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

עיתון
איגוד השיננות הישראלי

גיליון
38

אוקטובר 2010

עיתון איגוד השיננות הישראלי

גיליון 38 [אוקטובר 2010]

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.

שיננויות יקרות,

שני הכנסים הגדולים כבר מאחורינו – הכנס המדעי השנתי שלנו, שהתקיים בארץ, והכנס הבינלאומי שהתקיים השנה בסקוטלנד. שניהם היו מוצלחים ביותר, ובשניהם למדנו, הכרנו, בילינו והתעשרנו בחוויות רבות – מקצועיות וחברתיות. על הכנס הבינלאומי בסקוטלנד תקראו בעמוד 32.

החלטה היסטורית מבחינתנו, העוסקת באקדמיזציה של מקצוע השיננות, התקבלה לאחרונה על ידי שר הבריאות. במכתב שהוציא השר, הוא מצהיר כי בתוך שנתיים תקודם תכנית לתואר במקצוע! על כך תקראו בעמוד 6.

"שנלי" – תכנית העשרה לבריאות הפה והשיניים, המיועדת לילדי הגן ולילדי כיתות א'–ג', יצאה לדרך. השנה יתקיים הפיילוט בחמש ערים בארץ. את כתבתה של רותי קפלן בנושא תמצאו בעמוד 7.

גם מברשת שיניים עם חותם משלנו, השיננויות, יצאה לדרך. ההשקה התקיימה בסינמה סיטי בראשון לציון, ועל האירוע רב המשמעות מבחינתנו תוכלו לקרוא בעמוד 30.

עוד קרמה עור וגידים התכנית "שיננויות בבתי חולים". משתתפות התכנית הוכשרו במהלך השנה, והן מוכנות להתחיל בעבודה במסגרת מאתגרת זו. על כך, ראו כתבה בעמוד 28.

כל הצעדים הללו, גדולים כקטנים, מעידים על התקדמות ואף על שינוי של ממש המתחולל בתפיסת המקצוע שלנו. התחושה היא כי אנו הולכות מחיל לחיל בקידום מקצוע השיננות ובהשגת הכרה ציבורית בחשיבותו. יישר כוח לכולנו!

בעיתון גם מאמרים מקצועיים מעניינים. תוכלו לקרוא בו הודעה מאגף בריאות השן על מחויבותה של השיננית למנוע העברת זיהומים. בנוסף, תוכלו לקרוא מאמר על הבעייתיות שבנטילת ביספוספונטים למניעת בריחת סידן ולטיפול במחלות נוספות ועל מה עלינו לתת את הדעת בטיפול בלקוחות הנוטלים תרופות אלו, כיצד לסייע למטופלים להימנע מהכתמת שיניים חוזרת, מהי שחיקה כימית וכיצד למנוע אותה ועוד.

קראו ותיהנו.

שלכן,
גלית סימני,
עורכת עיתון אש"י

תוכן

8 נטילת ביספוספונטים ונמק של עצם הלסתות

10 בריאות שיניים בקרב מטופלים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות

16 שמירה על התוצאות האסתטיות לאחר טיפול השיננית

20 טיפול אנטי דלקתי במחלות חניכיים - האם נמצאה התרופה?

24 שן תחת השפעה - על שחיקה כימית

26 סקר התנסות מטופלים בתכשירי מרידול

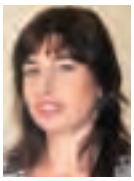
28 שיננויות בבתי חולים

30 מברשת שיניים עם חותם שלנו

32 דיווח מכנס השיננויות הבינלאומי בגלזגו

34 עו"ד ועוד

כתובת האיגוד
אצל מזכירות האיגוד:
אוחנה רות - אש"י
ת.ד. 1238, גן יבנה 70800
דואל: lohana102@gmail.com
נייד: 050-2006386
פקס: 050-8973926
או דרך האתר: www.idha.org.il



שלום רב שיננויות יקרות,

כולנו חוזרות לשגרת החיים של "אחרי החגים" – עבודה, ילדים, סידורים... אנו, חברות הנהלת אש"י, חוזרות מפגרת הקיץ והחגים הישר לעבודה ולעשייה. כחצי שנה נותרה לסיום הקדנציה שלנו, ולאחריה אסיים גם אני את תפקידי כיו"ר האיגוד. כמעט שלוש שנים, שבהן עברנו כברת דרך ארוכה – של עבודה מרובה ועשייה ללא הפסקה.

ברצוני לעדכן אתכן בכמה נושאים מעבודת האיגוד.

האקדמיזציה בשיננות: לאחרונה חלה התקדמות בתחום. לאחר עבודה קשה מאוד, חשובה והיסטורית, יצא ח"כ יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות, במכתב המצהיר כי תוך שנתיים תוציא המועצה להשכלה גבוהה תכנית לתואר במקצוע השיננות. **לראשונה,** משרד הבריאות מצהיר על כוונתו הרצינית בנושא ואף דורש להכין תכנית אקדמית למקצוע השיננות.
אני מקווה שנראה המשך לדברים. כמובן שנמשיך לפעול, לקדם ולבדוק שאכן התכנית תצא לפועל.

העלאת המודעות של הציבור: חברות הנהלת אש"י עמלו קשות לפיתוח מברשת שיניים שתענה על דרישותינו המקצועיות המובילות בתחום המניעה ועל צורכי המטופלים, כפי שאנו, השיננויות, רואות אותם. במשך למעלה משנה וחצי עבדנו על פרויקט הפיתוח הזה, תוך איסוף נתונים מתוך מחקרים, מאמרים, המלצות של איגודים מקצועיים מחו"ל, המלצות מן השטח ועוד. בסופו של התהליך "נולדה" במזל טוב מברשת שיניים בהמלצת אש"י. אנו רואות בכך את אחת הדרכים להגברת המודעות למקצוע השיננות ולחשיבותו.
ייחודו של התהליך היה בכך שלא קיבלנו מוצר מוגמר שעליו התבקשנו להמליץ, אלא יצרנו "יש מאין". יחד עם החברה הישראלית "אורביטול" יצרנו מוצר שהוא גם "שלנו" וגם "כחול-לבן". אין זה אומר, כמובן, שנפסיק להמליץ על מוצרים של חברות דנטליות נוספות. ההפך הוא הנכון – מברשת זו רק הגדילה את מגוון האפשרויות הקיימות בשוק, לטובת המטופלים.
אש"י שמח לשתף פעולה עם כל חברה דנטלית שמעריכה ומוקירה את מקצוע השיננות ואת העוסקות בו.

בחירות: בחודש אפריל 2011 יתקיימו בחירות להנהלה החדשה. נשמח בכל מי שתרצה לבוא להתנדב ולתרום כחברת הנהלה באש"י. כוחות חדשים הם תמיד מרעננים. פרטים לגבי מועד הבחירות ומיקומן, וכמובן – שמות המועמדות, יפורסמו מבעוד מועד בדוא"ל ובאתר הבית שלנו. כל מי שרוצה למלא תפקיד בהנהלה תוזמן לפנות אלינו, דרך "צור קשר" שבאתר האיגוד.

ברצוני להודות לכל חברות ההנהלה, שעומדות לצדי ועוזרות לקדם את האיגוד בכל המישורים – כנסים, ימי עיון, דיווחים שוטפים בדוא"ל ובאתר, עיתון האיגוד, מו"מ עם חברות דנטליות, ענייני כספים, רישום ועדכון של המאגר, אקדמיזציה, משרד הבריאות ועוד ועוד.

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 ואחראית על יחסי ציבור, פרסום ושיווק של האיגוד:**
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 ועורכת תוכן של אתר האיגוד:**
שרון פרידמן־יניב,
טל': 052–2638544
◀ **אחראית על מאגר השיננויות של האיגוד:**
צ'רי פלקס, טל': 050–2006385
◀ **עידכון כתובות ופרטים, בירורים בנושא הוראות קבע והרשמה לאיגוד:** רות אוחנה,
דואל: lohana102@gmail.com
טל': 050–2006386, פקס: 050–8973926
או דרך האתר, "צור קשר"
www.idha.org.il
◀ **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

"שנלי" - תכנית העשרה לבריאות הפה והשיניים לגן הילדים ולכיתות א'-ג'*

רות קפלן, RDH

התכנית "שנלי" יצאה לדרך. ההשקה של גרסת הניסוי נערכה ביום לימוד שבו השתתפו שיניות, גננות, מורות ורופאי שיניים, העובדים בשירות הציבורי בחמש הערים בארץ שבהן תועבר התכנית כפיילוט.

התכנית כולה הועלתה על תקליטור (הקץ לסחיבת פלקטים, משחקים ואמצעי המחשה), שמכיל הכול: מידע, מערכי שיעור, מכתבים להורים ותכנים הבאים לענות על המטרות שהוגדרו, בחלוקה על פי יחידות גיל.

בתקליטור יש גם ערכת שקפים הכוללת שקפי הנחיה, המחשות חזותיות, משחקים והפעלות – לשם שינון, הקניה ותרגול של ידע חדש.

בכל שיעור מוקדש מקום לחזרה ולביסוס של התכנים שנלמדו בשיעור שלפניו, כמו גם למושגים חדשים שיוקנו על בסיס ידע זה. בין שורות הטקסטים מופיעות בכתב זעיר המלצות דידקטיות לשיננית המנחה, שיסייעו לה לעודד את הילדים להשתתף בשיחה.

את ההמחשות החזותיות של התכנית מלווה "שנלי" – דמות מאוירת חביבה, המעבירה לילדים מחויבות ואחריות. "שנלי" משתתפת בשיעורים, חדה לילדים חידות, שמחה בידיעותיהם ובהצלחתם ומכריזה על כך. היא תמיד מחזיקה בידיה מברשת שיניים ומשחה, וכשידיה עסוקות במלאכה – המברשת והמשחה מבצבצות מתוך כיסה.

בתכנית גם מכתבים להורים, מכתב אחד לכל אחד משלושת השיעורים. בכל מכתב מידע על השיעור שהיה והזמנה להורים להיות שותפים בחוויה ולעודד בבית ובמשפחה את קידום הבריאות של הפה והשיניים.

הצוותים קיבלו דף משוב, לשם בקרה והערכה. לאחר הסקת המסקנות והתיקונים הנדרשים התכנית תהפוך לתכנית ארצית, שתילמד בכל כיתה במשך שלוש שעות במהלך שנת לימודים. השנה גם מתוכננים תרגום והסבה שלה לשפה הערבית.

המשך התכנית, לכיתות ד'–ו', נמצא בשלבי עבודה. העבודה על תכנית לכיתות ז'–ט' מתוכננת לשנה הבאה.

שותפים בתכנית: משרד הבריאות, משרד החינוך, איגוד השיננות

נטילת ביספוספונטים ונמק של עצם הלסתות

osteonecrosis of jaws (BRONJ)

חוליאנה רוזנטול – RDH, ד"ר אלחנדרו רוזנטול

מה הם הביספוספונטים (BP)?

