עו"ד; אודליה לוי-אטינגר, עו"ד

הכותבות הן היועצות המשפטיות של אש"י

מקרה הבא ודאי מוכר לרבות מכן. לדאבוננו, רבות מהשינניות סובלות מקיפוח ומניצול במקומות העבודה השונים, הן במגזר הפרטי והן במגזר הציבורי, ובמיוחד כאשר המעסיקים מחליטים שהן קבלניות עצמאיות ואינן בגדר עובדות, כדי לחמוק מהתשלומים המגיעים לעובד על פי חוק.

המקרה הבא, שבו טיפל משרדנו, שיקף בדיוק את הבעיה הזו:

הגב' פ. עבדה כשיננית משנת 1990 ועד שנת 2008, ובסך־הכול כ־18 שנה. במסגרת העסקתה עבדה בחצי משרה במרפאתו של ד"ר ע. ובחצי משרה נוספת במרפאתו של ד"ר ש. בשתי המרפאות קיבלה את שכרה באמצעות תלוש שכר מדי חודש. לקראת סוף שנת 2007 יצאה לחופשת לידה, לרגל הולדת בתה השלישית. לאחר סיום חופשת הלידה החליטה להתפטר משתי המרפאות, לצורך טיפול בבתה הרכה.

הגב' פ. פנתה לשני הרופאים וביקשה לסיים את יחסי העבודה ולקבל את פיצויי הפיטורים המגיעים לה על פי החוק[1]. הרופאים סירבו לשלם לה פיצויי פיטורים וכן את יתר הזכויות המגיעות לה מכוח דיני העבודה, תוך שהם טוענים שאין כלל יחסי עובד־מעביד בין הצדדים, ושגב' פ. עבדה כ"עצמאית".

גב' פ. פנתה, באמצעות אש"י, לקבלת ייעוץ משפטי אצל היועצות המשפטיות של האיגוד[2].

בדיקה שביצענו העלתה כי ישנן זכויות נוספות שלא שולמו לה, בנוסף לפיצויי הפיטורים שלא שולמו. בעקבות כך שלחנו מכתבי דרישה לשני הרופאים, בהם פירטנו את זכויותיה ודרשנו מהרופאים לשלם לה את המגיע לה. לאחר דין ודברים, ומשהגענו למבוי סתום, לא היה מנוס מלהגיש תביעות לבית הדין לעבודה כנגד שני הרופאים, תביעה נפרדת נגד כל אחד מהם.

במסגרת טענות ההגנה שהעלו, שני הרופאים הכחישו את קיום יחסי עובד־מעביד בין הצדדים וטענו שבמשך כל השנים גב' פ. הועסקה כקבלנית עצמאית, וזאת על אף שמשכורתה שולמה בתלוש שכר ולא כנגד חשבונית מס[3].

בסופו של דבר, לאחר הליכי גישור נפרדים שהתקיימו בשני התיקים, נחתמו הסכמי פשרה שאושרו על ידי בית הדין לעבודה וקיבלו תוקף של פסק דין. על פי הסכם אחד, ד"ר ע. שילם לגב' פ. כ־40,000 ש"ח. על פי הסכם פשרה נוסף, ד"ר ש. שילם לגב' פ. סכום של כ־70,000 ש"ח נוספים. בנוסף, שני הרופאים שילמו את שכר הטרחה לעורכות הדין שייצגו את הגב' פ.

זהו מקרה של שיננית אמיצה, שעמדה על זכויותיה, נאבקה ולא ויתרה והשיבה לעצמה את הכספים שהגיעו לה. ממקרה למקרה ומפסק דין לפסק דין, אנו מקוות שהתופעה של ניצול השיננית תיעקר מן השורש ורופאי השיניים יפנימו אט אט את מעמדן המכובד ויבינו שהתופעה של שיננית המועסקת לאורך שנים ארוכות מבלי לקבל את זכויותיה החוקיות – חלפה מן העולם.

1. מכוח חוק פיצויי פיטורים, תשכ"ג-1963 סעיף 7 (א) קיימת לעובדת זכות להתפטר בתוך 9 חודשים מיום שילדה, על מנת לטפל בילדה, והיא תהיה זכאית לפיצויי פיטורים כאילו פוטרה.

2. משרד עורכי דין לוי-אטינגר, בוטון ושות'.