הביספוספונטים (BP) הן קבוצת תרופות נפוצה ביותר, המשמשת לעיכוב של הרס העצם וספיגתה בחולים הלוקים באוסטיאופורוזיס, לטיפול במחלת Paget ו־Osteogenesis imperfecta של הילדות, לייצוב ולטיפול בממאירויות השולחות גרורות לעצם, בסרטן השד, בסרטן הערמונית או סרטן הריאות ובממאירות מוח העצם. בנוסף, ה־BP ניתנים לטיפול בספיגת עצם במיאלומה נפוצה (Multiple Myeloma).

ה־BP הם חומרים שאינם משתחלפים בגוף בכלל ושומרים את הזיקה לעצם. בסופו של דבר הם משפיעים על פעילות של אוסטאוקלסטים (Osteoclasts).

יש היום מגוון רחב של ביספוספונטים, הניתנים גם דרך הווריד (IV) וגם דרך הפה, בעוצמות משתנות של פעילות.

ה־BP הניתנים היום בארץ דרך הפה:

- Alendronate (Fosalan; Maxibone)
- Etidronate (Didronel; Procter and Gamble)
- Risedronate (Actonel; Procter and Gamble)
- Tiludronate (Skelid; Sanofi-Synthe Lab Inc)

ה־BP הניתנים דרך הווריד:

- Pamidronate (Aredia) – פאמידרונאט
- Zoledronic acid (Zomera) – חומצה זולדרונית

לאחרונה נוספו שתי תרופות לטיפול באוסטיאופורוזיס הניתנות דרך הווריד: Zoledronate (Aclasta), הניתנת פעם בשנה, ו־Ibandronate (Bonat), הניתנת פעם בשלושה חודשים.

כיצד מתקשרים הביספוספונטים למקצועות הדנטליים?

בשנים 2003/04 החלו דיווחים על תופעת האוסטאונקרוזיס – Osteonecrosis (ON) – של הלסתות (נמק של עצם הלסתות) בקרב אנשים שקיבלו טיפול תוך ורידי בביספוספונטים (1) (ראו תמונה 1).

רק בשנת 2006 פרסם מינהל התרופות והמזון האמריקני, ה־FDA, אזהרה מפורשת לגבי סיכון לאוסטאונקרוזיס במטופלים המקבלים BP, כולל דרך הפה (2).

בשנת 2006, האגודה אמריקאית לכירורגיית הפה והלסתות פרסמה נייר עמדה ראשון בנדון, שעודכן לאחרונה בשנת 2009 (3, 4).

Bisphosphonates related osteonecrosis of jaws (BRONJ) היא תופעה של נמק עצם הלסתות בעקבות טיפול בביספוספונטים.

שלושה פרמטרים נדרשים כדי לקבוע שמדובר ב־BRONJ:

1. המתרפא טופל בביספוספונטים בעבר או בהווה;
2. חשיפת עצם באזור הפנים והלסתות שנמשכת מעל לשמונה שבועות;
3. ללא היסטוריה של הקרנות באזור.

האם BRONJ מופיע רק אצל אנשים המטופלים ב־BP דרך הווריד?

מהמקרים המדווחים בספרות עולה שהסיכוי לפתח BRONJ גבוה בהרבה בקרב אנשים המטופלים ב־BP חזקים יותר, ואשר נצרכים לאורך זמן. עם זאת, הסיכון לפיתוח BRONJ בקרב מטופלים ב־BP דרך הפה הוא נמוך. על פי נתונים שפרסם היצרן של Alendronate (Merck), ההיארעות של BRONJ היא 0.7/100,000 אנשים לשנה של חשיפה. יש לקחת בחשבון את העובדה שנרשמו כבר יותר מ־190 מיליון מרשמים לביספוספונטים דרך הפה. מחקרים אחרים מדווחים על היארעות של 0.01%–0.06% (2, 5).

גורמי סיכון ל־BRONJ (3)

1. גורמי סיכון הקשורים בתרופות

א. עוצמת הביספוספונטים: ב־BP הניתנים דרך הווריד במינון גבוה, כמו בטיפול בממאירויות, טמון סיכון גבוה בהרבה מאשר באלו הניתנים דרך הפה. מתן תוך ורידי של ביספוספונטים לחולי סרטן יוצר חשיפה גדולה יותר מאשר של יישום דרך הפה, עם סיכוי של פי 2.7 עד 4.2 לפתח BRONJ. חשוב לציין כי לטיפול תוך ורידי של תרופות כמו Zoledronate (Aclasta), הניתנות לטיפול באוסטיאופורוזיס, סיכון דומה לשל הביספוספונטים הניתנים דרך הפה (6);

ב. אורך הטיפול: טיפול ממושך הוא כנראה גורם סיכון.

2. גורמי סיכון מקומיים

א. כירורגיה דנטו־אלבאולרית כולל (אך לא רק) עקירות, שתלים דנטליים, כירורגיה של חוד השורש, ניתוחים פריודונטליים כולל נזק לעצם.

– מטופלים חולי סרטן אשר מקבלים ביספוספונטים ביישום תוך ורידי ועוברים פעולה כירורגית דנטו־אלבאולרית הם בסיכון של לפחות פי 7 לפתח BRONJ;

– חולי סרטן המקבלים ביספוספונטים תוך ורידי ועוברים פעולה כירורגית נמצאים בסיכון של פי 5–21 לפתח BRONJ לעומת חולי סרטן המקבלים ביספוספונטים תוך ורידי ואינם עוברים ניתוח דנטו־אלבאולרי.

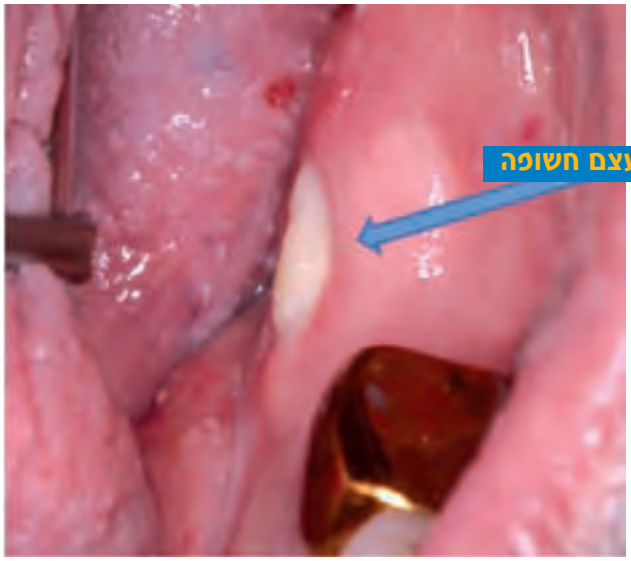
ב. אנטומיה מקומית: הלסת התחתונה בסיכון גבוה יותר מאשר זו העליונה. האזורים המיועדים לחשיפת העצם הם הטורוס הלינגואלי, רכס Mylohyoid וטורוס פלטינאלי.

ג. מחלה אורלית נלווית: חולי סרטן המקבלים ביספוספונטים תוך ורידי

חוליאנה רוזנטול - RDH

ד"ר אלחנדרו רוזנטול - מומחה לכירורגיית הפה והלסתות, מנהל היחידה לכירורגיית הפה והלסתות, מרכז רפואי "זיו", צפת

Bisphosphonates related



תמונה 1. מקרה של BRONJ עם חשיפת עצם ספונטנית באזור הרטרומולרי שמאלי, מאחורי שן 37, במטופל המקבל BP תוך ורידי עקב סרטן הערמונית עם גרורות לעצמות

ולהם סיפור רקע של דלקות כגון מחלה פריודונטלית או אבצס דנטלי, הם בסיכון גדול פי 7 לפתח BRONJ.

3. גורמים סיסטמיים ודמוגרפיים

א. גיל – גיל מתקדם מהווה גורם סיכון;

ב. גזע – תוצאות מחקר אחד הצביעו על סיכון גדול יותר ל"לבנים" לעומת "שחורים";

ג. מין – לא הוכח קשר בין מין ל־BRONJ;

ד. לא הוכח קשר חד משמעי לטיפול כימותרפי;

לא הוכח קשר חד משמעי לסוכרת, דיאליזה, השמנת יתר והמוגלובין נמוך.

4. גורמים גנטיים

עבודת מחקר הראתה כי שינויים גנטיים ב־(P450-2C gene [CYP2C8) היו קשורים לעלייה בסיכון לפתח BRONJ במטופלים עם MM (מיאלומה נפוצה) שקיבלו ביספוספונטים.

5. גורם מניעתי

א. המלצה לבדיקת שיניים וטיפול בהתאם לפני התחלת טיפול בביספוספונטים תוך ורידי;

ב. יתכן ששינוי באופן היישום התוך ורידי של התרופה יוכל להקטין את הסיכון לפיתוח BRONJ.

מה תפקידה של השיננית, כחלק מהצוות הרפואי במרפאה, בנושא ה־BRONJ?

הסיבה המדויקת להופעת BRONJ אינה ידועה עדיין, אך קיים קשר ברור להיגיינה אורלית לקויה (7).

על רופאי השיניים והשיניות להיות ערים ולהכיר היטב את הקשר שבין BP לתופעת הנמק של עצם הלסתות – BRONJ, וזאת בשל חומרת התופעה והקושי בטיפול בה.

בעת מילוי השאלון הרפואי יש לשאול את המטופל על קבלת BP בהווה ובעבר. האפטק של ה־BP ממשיך לפעול במשך הרבה מאוד שנים, גם לאחר שמפסיקים ליטול את התרופה.

במקרים רבים, השיננית היא הראשונה מבין חברי הצוות הרפואי במרפאה שתגלה חשיפת עצם באזור הלסתות, מכוון שלרוב היא זאת שמבצעת את הביקורות השגרתיות מדי כמה חודשים, בודקת את מצב ההיגיינה האורלית ומבצעת צילומי ביקורת.

ממצא זה של חשיפת העצם יכול להיות אקראי, מכיוון שבשלבים הראשונים התופעה היא אסימפטומטית והמטופל אינו מודע להתפתחות נמק בלסת שלו. מכאן שחשוב ביותר לקחת אנמנזה מלאה, ואם מתמלאים שלושת הקריטריונים שצוינו לעיל – לקבוע שמדובר ככל הנראה ב־BRONJ. במקרה כזה יש לדווח לרופא השיניים. על רופא השיניים להתייעץ עם רופא המשפחה, כדי לבדוק אפשרות לשינוי היישום או להפסקת הטיפול ב־BP.

תפקיד נוסף של רופא השיניים ושל השיננית הוא להדריך את המטופל בשמירה קפדנית על היגיינה אורלית, תוך שימוש נכון באביזרים ובעזרים דנטליים ובשטיפות פה, כדי להקטין את הסיכון לזיהומים דנטליים או פריודונטליים. יש לספק למטופל הסבר מלא על מהות תופעת הנמק של עצם הלסתות בעקבות ה־BP.