3. קיימים מבחנים שונים שעל פיהם מכריע בית הדין לעבודה בשאלה האם עובד הועסק כשכיר או כקבלן עצמאי. אופן תשלום השכר הינו אחד המבחנים, אך אין בו כדי להכריע בשאלה זו. בית הדין לעבודה נוטה לשלב בין המבחנים השונים כדי להחליט באיזה אופן העסקה מדובר.

חוגגות במקום הנמוך בעולם

יום השיננות הבינלאומי בחסות חברת דקסון, נובמבר 2009

דלית ראם, RDH

כמנהגנו בשנים האחרונות, אנו חוגגות את יום השיננית הבינלאומי בטיול בן יומיים. השנה שמנו פעמינו לכיוון דרום מזרח.

הטיול התחיל בארוחת בוקר עשירה וטעימה בחוות אשתאול, וכמובן – לכל מי שרצתה קצת שופינג – חנות החווה הייתה פתוחה לרכישת תבלינים ועוד.

המשכנו לאנדרטת הל"ה. שמעון המדריך סיפר את סיפור דוד וגלית שהתרחש באזור זה לפני אלפי שנים, וכן את סיפורם של ל"ה הלוחמים, שבינואר 1948 ניסו להגיע לגוש עציון הנצור ומצאו את מותם בקרב. סיפורים אלו, המרגשים כל פעם מחדש, מזכירים לנו את אהבת הארץ הזאת.

משם נסענו לדרום ים המלח, לסיור חקלאי במושב נאות הכיכר. בטכניקות ייחודיות, המנצלות את האקלים החם במיוחד ואת המים המליחים, מגדלים כאן גידולים חקלאיים לתפארת. מעודנו לא ראינו עלי בזיליקום ענקיים שכאלה!

המשכנו לגלריה של אמן מקומי ולמלון "גנים", שם חיכו לנו סנדוויצ'ים ומאפים טובים. הספא במלון היה מרווח ונעים, והבריכות קרצו לנו במימיהן החמים. הנועזות שבינינו ירדו לחוף, לרחוץ במי ים המלח.

כשנהנים – הזמן עובר מהר, וכבר הגיע זמן ההרצאות.

רותי קפלן, נשיאת הכבוד של אש"י, סקרה בקצרה תכנית הדרכות בבתי הספר העומדת לצאת לדרך. השיננית חנה כהן, שהיא גם מדריכה במכון אדלה, דיברה על הורות ומנהיגות ועל הצורך להציב לילדים גבולות ברורים.

בדווית ושמה פדיחה

לאירוע הערב נסענו לכפר הנוקדים, שם חיכו לנו עם קפה, תה ומתוקים – קבלת פנים בדווית אמיתית. אישה בשם פדיחה הזמינה אותנו פנימה ושוחחה אתנו על חשיבות החברות, תוך השוואה בין חברות ואהבה לבין אפיית פיתה בטבון!

לאחר ארוחת הערב הטעימה המשיכה פדיחה לדבר. היא תיארה את חיינו החומריים והמטורפים וציינה את הדברים החשובים שנשכחו בדרך: האהבה, הסבלנות, הרוגע. הדברים נאמרו בהרבה הומור וקלילות, אך מי שקראה בין השורות הבינה את המסר העמוק. בסוף ההופעה הזמינה אותנו פדיחה לביתה הקרוב לרהט, מקום המכונה ראי"ב – רמת אביב... רק אז גילינו כי "פדיחה" היא בכלל שחקנית יהודייה מרמת אביב, בתחפושת בדווית.

הבוקר שלמחרת היה זמן ההרצאות. ראשונה עלתה על הבמה יעל מחברת דקסון, החברה שנתנה את חסותה לאירוע המרשים. יעל דיברה על חשיבות השימוש בחומרים שונים לאחר טיפולי הסרת האבנית והקצעות השורשים והשוותה בין כמה חומרים המצויים בשוק.

אחריה עלתה לבימה דלית ארמוזה, יו"ר אש"י, שסקרה בקצרה את פעילויות ההנהלה. ד"ר גלעד הר ציון, בהרצאה נפלאה, דיבר על חידושים באורתודונטיה.