ספרות

1. Marx, R.E., Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg, 2003. 61(9): p. 1115-7.
2. FDA, U.F.a.D.A., in U.S. Food and Drug Administration Oncologic Drugs Advisory Committee. 2006.
3. Ruggiero, S.L., et al., American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw - 2009 update. Aust Endod J, 2009. 35(3): p. 119-30.
4. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. J Oral Maxillofac Surg, 2007. 65(3): p. 369-76.
5. Mavrokokki, T., et al., Nature and frequency of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws in Australia. J Oral Maxillofac Surg, 2007. 65(3): p. 415-23.
6. Wessel, J.H., T.B. Dodson, and A.I. Zavras, Zoledronate, smoking, and obesity are strong risk factors for osteonecrosis of the jaw: a case-control study. J Oral Maxillofac Surg, 2008. 66(4): p. 625-31.
7. Rayman, S., K. Almas, and E. Dincer, Bisphosphonate-related jaw necrosis: a team approach management and prevention. Int J Dent Hyg, 2009. 7(2): p.

בריאות שיניים בקרב מטופלים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות

אומדן של בריאות השיניים בקרב מטופלים המאושפזים

שלמה פול זוסמן, DMD, MSc (DPA), MPA[1]*
אלכסנדר מיכאל פוניזובסקי, MD, PhD[2]
דן דקל, DMD, MPH[1]
עבד־אל־סמיה מסרווה, DMD, BSW[1]
תרצה רמון, DMD, MPA[1]
לנה נטפוב, MDM, MPH[1]
אלכסנדר גרינשפון, MD, PhD[3]

תקציר

מטופלים רבים המאושפזים במוסדות עקב מחלות פסיכיאטריות שוחררו לתוך הקהילה, ואלה שנותרו מאושפזים נמצאים בקבוצת סיכון למחלות שיניים. מחקר זה אומד את בריאות הפה ואת צורכי הטיפול של מטופלים המאושפזים באופן כרוני עקב מחלות פסיכיאטריות בישראל. מדגם אקראי של 301 מטופלים, שאושפזו ליותר משנה אחת ב־14 מתוך 18 המוסדות הפסיכיאטריים בישראל, נלקח מרישום האשפוז הפסיכיאטרי הלאומי ו־84.4% מהם נבדקו. מצב השיניים שלהם נבחן באמצעות אינדקס שיניים רקובות, חסרות או עם סתימות (DMF-T) ומידע דמוגרפי ורפואי נשלף מתיקי המטופלים. מתוך 254 המטופלים שנבדקו, ל־4 (1.6%) לא הייתה עששת, ל־176 (69%) מהמטופלים היו שיניים תותבות, בעוד ש־66 (26%) היו חסרי שיניים. ציון ה־DMF-T הממוצע היה 23.8. רכיב העששת היה אחראי ל־2.7 מתוך ה־DMF-T, רכיב השיניים החסרות היה 20, ורכיב השיניים המשוחזרות היה רק 1.1. נמצאה התאמה שלילית בין גיל לבין טיפול בעששת. לא לכל המטופלים חסרי השיניים היו שיניים תותבות. ממצאים אלו מאשרים את הצורך לשפר את בריאות השיניים של חולים פסיכיאטריים כרוניים ואת הצורך בטיפולי שיניים. המדיניות הקיימת צריכה להיות מותאמת כך שתשלב את שיטת האספקה של שירותי רפואת השיניים במוסדות ובקהילות, שכיום הינה נפרדת. המטופלים בשיניים בשירות הרפואי צריכים לקבל תגמול על הבראת שיניים באוכלוסייה זו ולא רק על עקירתן.

מבוא

חולים פסיכיאטריים נמצאים בסיכון גבוה למחלות שיניים בשל תופעות הלוואי של תרופותיהם, צריכת הממתקים הגבוהה שלהם, היגיינה דנטלית לקויה ועישון (1). מתן טיפול שיניים לחולים אלה הוא בעייתי, בגלל חוסר המוטיבציה והאפתיה שלהם, שיתוף הפעולה המוגבל, הסתגלות לא טובה לתותבים חדשים, קשיי תנועה, פחד מהטיפול ותקשורת לקויה, כמו גם מגבלות כלכליות (2, 3).

1 משרד הבריאות, האגף לבריאות השן, ירושלים; 2 משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, ירושלים; 3 בית החולים האוניברסיטאי "טירת הכרמל" ומרכז לבריאות הנפש, מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש ברוס רפפורט, טכניון, חיפה.

*דוא"ל של המחבר: shlomo.zusman@moh.health.gov.il

המאמר התפרסם ב־Spec Care Dentist 30(1): 18-22, 2010

פסיכיאטרים אינם מודעים מספיק לסיכון ולהיקף של מחלות דנטליות אצל המטופלים המאושפזים שלהם (3), או לגבי האפקטים הפסיכולוגיים של מחלות שיניים. אולם, יש כמה מחקרים (5, 6) המראים כי אפשר לשפר את ההיגיינה/הבריאות הדנטלית של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות באמצעות חינוך, הנחייה ותזכורות (4, 5). וכי חולים פסיכיאטריים יכולים לרכוש כישורים חדשים באמצעות הדרכה מותאמת (6, 7).

בישראל, מטופלים המאושפזים עם מחלות פסיכיאטריות זכאים למגוון של שירותי בריאות, כולל רפואת שיניים (8). אולם, מתוך ששת בתי החולים הפסיכיאטריים הציבוריים ו־12 בתי החולים הפסיכיאטריים הפרטיים, רק בחמישה יש מרפאות שיניים ראויות. בחמשת בתי החולים הללו, בשנת 2007, רק 70% מהמאושפזים נבדקו, 693 חולים (45%) קיבלו טיפולי שיניים ו־506 מתוכם קיבלו טיפולי חירום בלבד (9). בבתי חולים ללא מרפאות שיניים ראויות, היעדר כספים ונגישות נמוכה מונעים את קבלתו של טיפול שיניים סדיר.

רפורמה בשירותים הפסיכיאטריים בישראל

על בסיס ניסיונן השלילי של מדינות אחרות (10), ישראל ניסתה לבנות תשתית שירותים נפשיים מתאימה בקהילה לפני הפחתת מספר המיטות למאושפזים קבועים (מ־1.17 ל־1,000 תושבים ב־1996 ל־0.81 ב־2003 (11). המדיניות מבוססת השיקום סיפקה טיפול אשפוזי ליותר מ־5,300 חולים עם מחלות פסיכיאטריות כרוניות (12). חוק השיקום שחוקק בשנת 2000 סיפק סל של שירותי שיקום, אשר כלל טיפול שיניים לכל חולה בעל מוגבלות נפשית. טיפולי שיניים סופקו על ידי מרפאות פרטיות וציבוריות ומומנו על ידי משרד הבריאות. בשנת 2007, מספר כולל של 1,287 תכניות טיפול שיניים הוצגו לוועדות שיקום ואושרו (9). דווח כי 766 מטופלים עם מחלות פסיכיאטריות קיבלו טיפול שיניים מלא בקהילה, במחיר כולל של 2.25 מיליון ש"ח (כ־450,000 דולר). כלומר, 3,323 ש"ח לכל חולה בממוצע.

טבלה 1. התפלגות המדגם על פי גיל ומין

	זכר		נקבה		סה"כ	
גיל (בשנים)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
34–18	19	12	12	12	31	12
44–35	38	24	16	16	54	21
54–45	35	22	17	17	52	20
64–55	36	23	24	24	60	24
74–65	20	13	19	19	39	15
91–75	8	5	10	10	18	7
סה"כ	156	100	98	100	254	100

למרות השינויים שנבעו מהמדיניות הישראלית של הוצאה מאשפוז, לא בוצעו הערכות שיטתיות של מצב שיניים ונזקקות לטיפול בקרב חולים שעדיין מאושפזים. מחקר זה בדק את בריאות השיניים ואת צורכי הטיפול של האוכלוסייה המאושפזת באופן כרוני על רקע מחלות נפשיות בישראל.

חומרים ושיטות

14 מוסדות פסיכיאטריים (שישה ממשלתיים ושמונה פרטיים), המספקים טיפול ל־98% מהחולים הפסיכיאטריים הכרוניים בישראל, נכללו בסקר הנוכחי. ועדת הביקורת המוסדית של משרד הבריאות אישרה את הסקר. בשנת 2003, מדגם אקראי (20% מתוך 1,997 חולים המאושפזים יותר משנה) נלקח ממרשם האשפוז הפסיכיאטרי הלאומי (חולים שמספר הזהות שלהם נגמר ב־5 או 7 נבחרו למדגם).

לפי פרוטוקול משרד הבריאות, כל חולה פסיכיאטרי מאושפז זכאי לבדיקת שיניים שנתית. לצורך מחקר זה, בדיקה זו בוצעה על ידי שני בודקים, שכוילו על ידי בוחן מנוסה אשר תפקד כ"אמת מידה לאומית" (מקדם קאפה של הסכמה בין הבודקים הייתה 0.88). בהתאם לפרוטוקול ארגון הבריאות העולמי (13), בדיקת השיניים בוצעה עם מראה וגשוש, כאשר המטופל יושב מול חלון באור טבעי. חולים במחלקות סגורות שלא היו ניידים וחולים קשישים שהיו מרותקים למיטה נבדקו במחלקות שלהם. החולים נבדקו כדי לקבוע את מצבן של השיניים, הסתימות ורקמות רכות וקשות לפי שיטות הסקירה האורלית של ארגון הבריאות העולמי, מהדורה רביעית (13), שמספקת קריטריונים מפורטים. מדד ה־DMF-T של מצב דנטלי כללי (מספר שיניים רקובות, חסרות או עם סתימות בשיניים הקבועות) חושב עבור כל מטופל. DMF-T הוא מדד מסכם המודד את כל מופעי העששת, מההתפרצות ועד לתאריך הבדיקה.

גיל, מגדר ואבחנה קלינית בהתאם למגדיר המחלות הבינלאומי, מהדורה עשירית (ICD-10), התקבלו מהתיקים הרפואיים. ציונים ממוצעים, חלוקות סטנדרטיות, ניתוח סטייה (ANOVA) ומקדמי ערך פירסון בין גיל לבין DMF-T ומרכיביו חושבו באמצעות תוכנת SPSS-13.0 (SPSS בע"מ, שיקגו, אילינוי).

תוצאות

מתוך 349 החולים במדגם האקראי, 48 לא נמצאו בבית החולים בזמן הבדיקה. מתוך 301 המאושפזים הנותרים, 47 (22 זכרים ו־27 נקבות) היו בני גיל ממוצע של 53 ± 16 שנים. מתוכם, 34 חולי סכיזופרניה, 11 בעלי תסמונות אורגניות שונות במוח ושניים בעלי הפרעות מצב רוח, סירבו להיבדק. לפיכך, 254 מטופלים (156 גברים ו־98 נשים) בגיל ממוצע של 52.5 ± 14.5 שנים (טווח = 18–91 שנים) נבדקו, וסיפקו שיעור היענות של 72.8%. קבוצת הגיל 55–64 הייתה הגדולה ביותר וכללה 24% מהמדגם (טבלה 1). האבחון הפסיכיאטרי הנפוץ ביותר היה סכיזופרניה (n = 209; 82.3%), אחריו הפרעת מוח אורגנית (n = 41; 16.1%) והפרעת מצב רוח (n = 4; 1.5%).

מתוך 254 הנבדקים, 207 (81.5%) היו ללא כל פתולוגיה של רקמות רכות. אצל נבדק אחד היה חשש לגידול ממאיר, והוא הופנה למרכז רפואי לבדיקה. אבחנו לוקמיה אצל 14 נבדקים, התכייבות (ulceration) אצל 13 (אחת הקשורה לשיניים תותבות), סטומטיטיס בשיניים אצל חמישה נבדקים, קנדידיאזיס אצל שניים, מורסה אצל אחד, בעוד ש"ממצאים אחרים" (בעיקר פיגמנטציות) נרשמו אצל 17 הנבדקים הנותרים.

טבלה 2 מציגה את מדד DMF-T וממוצעים של המרכיבים (±SD) על פי גיל, מגדר ואבחנה קלינית. הממוצע הכללי של מדד ה־DMF-T הוא 23.8 ± 9.1. הציון הגבוה ביותר נמצא בקבוצת הגיל 75–91, שבה 30.3 מתוך 32 שיניים היו נגועות בעששת, עם סתימות או מוצאות. ציון ה־DMF-T הנמוך ביותר (11.6 ± 8.1) נרשם בקבוצת הגיל 18–34, שם מרכיב העששת (D) היה אחראי לכ־23% מהתוצאה הסופית, מרכיב השיניים החסרות (M) ל־37% ומרכיב הסתימות (F) לכ־40%. הערכים התואמים עבור קבוצת הגיל 55–64 היו 9.5%, 90%, ו־0.5%. בסך הכול, מרכיב העששת היה 11.3% מה־DMF-T, השיניים החסרות היו 84% והשיניים בעלות הסתימות היו 4.6%.

נמצא קשר חיובי בין ה־DMF-T, מרכיב הציון M, לגיל הנבדקים ($r = .563$, $p < .001$, ו־$r = .605$, $p < .001$, בהתאמה).

הקשר בין הגיל לבין המרכיבים F ו־D היה שלילי.

($r = -.433$, $p < .001$, ו־$r = -.112$, $p < .05$, בהתאמה).

תרשים 1 (בעמוד 13) ממחיש את הקשרים הללו. הקשר בין ה־DMF-T לבין מרכיבי ה־F וה־M שלו וקבוצות הגיל נמצא גם משמעותי בניתוח השונות (טבלה 2). לא נמצאו הבדלים מגדריים משמעותיים בתוצאות הממוצעות של ה־DMF.

טבלה 2. ציוני DMF-T על פי גיל, מין, וקטגוריה אבחונית של ICD-10

		רקובות		סתימות		חסרות		סה"כ DMF-T	
גיל (שנים)	N	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
18–34	31	2.7	4.5	4.6	4.8	4.3	6.6	11.6	8.1
35–44	54	3.7	4.2	1.4	2.7	16.2	10.1	21.3	8.3
45–54	52	2.7	4.2	1.1	2.3	20.9	10.1	24.7	8.1
55–64	60	2.5	3.7	0.1	0.4	23.4	8.8	26.1	7.8
65–74	39	1.6	2.7	0	0	27.7	6.1	29.3	4.7
זכר	156	2.9	4.3	1.1	2.6	19.2	11.3	23.2	9.4
נקבה	98	2.4	3.8	1.1	3	21.2	10.9	24.8	8.6
סה"כ	254	2.7	4.1	1.1	2.7	20.0	11.2	23.8	9.1
הפרעה אורגנית	41	2.5	4.5	1	2.4	18.0	12.2	21.5	11
סכיזופרניה	209	2.8	4	1.1	2.8	20.0	11.0	24.3	8.6
הפרעות מצב רוח	4	0.5	1	1.7	3.5	19.0	13.6	21.3	12

תוצאות ANOVA ליחס בין קבוצת גיל וציוני מדד DMF-T ($F_{5,253} = 25.92$, $p < .0001$), ציוני מרכיב הסתימות ($F_{5,253} = 25.92$, $p < .0001$), וציוני מרכיב השיניים החסרות ($F_{5,253} = 25.92$, $p < .0001$)

טבלה 2 מציגה את ציון מדד ה־DMF-T לפי קטגוריית ההפרעה הנפשית ב־ICD-10. חולי סכיזופרניה (n = 209) היו בעלי הציון הממוצע הגבוה ביותר ב־DMF-T של 24.3 ± 8.6, וחולים עם הפרעות מצב רוח (n = 4) היו בעלי הציון הממוצע הנמוך ביותר ב־DMF-T של 21.3 ± 11.8. חולי סכיזופרניה היו בעלי המספר הממוצע הגבוה ביותר של שיניים עם עששת, 2.8 ± 4, ובעלי המספר הממוצע הגבוה ביותר של שיניים חסרות, 20 ± 11.0.

טבלה 3 מציגה את הקשר בין הרכבת שיניים תותבות לבין מגדר. ל־54 מתוך המטופלים הגברים (35%) היו חסרות שיניים בלסת העליונה ול־47 (30%) היו חסרות שיניים בלסת התחתונה. מבין המטופלות הנשים, היו 32 (33%) ו־35 (36%), בהתאמה. לא היו הבדלים משמעותיים בין המגדרים בנושא הרכבת תותבים. 66 מטופלים (26%) היו בעלי תותבים בשתי הלסתות, אבל לא לכל אדם חסר שיניים היו תותבים. 28 מטופלים (11%) היו בעלי תותב בלסת עליונה ו־23 (9%) היו בעלי תותב בלסת התחתונה. לפי הבודקים, 29 מטופלים נזקקו לתותב בלסת העליונה ו־23 מטופלים נזקקו לתותב בלסת התחתונה (לא כל האנשים בעלי השיניים החסרות נזקקו לתותבים; לחלק היו מספיק שיניים בעוד שאחרים תפקדו טוב בלעדיהן). לפי קריטריון הסקר של ארגון הבריאות העולמי, 66 מטופלים (26%) נזקקו לסוג כלשהו של תותב.

טבלה 3. שימוש בשיניים תותבות על פי מגדר

	תותבות בלסת העליונה (%)		תותבות בלסת התחתונה (5)	
מגדר	שימוש	צורך	שימוש	צורך
זכר	18	28	14	17
נקבה	10	1	9	6
סה"כ	28	29	23	23

דיון

תוצאות מחקר זה מראות שמאושפזים עם מחלות פסיכיאטריות כרוניות בישראל סובלים מבריאות שיניים ירודה וזקוקים באופן דחוף לתכניות הממוקדות בבריאות השיניים שלהם כמו גם בחינוך שלהם לבריאות שיניים. התקפות של ממצאים אלו נתמכת על ידי העובדה שמידע זה נאסף מתוך מדגם אקראי, שייצג את המאושפזים ארוכי הטווח הסובלים מהפרעות פסיכיאטריות. מצאנו כי עבור שני המגדרים ועבור כל קבוצות הגיל, המספר הממוצע של שיניים עם עששת ושיניים חסרות היה גבוה באופן משמעותי ביחס לאוכלוסייה הכללית בישראל (14, 15), כמו גם ביחס למדינה אחרות (16–18).

שיניים חסרות ששוקמו היוו 72% ממדד ה־DMF-T הדומה לדיווחים בספרות הרלוונטית (14, 18, 19). לדוגמה, Vigild ואחרים (18) מצאו ששני שליש מאוכלוסיית המבוגרים בדנמרק הסובלים ממחלות פסיכיאטריות היו בעלי שיניים חסרות, בעוד Angelilo ואחרים (20) דיווחו על 11.1% באיטליה. מחקרים קודמים בישראל דיווחו על 63–67 אחוז (15, 21, 22). במחקר שלנו, המספר הגבוה של שיניים חסרות (19 שיניים לחולה, כאשר לשליש מהמטופלים חסרות בין 26 ל־32 שיניים) נובע מהעקירה של מרבית השיניים הנגועות בעששת והכישלון בהחזרתן. מצאנו כי קיים יחס שלילי משמעותי בין גיל ועששת ויחס חיובי בין גיל לשיניים חסרות, מה שמאשש את השערתנו שעקירה הייתה אמצעי הטיפול המועדף לאוכלוסייה זו. הנטייה של רופאי שיניים לעקור שיניים כואבות באנשים עם הפרעות פסיכיאטריות במקום לטפל בהן צוינה במחקרים קודמים (18, 20, 23). רופאי שיניים בדרך כלל אינם מוכנים להשקיע בטיפולים משקמים או משמרים מורכבים בגלל הקושי בטיפול בחולים עם מחלות פסיכיאטריות (18, 20).

המדגם שלנו כלל 23% יותר גברים מאשר נשים, מה שמשקף את פריסת המגדר בבתי חולים פסיכיאטריים עם אשפוז ארוך טווח בישראל. יחס ההיענות לסקר שלנו היה גבוה, כאשר רק כל מטופל שישי סירב להשתתף, אולם, הפריסה הגילאית והאבחנתית בקבוצה זה לא הייתה שונה באופן משמעותי משאר המדגם. על אף שהיו מעט יותר נשים בקבוצה שסירבה להשתתף מאשר במחקר, איננו מאמינים שזה השפיע על הייצוגיות של המדגם, במיוחד משום שלא מצאנו כל הבדלי מגדר בתוצאות ה־DMF-T.

בהסתמך על הספרות (3, 14, 18), אנו מאמינים כי עשוי להיות יחס חיובי בין מדד ה־DMF-T לבין סך הזמן שהנבדק בילה בבית החולים. לא יכולנו לבחון הנחה זו בגלל חוסר במידע בבית החולים לגבי תקופת האשפוז. כמו כן, למרות שחולי סכיזופרניה היו בעלי מדד DMF-T ותוצאות D ו־M גבוהות מאשר משתתפים אחרים, יש להתייחס לממצא זה בזהירות בגלל הקבוצה הקטנה של מטופלים שלא אובחנו כחולי סכיזופרניה.

כמו בארצות מערביות רבות, הרפורמה בשירותים הפסיכיאטריים בישראל התבססה על העברה של מאושפזים לקהילה, ועבורם – חוק השיקום סיפק טיפולי שיניים ושיקומי שיניים. אולם הצרכים הדנטליים שנצפו אצל חולים פסיכיאטריים שעודם מאושפזים בבתי חולים היו גם הם גבוהים, בעוד שדרישתם לטיפול הייתה נמוכה. לפיכך, טיפול שיניים צריך להפוך נגיש יותר לאוכלוסייה זו. אלו הם המטופלים הסובלים מהבעיות הפסיכיאטריות הקשות ביותר, שנשארים מאושפזים וחשופים לסיכון הגבוה ביותר של מחלות שיניים. הם זקוקים ליותר טיפול מונע וליותר טיפול שיקומי.