נסענו לביקור במפעלי ים המלח, שם שמענו על התפתחות המפעל מול התדרדרות מצבו של ים המלח ועל התכניות לעתיד. לאחר ארוחת צהרים דשנה שמנו פעמינו הביתה.

עוד יומיים של טיול וכיף הסתיימו, וכבר בדרך חזרה הביתה התחלנו להעלות רעיונות לאירועי השנה הבאה.

דלית ראם – אחראית ימי עיון וכנסים באש"י

פעילויות ותוכניות לשנת 2010

ינואר - מפגשי בוגרות: מפגשים בחסות אש"י לשיננויות שזה עתה סיימו את לימודיהן.
המפגשים יערכו בשני מועדים שונים במקומות הבאים:
7/1/10 - בקיבוץ געש, חוף השרון
12/1/10 - בבית חולים הר הצופים, ירושלים

מרץ - יום עיון בחסות חב' סנריידר, לרגל "יום האישה הבינלאומי" יתקיים ב־16 במרץ, באולם חב' סנריידר, רח' המלאכה 13, אזור תעשייה צפוני, לוד.

מאי - אסיפה הכללית של איגוד השיננות הישראלי - אש"י בחסות מכללת אורט סינגלובסקי, ת"א. האסיפה תתקיים באולם ההרצאות של המכללה, הזמנות ישלחו בדוא"ל ובדיוור ישיר.

יוני - הכנס המקצועי השנתי ה־21 של איגוד השיננות הישראלי - אש"י, יתקיים ב־1 ליוני, יום ג' במרכז הקונגרסים אווניו, קריית שדה התעופה (ראו מודעה בעמוד 34).
יולי - קורסי רענון להחייאה ולמצבי חירום.פרטים ישלחו בדוא"ל ובדואר.

דצמבר - יום השיננית הבינלאומי. הזמנות עם פרטים נוספים ישלחו בדוא"ל ובדואר.

יעדים מרכזיים:

- קידום לימודי שיננות לתואר ראשון.
- שילוב שיננויות בבתי ספר, גנים ורשויות מקומיות בהדרכה לגהות הפה.
- שיפור תנאי העסקה של השיננויות.

שיננית כ"שומרת השער"

יעל שם טוב

חברת דקסל פארמה, הרואה את השיניות כחלק חשוב ביותר בחינוך ובטיפול במחלות חניכיים, בחרה גם השנה להעניק חסות מרכזית לכנס יום השיננית הבינלאומי, שהשנה נערך בים המלח.

בשנים האחרונות יותר ויותר מחקרים[1] מצביעים על הקשר ההדוק שבין מחלות חניכיים לבין מחלות סיסטמיות שונות כגון סוכרת, מחלות קרדיווסקולריות, סרטן, סיבוכי הריון, דלקות פרקים וכדומה.

דקסל פארמה, יצרנית ומשווקת התרופה פריוצ'יפ, שמה לה למטרה בעדיפות עליונה את העלאת המודעות לאבחון ולטיפול במחלות חניכיים. כחלק מהמאמץ אנחנו תומכים במומחים בתחום, הפריודונטים, ומשתפים עמם פעולה לצורך בניית כלים להעברה ולהטמעה של המסר לגבי חשיבות הנושא לכלל רופאי השיניים ולקהל הרחב.

החברה רואה בשיניות את הקו הראשון באבחון של מחלות חניכיים ובמתן טיפול ראשוני וחשוב במחלה. חשיבות הטיפול הראשוני היא במיגור הזיהום בחלל הפה ונתינת הדרכה וכלים למתרפא לשליטה עצמית במיגור הזיהום. טיפול ראשוני זה מהווה בסיס להצלחת כל הטיפולים שמבצעים הרופאים השונים במרפאות, בהתאם לתכנית הטיפול והשיקום של הפה.

מעבר לכל זה חשוב לזכור, בעיקר לאור המחקרים החד משמעיים האחרונים, שאנו ניצבים כיום מול דרישה חדשה: לפני כל פרוצדורה כירורגית, המטופל נדרש להציג אישור ממרפאת השיניים שפיו נקי מחיידקים פריו־פתוגניים. מכאן אנו מסיקים שהשיניות הן למעשה, וללא הגזמה, "מצילות חיים".