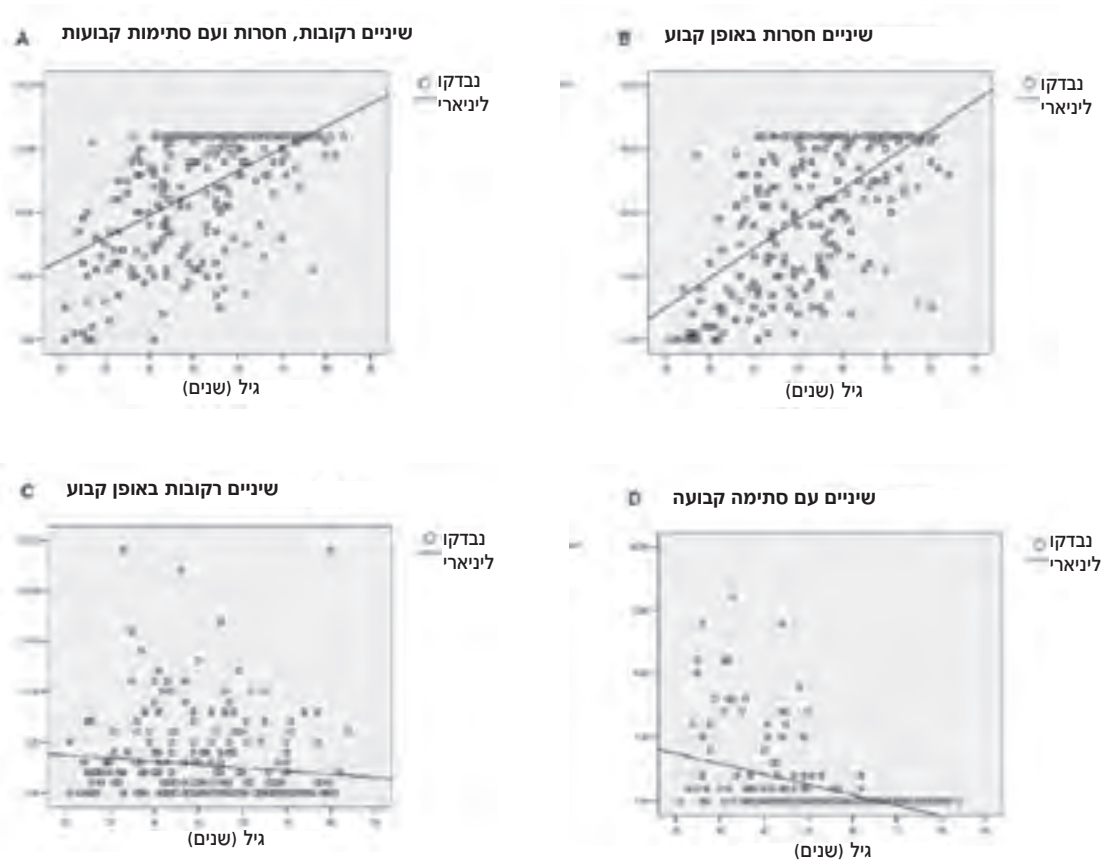
אנו מאמינים שזה חשוב לא רק מנקודת מבט מוסרית, אלא גם מסיבות כלכליות: ככל שהטיפול יחל מוקדם יותר, כך הוא יהיה קל וזול יותר. מצאנו ש־26% מהמאושפזים זקוקים לתותבים; כלומר, 520 מתוך האוכלוסייה הכללית של 2000 מאושפזים. אם הם היו מטופלים בקהילה, הטיפול שלהם היה יקר יותר. ככל שהרפורמה החקיקתית מתקדמת, חלק מהמאושפזים הללו ישוחררו מבית החולים לחיים עצמאיים בקהילה. טיפול שיניים במצב המקורי, לפני ההעברה לקהילה, הוא אפקטיבי יותר ביחס למחירו מאשר בקהילה, ולפיכך אנו מאמינים ששירותים רפואיים צריכים להפוך לזמינים בתוך מערכת בתי החולים.

המצב הנוכחי, שמטפל באופן לא פרופורציונלי בקהילה, אינו הוגן ואינו אפקטיבי – אם מנקודת מבט רפואית־דנטלית ואם מנקודת מבט כלכלית. נראה שהמדיניות צריכה להיות מותאמת כך שתשלב את האספקה של שירותי רפואת שיניים, שכרגע היא מופרדת בין מוסדות למוקדים קהילתיים.

מסקנות

ממצאי מחקר זה מצביעים על הצורך במניעה של מחלות שיניים ועל הצורך לספק טיפולי שיניים למאושפזים ארוכי טווח עם מחלות פסיכיאטריות. פרוטוקול דנטלי מונע צריך להיות מנוסח כך שיחייב טיפול במאושפזים במוסדות פסיכיאטריים, וכן את הקמתה של קרן שתממן את טיפולי השיניים למטופלים – הן במוסדות הממשלתיים והן במוסדות הפרטיים. יש לעודד אנשי רפואה העוסקים ברפואת שיניים בשירותי הבריאות לשקם שיניים באוכלוסייה זו, במקום לעקור אותן.

תרשים 1. הקשר בין הגיל לבין מדד דנטלי כללי (DMF)



ספרות

1. Rai B. Oral health in patients with mental illness. Int J Dent Sci 2008;6:1-7.
2. Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. Eur Psychiatry 2003;18:101-5.
3. Mester R. The psychodynamics of the dental pathology of chronic schizophrenic patients. Isr J Psychiat Relat Sci 1982;19:255-61.
4. Clark DB. Dental care for patient with bipolar disorder. J Can Dent Assoc 2003;69:20-4.
5. Hede B. Dental health behavior and self reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. Acta Odontol Scand 1995;53:35-40.
6. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. Schizoph Bul 2000;26:21-46.
7. Almomani F, Brown C, Williams KB. The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. Psychiatr Rehabil J 2006;29:274-81.
8. Treatment of mental patients law 5751–1991, in Sefer Hahukkim 1339, 22nd Tevet 5751 (8th January 1991) p. 58.
9. Massarwa A-S. Dental treatment to psychiatric patients in psychiatric hospitals and to entitled to rehabilitation basket, Annual report 2007. Ministry of Health, 2008 (Hebrew).
10. Muijen M. Focus on mental health care reforms in Europe. Mental health services in Europe: an overview. Psychiatr Serv 2008;59:479-82.
11. Mental Health in Israel Statistical Annual. Ministry of Health, Jerusalem, 2004 (in Hebrew).
12. Grinshpoon A, Zilber N, Lerner Y, Ponizovsky AM. Impact of a rehabilitation legislation on the survival in the community of long-term patients discharged from psychiatric hospitals in Israel. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio 2006;41:87-94.
13. World Health Organization. Oral health surveys. Basic methods, 4th ed. Washington: DC: WHO; 1997.

שמירה על התוצאות האסתטיות לאחר טיפול השיננית

ד"ר אלון וקסלר

על פי האקדמיה האמריקאית לפריודונטיה (American Academy of Periodontology) טיפול המניעה ברפואת שיניים (oral prophylaxis) מוגדר כהסרה של פלאק, אבנית והכתמה מכלל משטחי השן כאמצעי מניעה המיועד להסיר גורמי גירוי מקומיים (1). עמדה זו מתיישבת עם העמדה הרווחת ברפואת שיניים, המייחסת לטיפול השיננית חשיבות רבה במניעה ובשמירה על בריאות הפה. בנוסף למניעה, טיפול השיננית מלווה בהטבה במראה השיניים והחניכיים כתוצאה מסילוק אבנית וכתמים המצטברים על השיניים וביצירת תנאים המאפשרים בריאות חניכיים והפחתה באדמומיות ובנפיחות.

להיבטים האסתטיים של טיפול השיננית חשיבות פחותה במניעה, אך הם מהווים גורם המעודד מטופלים רבים להגיע לטיפולים תקופתיים באופן מסודר. מגמה זו הלכה והתחזקה בעשור האחרון, עם העלייה בדרישה לשיניים נקיות ולבנות. בעיני הציבור, טיפול השיננית נתפס כבעל חשיבות אסתטית גבוהה, ופעמים רבות פונים המטופלים לשיננית כדי להשיב את צבען הטבעי של השיניים.

ד"ר אלון וקסלר - מנהל מדעי - התחום הדנטלי, מינהל רפואי, טבע ישראל

הכתמת שיניים

בניגוד לסברה הרווחת בציבור, צבען הטבעי של השיניים איננו לבן אלא בעל גוון צהבהב (שנהב), המתקבל מהשתקפות שכבת הדנטין דרך זגוגית השן השקופה. הרגלים שונים, כגון צריכה של קפה, תה, יין אדום או עישון, עשויים לגרום לשקיעה של פיגמנטים על פני השיניים ולהתפתחות כתמים לא אסתטיים. תופעה זאת מוגדרת כהכתמת שיניים חיצונית, שבה הפיגמנטים מצטברים על פני שטח הפנים החיצוני של השיניים (תמונה 1 בעמוד 18). בנוסף, שטיפות פה המכילות חומרים פעילים חזקים עלולות לגרום להכתמה חיצונית כתוצאה מתגובה כימית עם מרכיבים המצויים ברוק, בפלאק או במזון (2).

לעומת זאת, שינוי צבע פנימי או הכתמת שיניים פנימית הינם תוצאה של

תמונה 1. הכתמת שיניים חיצונית נגרמת כתוצאה משקיעה של פיגמנטים על פני שטח הפנים החיצוני של השיניים. ההכתמה נוטה להופיע באזורים הקשים לניקוי, לרבות צווארי השיניים, המשטחים שבין השיניים ובמקרים של צפיפות שיניים

תמונה 2. פגם אסתטי במשנן הקדמי כתוצאה מפלואורוזיס. שינוי הצבע נובע כתוצאה מהפרעה התפתחותית במבנה זגוגית השן

הפרעה התפתחותית או הצטברות פיגמנטים בתוך מבנה השן (3). פלואורוזיס או טראומה במהלך ההתפתחות של כותרת השן עשויים לגרום להפרעה במבנה הזגוגית ולפגם אסתטי (תמונה 2). עששת או חומרי שחזור עשויים לגרום להצטברות פיגמנטים בתוך זגוגית השן או הדנטין ולהתכהות של צבע השן.

שיקום צבען הטבעי של השיניים

בניגוד להכתמת שיניים פנימית, הטיפול בהכתמת שיניים חיצונית איננו דורש הלבנת שיניים משום שהפיגמנטים מצויים על פני שטח השיניים וניתנים להסרה בקלות יחסית. על כן, הטיפול במקרה של הכתמה חיצונית מבוסס על הסרה של הפיגמנטים שהצטברו באמצעות מירוק פני השטח (תמונה 3). הגישה המועדפת להסרה של הכתמה חיצונית הינה במסגרת טיפול השיננית, שהינו טיפול מקיף הכולל גם הסרה של משקעים קשים והדרכה להיגיינת הפה. הסרת ההכתמה על ידי שיננית נעשית באופן מבוקר, תוך הימנעות משחיקה מוגזמת של השיניים ומפגיעה בחניכיים.

עם זאת, מטופלים רבים הסובלים מהכתמת שיניים מעדיפים להימנע מטיפול השיננית ונעזרים במשחות שיניים להלבנה המכילות חומרים מלבינים ומקדם שחיקה גבוה. במקרים אלו אין המטופלים מקבלים הדרכה מתאימה, והשימוש היום־יומי במשחות להלבנה עלול לגרום לשחיקת יתר ולפגיעה ברקמת החניכיים, ובמיוחד במקרים של צווארי שן חשופים. שיטת צחצוח לא נכונה או שימוש במברשת שיניים חשמלית עלולים להגביר את השחיקה ולגרום לנזק מוגבר לרקמות. בנוסף, משחות שיניים בעלות מקדם שחיקה גבוה עלולות לגרום לחספוס פני השטח, דבר המגביר את היצמדות הפלאק והצטברות הכתמה. במחקר שנערך בצרפת (4) נמצאה נטייה לעלייה בחספוס פני השטח ככל שמקדם השחיקה של המשחה גבוה יותר. על כן, משחת שיניים המיועדת להסרה של הכתמה צריכה להשאיר את פני השטח חלקים ככל שאפשר, כדי לעכב הצטברות חוזרת של פיגמנטים.

הכתמת שיניים חוזרת

ללא שינוי בהרגלים, ניתן לצפות כי באופן הדרגתי תתרחש הצטברות חוזרת של פיגמנטציה על פני השיניים והתפתחות חוזרת של הכתמה חיצונית. קשה לצפות מן המטופלים לשינוי ההרגלים, אך ברור כי הפחתה בצריכת תה או בעישון, למשל, תסייע להפחתה בהתפתחות של הכתמה חיצונית. יש מטופלים שבהם התפתחות ההכתמה היא יחסית מהירה, וכבר לאחר שבועות מספר יש פגיעה אסתטית במראה השיניים. מטופלים אלו עשויים להגיע בתכיפות גבוהה יותר למרפאה, כדי להסיר את ההכתמה החוזרת.

קיים חשש כי ליטוש השיניים לעתים קרובות על ידי השיננית יגרום לשחיקה מוגזמת של השיניים. בעבר, ליטוש השיניים נחשב כחלק בלתי נפרד מטיפול המניעה, אך כיום עמדת איגוד השיניות האמריקני (American Dental Hygienists' Association) היא כי ליטוש צריך להתבצע רק במידת הצורך, להסרה של הכתמה על פי שיקול דעת של רופא השיניים או השיננית (5). בהקשר זה יש לזכור כי זגוגית השן עמידה פי 20 יותר בפני שחיקה בהשוואה לשכבת הדנטין, וכי מידת השחיקה יורדת ככל ששטח פני הזגוגית חלק יותר (6). כמו כן, שחיקת זגוגית השן עולה במידה ניכרת, עד פי 2, לאחר חשיפה לחומצה כתוצאה מדה־מינרליזציה של השכבה החיצונית (7). על כן, יש לנהוג בזהירות בעת ליטוש באזור צווארי השיניים ולהימנע מליטוש מיד לאחר חשיפה לסביבה חומצית.

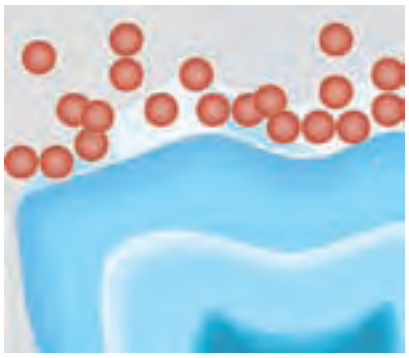
עיכוב הצטברות חוזרת של הכתמה

מכיוון שליטוש שיניים לעתים קרובות איננו מומלץ, נראה כי יש למצוא דרכים אחרות לעכב את הצטברות ההכתמה החיצונית מרגע סיום הטיפול של השיננית ועד למועד הטיפול הבא. כדי לעכב הצטברות הכתמה חוזרת, יש להדריך את המטופל לבצע צחצוח שיניים יסודי – אך ללא הפעלת כוח רב מדי. משך הצחצוח ומקדם השחיקה של המשחה נמצאים ביחס ישר ליכולת לעכב הצטברות פיגמנטציה (8). מצד שני, שימוש יום־יומי במשחה עם מקדם שחיקה גבוה עלול לגרום לשחיקה מוגברת ולגירוי מוגזם לחניכיים.

תמונה 3.
הכתמה חיצונית על המשטחים הפלאטליים של החותכות העליונות (מימין). הפיגמנטים נמצאים על פני השטח החיצוניים של השיניים וניתנים להסרה באמצעות מירוק פני השטח (משמאל). הערה: האזורים הכהים המשתקפים במשטחי המגע של החותכת המרכזית עם החותכת הצדית הינם עדות לעששת, שגרמה לשינוי צבע פנימי בשכבת הדנטין

הבסיס הנכון להסרת ההכתמה הוא בראש ובראשונה במסגרת טיפול השיננית, המעניקה בין השאר הדרכה לשיטת הצחצוח המתאימה. שקיעה חוזרת של פיגמנטציה מתפתחת מהר יותר באזורים הקשים לצחצוח (לדוגמה, באזור צווארי השיניים ובמשטחים הלינגואליים של החותכות התחתונות) ועל משטחי שן לא חלקים (לדוגמה, בשוליים של שחזורים). על כן, יש להדריך את המטופלים לבצע ניקוי יסודי של משטחים אלו – אך מבלי להפעיל כוח מוגזם. בנוסף לשיטת הצחצוח, עשויים להיות הבדלים ניכרים בכושר הניקוי של משחות שיניים שונות (9), וכדי למנוע הכתמה חוזרת יש לשקול שימוש מושכל במשחת שיניים בעלת כושר ניקוי גבוה.

לאחרונה השיקה חברת טבע משחת שיניים חדשה לניקוי מוגבר, אלמקס® INTENSIVE CLEANING, היעילה במניעה של הכתמה חוזרת בשימוש של פעם עד פעמיים בשבוע בלבד. למשחה החדשה כושר ניקוי גבוה ביותר, הודות לשילוב מיוחד של חלקיקי סיליקה ואלומינה המסוגלים לנקות ביסודיות את פני השטח. חלקיקי הניקוי הינם בעלי קוטר קטן ואחיד, דבר המשפר עוד את יכולת הניקוי ומונע חספוס של משטחי השיניים (תמונה 4). המשחה החדשה נבדקה הן במעבדה והן במטופלים, ונמצא כי היא יעילה בהחלקה של פני שטח השיניים ובעיכוב של הצטברות הכתמה חוזרת במעשנים (10, 11). יש להדגיש כי אלמקס® INTENSIVE CLEANING איננה משחת שיניים להלבנה ואיננה מכילה גורמי חמצון, גורמי קישור או אנזימים. בנוסף, השימוש במשחה איננו יום־יומי אלא פעם עד פעמיים בשבוע, לצד השימוש בכל משחת שיניים אחרת. תדירות השימוש השבועי ממזערת את הסיכון לשחיקה מוגברת ולפגיעה בחניכיים, אך בד בעת יעילה בעיכוב ובמניעה של הצטברות הכתמה חוזרת.



תמונה 4. חלקיקי ניקוי בעלי קוטר מוקטן ואחיד (למעלה) מאפשרים הגדלה יחסית בסך פני השטח הזמינים לניקוי ומונעים חספוס של פני השטח בהשוואה לחלקיקי ניקוי בעלי קוטר סטנדרטי (למטה)

לסיכום

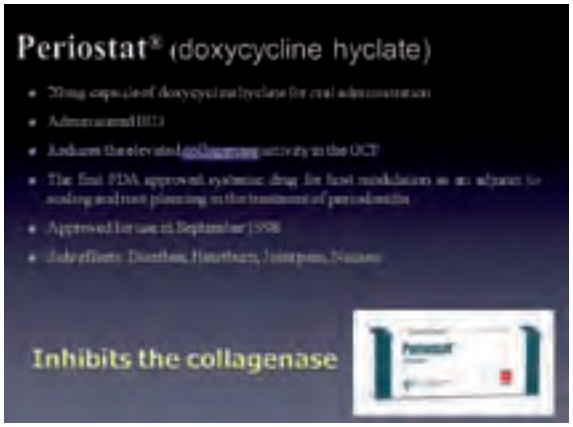
הכתמת שיניים חיצונית הינה תוצאה של הרגלים שונים, לרבות צריכת תה או קפה ועישון. ההכתמה מהווה בעיה אסתטית עבור מטופלים רבים.

הבסיס הנכון להסרה של ההכתמה הינו במסגרת טיפול השיננית, המעניקה בין השאר הדרכה לשיטת הצחצוח המתאימה. השימוש במשחות שיניים להלבנה איננו מהווה תחליף לטיפול השיננית, וללא הדרכה מתאימה עלול לגרום לפגיעה בשיניים וברקמות רכות. כדי לעכב הצטברות הכתמה חוזרת, מומלץ להשתמש פעם עד פעמיים בשבוע במשחת שיניים עם כושר ניקוי מוגבר, שאיננה גורמת לחספוס פני השטח.

ספרות

1. American Academy of Peridontology: Glossary of periodontal terms, available at http://www.perio.org, accessed 28 July 2010.
2. Addy M, Moran J: Mechanisms of stain formation on teeth, in particular associated with metal ions and antiseptics. Adv. Dent. Res. 1995; 9; 450-456.
3. Sulieman M: An overview of tooth discoloration: extrinsic, intrinsic and internalized stains. Dent Update. 2005; 32:463- 471.
4. De Roeck-Holtzhauer Y, De Roeck H, Coiffard L: A quantified study on toothpaste abrasiveness, Drug Dev Ind Pharm. 1997; 23:359-362.
5. American Dental Hygienists' Association: Position paper on polishing, available at http://www.adha.org, accessed 28 July 2010.
6. Stookey GK: In Vitro Estimates of enamel and dentin abrasion associated with a prophylaxis. J Dent Res. 1978; 57:36.
7. Honório HM, Rios D, Abdo RC, Machado MA: Effect of different prophylaxis methods on sound and demineralized enamel. J Appl Oral Sci. 2006; 14:117-123.
8. Baxter PM, Davis WB, Jackson J: Toothpaste abrasive requirements to control naturally stained pellicle. The relation of cleaning power to toothpaste abrasivity. J Oral Rehabil. 1981; 8:19-26.
9. Wülknitz P: Cleaning power and abrasivity of European toothpastes. Adv Dent Res. 1997; 11:576-579.
10. University of Indiana: Enamel polishing potential of toothpastes in vitro. Internal report, 2006.
11. Auschill TM, Böhringer T, Arweiler NB: Study on the cleaning and abrasion effect of an intensive cleaning paste: an in vivo study. Internal report, 2008.

תמונה 1. מודל מחלת החניכיים שפותח בסוף שנות ה־90



תמונה 2. הפריוסטט: תרופה המעכבת את האנזים קולאגנז

טיפול אנטי־דלקתי במחלות חניכיים - האם נמצאה התרופה?