מאחר שתפקידכן הוא קודם כול באיתור הזיהום בפה, הטיפול בו והדרכה מקצועית להיגיינה אורלית, אתן מתריעות מפני סיכונים עתידיים ומיידעות בכך את המטופלים. עליכן לוודא שרופא השיניים מודע לחשיבות מעמדכן ולכובד האחריות שעל כתפיכן.

השילוב של הפריוצ'יפ בטיפול הבסיסי לשליטה בזיהום נותן את המענה הטוב ביותר והבטוח ביותר להשגת המטרות המשותפות של הצוות המקצועי המטפל ושל המתרפא עצמו. הפריוצ'יפ הינו תרופה ותיקה ומבוססת מאוד, המיועדת לכיסים של 5 מ"מ ומעלה, לאחר הסרת אבנית ו/או הקצעת שורשים. החומר הפעיל הינו כלורהקסידין גלוקונט בריכוז של 2.5 מ"ג (כ־33% חומר פעיל!), אנטיספטי ובטוח ביותר לשימוש לתקופה ממושכת.

הפטנט העיקרי של הפריוצ'יפ הוא בהיותו בעל מנגנון שחרור מושהה מוכח (IN VIVO)[2] של 7–10 ימים ובעל ריכוז גבוה של כלורהקסידין (מה שהופך אותו לתרופה).

כדי לשפר את הזמינות שלנו לכם כשותפים לדרך וכדי לענות על הצרכים במענה לשאלות, מתן הדרכה ופתרונות, פתחנו לאחרונה כתובת דוא"ל:
Shinanit-club@dexcel.com

את הפריוצ'יפ אפשר להשיג בלעדית דרך חברת דקסל פארמה, על ידי הנציגות הרפואיות באזורכן, שיחת חינם: 1800–316–616

ספרות

1. כגון:

- Cancer Epidemiology, biomarkers, and prevention 9/2009.
- יחסי גומלין בין סוכרת ומחלה פריודונטית. ד"ר אלחנדרו רוזנטול, ד"ר יניב מאייר, ד"ר מאהר פלח, ד"ר שאול לין.
- מחלת חניכיים מעלה את הסיכון לדלקת מפרקים – Rheumatoid Arthritis American College of Rheumatology 10/2009.
- Wilson w, et al. Prevention of bacterial endocarditis: recommendations by the American Heart Association. JAMA 1997.

2. Soskolne wa et al, An in vivo study of the chx release profile of the periochip in the gingival crevicular fluid, plasma and urine. j. perio 1998.

הכותבת היא אחראית תחום דנטלי ב"דקסל פארמה"

פינת הלשון

"כזה ראה וקדש"

הפירוש: עשה בדיוק כדוגמה זו. קבל וציית לסמכות הקובעת.

במקורות: "ויאמר ה' אל משה ואל אהרון בארץ מצרים לאמור, החודש הזה לכם ראש חדשים" (שמות י"ב א'–ב'). נתקשה משה להחליט על מולד הלבנה. הראה לו ה' באצבע את הלבנה שברקיע ואמר לו: "כזה ראה וקדש!"

לדוגמה: כשיש חילוקי דעות וספק לגבי החלטה, הסמכות האחראית היא הקובעת וצריך לציית לה – "כזה ראה וקדש".

רותי קפלן, RDH

המילה אַחֲרָיוּת

ראשית, היא מתחילה ב־א' ומסתיימת ב־ת', כשהכוונה היא שכשמישהו לוקח אחריות, היא צריכה להיות כוללת – מההתחלה ועד הסוף. שנית, למילה אחריות יש משמעות מצטברת, כלומר:

א – הכוונה היא לאני. קודם כול, עליי לקחת אחריות על עצמי.

אח – לאחר שלקחתי אחריות על עצמי, אני יכול לקחת אחריות על אחי, כשהכוונה למעגל הקרוב אליי.

אחר – השלב הבא הוא לקיחת אחריות על האחר, כשהכוונה היא לכל אדם.

אחרי – ברגע שלקחתי אחריות על שלשת המעגלים הראשונים, אני יכול להוביל אחרַי.

אחריו – אמונה. יש מי שיגידו אלוהים ויש שיאמרו הבריאה, או אנרגיה קוסמית.

ולבסוף: אחריות.

מה שעוד לומדים מהמילה המדהימה הזו היא שיש חשיבות לסדר: אדם אינו יכול להיות אחראי לאחר לפני שהוא אחראי לעצמו.