ד"ר יניב מאייר

נתחיל במעט היסטוריה. בשנות ה־60 החל למעשה העידן המודרני בהבנת הפתוגנזה, המניעה והטיפול במחלות החניכיים. מחקרים בחיות ובבני אדם הדגימו את תפקידם המכריע של החיידקים ביצירת דלקת ומחלת חניכיים. אלה הובילו לתפיסה שמחוללי מחלת חניכיים הם חיידקים, ושהימצאותם בקרבת הפריודונטיום גורמת להופעת המחלה. הנחה זו זנחה אקסיומות קודמות, שקבעו שמחלת החניכיים היא תוצאה של סגר טראומטי, תזונה וכיוצא בזה.

בשנות ה־70 הוסטו מרבית המחקרים לכיוון המיקרוביולוגיה, וזו הייתה בפי רבים "תקופת הזהב" של המיקרוביולוגיה האורלית. הוגדרו זנים, נמצאו גורמים פתוגניים, ובכלל נראה היה שהחיידקים האנאירוביים הגרם שליליים הם הפתוגנים העיקריים. בשנות ה־80, עם ההתקדמות במחקר האורלי בכלל ובתחום האימונוגני בפרט, נראה שלמשוואה נכנס גורם נוסף – והוא מערכת החיסון. מערכת החיסון מגיבה לאנטיגנים של הבקטריות באופן של שחרור נוגדנים ותגובה תאית, בעיקר של התאים הפולימורפונוקלאריים. אולם מודל זה לא הצליח לענות על שאלות מהותיות, כגון מדוע המחלה מתפתחת אצל פרט אחד בעוד שאינה מתפתחת אצל האחר, מדוע קצב ההתקדמות שונה בין אתרים שונים או בין פרטים שונים, כיצד ניתן להסביר את ההופעה של המחלה בקבוצות או במשפחות מסוימות ומהי השפעתם של גורמים אחרים, כגון עישון וסוכרת.

על כן, המודל שפותח בסוף שנות ה־90 (תמונה 1) לקח בחשבון את כל הגורמים הללו. במודל זה, עדיין הגורם הראשי הינו החיידקים, שכנגדם פועלת מערכת החיסון. מערכת החיסון משחררת נוגדנים ומפעילה תאי דלקת ובנוסף משחררת ציטוקינים, פרוסטגלנדינים ומטלופרוטאינזות, המגבירות את ההרס של רקמת החיבור ושל העצם. השינוי העיקרי במודל הוא בהבנה שגורמי סיכון גנטיים וסביבתיים משפיעים על עוצמת התגובה הדלקתית.

הכותב הוא מומחה למחלות חניכיים, רופא בכיר במחלקה לפריודונטיה, בית הספר להתמחויות ברפואת שיניים, בי"ח רמב"ם.

הכתבה התפרסמה לראשונה במגזין DENTAL, גיליונות 12 ו־13.

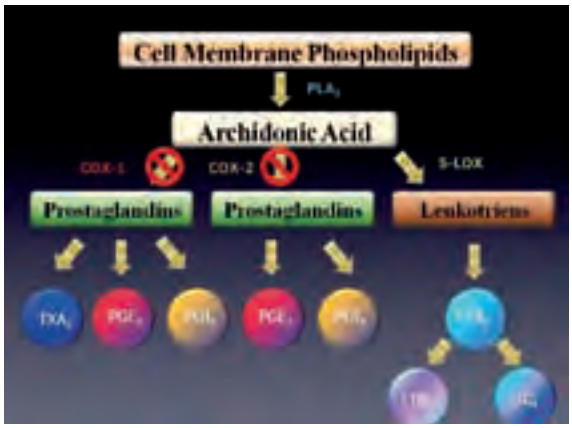
בשנת 1975 פורסם מחקר של לינדה על כלבים, שבהם ייצרו ג'ינג'יביטיס במשך 28 ימים. חתכים היסטולוגיים הראו שהרכב הרקמה משתנה כבר לאחר כמה ימים, עם ירידה בסיבי הקולגן ובכמות הפיברובלסטים ועלייה בכמות כלי הדם. מה גורם לכך? פרוטאינזות, שהן אנזימים האחראים לפירוק הרקמה, המופרשים על ידי חיידקים או תאי הדלקת.

המטלופרוטאינזות אחראיות לפירוק של רכיבי משתית. במצב בריאות תקין, קצב ההרס שווה לקצב הבנייה, אך בזמן דלקת, קצב הפירוק מוגבר וקיימת נטייה רבה יותר לפירוק הקולגן ושאר החלבונים. הציטוקינים, שהינם חלבונים מומסים המופרשים על ידי התאים, מגבירים את התגובה הדלקתית על ידי שפעול וגיוס של תאים המעצימים את ההרס.

ניתן לומר שמערכת החיסון פועלת למעשה כחרב פיפיות במאכסן: הציטוקינים, הפרוסטגלנדינים והפרוטאינזות אחראים לפגיעה ברקמת החיבור ולהרס.

הטיפול במחלת החניכיים מתמקד בזרוע הזיהומית של המחלה. הטיפול המכני הוא הטיפול הראשון והעיקרי. לא ניתן ואסור לפסוח עליו בשום מקרה. הטיפול כולל בקרת רובד אישית, סילוק אבנית והקצעת שורשים, החלפת שחזורים לקויים וגורמים רטנטיביים לפלאק ולבסוף ניתוחי חניכיים – לשינוי התנאים הסביבתיים המאפשרים למחלה להתקדם. הטיפול האנטיספטי כולל את השטיפות, המשחות, הג'לים, הלקות והצ'יפים, הפוגעים בפלאק ומפריעים להיווצרותו. תופעות לוואי עיקריות הן יעילות נמוכה וצביעה. התכשירים האנטיביוטיים מתחלקים לשתי קבוצות: התכשירים הסיסטמיים, הנלקחים פומית לתקופת זמן מוגבלת, והתכשירים המקומיים, המוחדרים אל כיס החניכיים. החסרונות העיקריים של התכשירים הסיסטמיים הם יצירת עמידות, תופעות לוואי והיענות לא מספקת של המתרפא. לגבי התכשירים המקומיים, יש אכלוס מחדש של הפלורה, יעילות לא גבוהה וחוסר יכולת חדירה דרך הביופילם.

ומה לגבי הזרוע השנייה, הזרוע הדלקתית של המחלה? התכשירים האנטי דלקתיים שנמצאים כיום בשימוש הם מוגבלים: פריוסטט הינה התרופה היחידה כיום שניתנת לחולי פריודונטיטיס ופעילותה אנטי־דלקתית. הפריוסטט הינה דוקסיציקלין במינון של 20 מ"ג, הנלקח פעמיים ביום. התרופה אושרה לשימוש החל משנת 1998, ולמעשה היא מעכבת את האנזים קולגנאז (תמונה 2). ישנם כמה מחקרים שמראים כי לתרופה ערך מוסף



תמונה 3. פעילות ה־NSAIDs על אנזימי הציקלואוקסיגנז

תמונה 4. פעילות ה־Inflixamab (חסם TNF-α)

בצמצום כיסים ורווח תאחיזה לטיפול הקונוונציונלי. היות שיעילותה מוגבלת, וכן כתוצאה מסיבות מסחריות כאלו ואחרות, פריוסטט איננה משווקת כיום בישראל וניכרת ירידה בהתעניינות המחקרית בה. תרופות נוספות שהן אנטי דלקתיות הינן ה־NSAIDs. התרופות מעכבות את אנזים הציקלואוקסיגנאז האחראי לייצור הפרוסטגלנדינים (תמונה 3) (1–10). התרופות ניתנות ללא מרשם רופא, אך גם הן אינן חסינות מתופעות לוואי – שהעיקריות שבהן הן תופעות הלוואי הגסטרואינטסטינליות.

חיפוש אחר תכשירים אנטי־דלקתיים נוספים הביא חוקרים מהתחום הדנטלי לרעות בשדות זרים ולחפש את התשובה דווקא באותם תכשירים הניתנים לחולים סיסטמיים הסובלים ממחלות דלקתיות אוטואימוניות כגון ספחת (Psoriasis), דלקת פרקים שגרונית (Rheumatoid arthritis), מחלת קרוהן ועוד. מחלות אלו דומות במובנים רבים למחלת החניכיים: נוכחות של דלקת בעלת אופי כרוני ממושך, הימצאות של ציטוקינים פרו־דלקתיים כגון IL-1, TNF-α, PGE_2, פעילות מוגברת של תאי דלקת כגון מקרופגים ותאים דנדריטיים, שחרור של גורמי רדיקלים חופשים והשפעה סביבתית וגנטית כאחת. התכשירים החדשים הניתנים לטיפול במחלות אלו, המכונים תכשירים ביולוגיים (biosimilar) ומיוצרים בטכניקות מתקדמות של הנדסה גנטית, כוללים תכשירים הנוגדים את פעילות TNF-α (Humira®, Remicade®, Enbrel®), IL-1 (Kineret®), תאי B (Mabetera®), תאי T (Abatacept®), Toll like receptor (plaquenil®). הכנסת תרופות אלו לסל הבריאות הישראלי בתחילת העשור הקודם הביאה לעלייה ניכרת בשימוש בחלק מהן ולהקלה רבה בתסמינים הרבים של מחלות אלו. מכאן, קצרה הייתה הדרך לחקור את ההשפעה של אותן תרופות על בריאות החניכיים.

מחקר משותף של המחלקות לפריודונטיה וראומטולוגיה בקריה הרפואית רמב"ם בדק את השפעת אחת מהתרופות הביולוגיות, האחראית על חסימת TNF-α (על ידי שימוש ברצפטור מסיס שהונדס בהנדסה גנטית, תמונה 4), על הבריאות הפריודונטלית בקרב חולי מחלת פרקים שגרונית (11). המחקר כלל שלוש קבוצות נבדקים: קבוצת חולי מחלת פרקים שנטלה את התרופה הביולוגית ושתי קבוצות ביקורת – האחת של חולים שלא נטלו את התרופה הביולוגית והשנייה של קבוצת נבדקים בריאה. בוצעה התאמה של גיל, מין ועישון בין כל הקבוצות, כדי לנטרל השפעות אלו, ולאחר בדיקה פריודונטלית מקיפה נלקחו דגימות של נוזל החניכיים מכל הנבדקים. התוצאות שהתקבלו הדגימו באופן חד משמעי שנטילת תרופה החוסמת את פעילות אחד מהציטוקינים הפרו־דלקתיים TNF-α הביאה לידי ירידה בפרמטרים הדלקתיים ברקמת החניכיים (דימום ונפיחות) ולירידה באובדן התאחיזה ובעומק הכיסים. כמובן שמדובר במחקר ראשוני, שלאחריו יצטרכו לבוא מחקרים נוספים שיכללו קבוצות נבדקים גדולות יותר, בכדי לקבוע שאכן הכיוון הטיפולי העתידני ייסוב סביב הזרוע הדלקתית של המחלה.

ספרות (רשימה חלקית)

1. Queiroz-Junior CM, Pacheco CM, Maltos KL, et al. Role of systemic and local administration of selective inhibitors of cyclo-oxygenase 1 and 2 in an experimental model of periodontal disease in rats. J Periodontal Res. 2009 Apr;44(2):153-60.
2. Pinho Mde N, Pereira LB, de Souza SL et al. Short-term effect of COX-2 selective inhibitor as an adjunct for the treatment of periodontal disease: a clinical double-blind study in humans. Braz Dent J. 2008;19(4):323-8.
3. Azoubel MC, Sarmento VA, Cangussú V. Adjunctive benefits of systemic etoricoxib in non-surgical treatment of aggressive periodontitis: short-term evaluation. J Periodontol. 2008 Sep;79(9):1719-25.
4. Oliveira TM, Sakai VT, Machado MA et al. COX-2 inhibition decreases VEGF expression and alveolar bone loss during the progression of experimental periodontitis in rats. J Periodontol. 2008 Jun;79(6):1062-9.
5. Vardar S, Baylas H, Huseyinov A. Effects of selective cyclooxygenase-2 inhibition on gingival tissue levels of prostaglandin E2 and prostaglandin F2alpha and clinical parameters of chronic periodontitis. J Periodontol. 2003 Jan;74(1):57-63.
6. Queiroz-Junior CM, Pacheco CM, Maltos KL, et al. Role of systemic and local administration of selective inhibitors of cyclo-oxygenase 1 and 2 in an experimental model of periodontal disease in rats. J Periodontal Res. 2009 Apr;44(2):153-60.
7. Pinho Mde N, Pereira LB, de Souza SL et al. Short-term effect of COX-2 selective inhibitor as an adjunct for the treatment of periodontal disease: a clinical double-blind study in humans. Braz Dent J. 2008;19(4):323-8.
8. Azoubel MC, Sarmento VA, Cangussú V. Adjunctive benefits of systemic etoricoxib in non-surgical treatment of aggressive periodontitis: short-term evaluation. J Periodontol. 2008 Sep;79(9):1719-25.
9. Oliveira TM, Sakai VT, Machado MA et al. COX-2 inhibition decreases VEGF expression and alveolar bone loss during the progression of experimental periodontitis in rats. J Periodontol. 2008 Jun;79(6):1062-9.
10. Vardar S, Baylas H, Huseyinov A. Effects of selective cyclooxygenase-2 inhibition on gingival tissue levels of prostaglandin E2 and prostaglandin F2alpha and clinical parameters of chronic periodontitis. J Periodontol. 2003 Jan;74(1):57-63.
11. Mayer Y, Balbir-Gurman A, Machtei EE, Anti-Tumor Necrosis Factor-Alpha Therapy and Periodontal Parameters in Patients With Rheumatoid Arthritis. J Periodontol 2009;80:1414-1420.

World White Teeth - עולם לבן שיניים

גורמים קובעים (דטרמיננטים) באופן ההתנהגות בשמירה על היגיינת הפה וקידום התנהגות זו בהקשרים שונים / תקציר תזה לתואר דוקטור

איבון א. ב. בואונק־ודהובן, RDH, PhD

המטרה העיקרית של טיפול שנועד לשמור על היגיינת הפה הוא למנוע בעיות שיניים. בתחום זה יש לשיננית תפקיד מרכזי. לתזה שלי היו שלוש מטרות עיקריות, שהראשונה שבהן הייתה לבחון את הגורמים הפסיכולוגיים הקובעים התנהגות לשמירה על היגיינת הפה ואת המידה שבה גורמים אלה משתנים בין האוכלוסיות השונות.

נמצא כי הגורמים הפסיכולוגיים הקובעים אכן שונים באופן מובהק בין פרטים באוכלוסיות שונות. בקרב מבוגרים באוכלוסייה ההולנדית הכללית, היה אפשר לנבא התנהגות לשמירה על היגיינת הפה על סמך גישה חיובית כלפי היגיינה דנטלית, נורמות חברתיות, הפעלת שליטה בהתנהגות וידע על טיפולי שיניים. בקרב חיילים הולנדיים, היה אפשר לנבא התנהגות זו רק על סמך גישה חיובית ושליטה בהתנהגות. בנוסף, בקרב תושבי האיים הקריביים ואורוגוואי, נמצא כי גישה חיובית ונורמות חברתיות ניבאו התנהגות לשמירה על היגיינת הפה, בעוד שבנפאל רק תפיסת שליטה בהתנהגות ניבאה את ההתנהגות הזו.

מטרתה השנייה של התזה הייתה לבחון את המידה שבה היבטים של טיפולי שיניים קשורים לתפיסת איכות החיים בקרב פרטים מאוכלוסיות שונות. בקרב מטופלים של הפסיכיאטריה המשפטית, איכות החיים הקשורה לבריאות הפה (OH-QoL) הייתה קשורה בעיקר לחרדה דנטלית. כך גם בקרב לקוחות במרפאת שיניים רגילה. לעומת זאת, בקרב סטודנטים לתואר ראשון לא נמצא קשר בין פחד לבין איכות החיים הקשורה לבריאות הפה.

לבסוף, התזה שלי חקרה את יעילותן של התערבויות מסוגים שונים, שמטרתן לשפר את ההתנהגות לשמירה על היגיינת הפה, בין השאר בספרד ובאורוגוואי. התוצאות הראו כי יעילות הצגתו של מסר חיובי ומעודד למטופל הייתה תלויה בארץ המגורים, ברמת ההשכלה ובמידת החשיבות שאותם מטופלים ייחסו לבריאותם.

מהתזה שלי עולה כי התערבויות הקשורות להיגיינת הפה, בין אם מטרתן לשפר התנהגות לשמירה על היגיינת הפה ובין אם מטרתן לשפר את איכות החיים הקשורה לבריאות הפה, צריכות להיות מותאמות או מתוכננות באופן ספציפי לאוכלוסיית המטרה.

את עבודת המחקר (בהולנדית) תוכלו למצוא בקישור הבא:
http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/ppsw/2010/buunk./werkhoven.y.a

---

הכותבת היא חברת הנהלה באיגוד השיננית ההולנדי (www.mondhygienisten.nl)

רשימת פרסומים של המחברת

1. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Dijkstra, A., & van der Schans, C.P. (2010). Determinants of oral hygiene behavior: The development of the OHB-index and the theory of planned behavior. (Community Dentistry and Oral Epidemiology; manuscript 'accepted pending revision').

2. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Dijkstra, A., van der Wal, H., Basic, N., Loomans, S.A., van der Schans, C.P., & van der Meer, R. Promoting Oral Hygiene Behavior in Recruits in the Dutch Army. Military Medicine, 2009; 174: 971-976.

3. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Dijkstra, A., Bink, P., van Zanten, S., & van der Schans, C.P. (2010). Determinants and promotion of oral hygiene behavior in the Caribbean and Nepal. (manuscript submitted for publication).

4. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Dijkstra, A., Schans C.P. van der, Jaso, M.E., Acevedo, S., & Parodi Estellano, G. 2008. Evaluación y promoción de la actitud hacia la higiene oral en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica del Uruguay [Evaluation and promotion of patients' oral hygiene behavior in the faculty of Odontology of the Catolic University in Uruguay]. Actas Odontológicas Vol. V No. 2 Julio-Diciembre 13-20.

5. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Dijkstra, A., Schaub, R.M.H., van der Schans, C.P., & Spreen, M. (2010). Oral health-related quality of life among imprisoned Dutch forensic psychiatric patients. Journal of Forensic Nursing, 6:137-143.

6. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Dijkstra, A., & Schans, C.P. van der. (2009). Oral health-quality of life predictors depend on population. Applied Research Quality of Life, 4(3) 283-293. DOI 10.1007/s11482-009-9081-y.

7. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Dijkstra-le Clercq, M., Jong, N., de & Spreen, M. (2010). Halitosis and Oral health-related Quality of Life: A Case Report. (International Journal of Dental Hygiene; manuscript 'accepted pending revision').

8. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Dijkstra, A., Jaso, M.E., Acevedo, S., Parodi Estellano, G., & Almerich Silla, J.M. (2010). Persuasive oral hygiene communications in Uruguay and Spain. (manuscript submitted for publication).

9. Buunk-Werkhoven, Y.A.B., Burrekers, S.Y., Jongboer, A., Quant, D., & van Maanen-Schakel, N. Determinants of oral hygiene behavior in the Dominican Republic. (manuscript in preparation).

HoD ההולנדי מגלה את ישראל

איזה עולם קטן, אה? כחברה חדשה ב־HoD ההולנדי, השתתפתי יחד עם קורי ג'ונגבלואד־זואט (נשיאת NVM) ומריאן ורהגן (נשיאת EDHF) בסדנאות של HoD-IFDH. כמו כן, נכחתי כצופה בכנס של הפדרציה העולמית לשיניות של HoD-IFDH שהתקיים ב־27–30 ביוני 2010 באדינבורו. שם, בסקוטלנד, פגשתי כמה עמיתות ישראליות: אדל שבח וצ'רי פלקס (נציגות), גלית סימני (משקיפה), יעל קרלין (מתרגמת) ופולט פוקס (מועמדת HoD לסגנות הנשיאות). חודש לאחר מכן שהיתי כשבוע בתל אביב והשתתפתי בארוחת ערב נפלאה בחוף שרתון, יחד עם גלית סימני. הצטערתי על שלא היה לי די זמן לפגוש גם את אדל שבח בירושלים.

אבל מי אני? הרשו לי להציג את עצמי: שמי איבון בואונק־ודהובן. את התואר שלי כשיננית קיבלתי מהאקדמיה להיגיינת הפה (Academy of Dental Hygiene) באוטרכט (Utrecht) בשנת 1989. עד 1997 עבדתי במרפאת פריודונטיה ובמרפאת שיניים כללית. בין השנים 1995–2009 הרציתי בבית הספר להיגיינה דנטלית (School of Dental Hygiene) ב־Hanze University Groningen, אוניברסיטה למדעים שימושיים. מ־2003 עד 2009 עבדתי גם כשיננית במרכז לפסיכיאטריה משפטית. תואר שני בפסיכולוגיה חברתית קיבלתי מאוניברסיטת כרונינגן (Groningen) ב־2005. באמצעות שילוב המומחיות שלי בשני תחומים – הן כפסיכולוגית חברתית והן כשיננית, סיימתי לאחרונה (ב־1 באפריל 2010) את הדוקטורט שלי במדעי החברה וההתנהגות, עם תזה העוסקת בגורמים הקובעים (דטרמיננטים) את אופן ההתנהגות בשמירה

מבקרת בתל אביב. איבון בואונק־ודהובן עם גלית סימני ועיתון האיגוד

על היגיינת הפה. אני חברה באיגוד השיניות ההולנדי (NVM, ראו www.mondhygienisten.nl) והייתי חברת מערכת בכתב העת ההולנדי להיגיינה דנטלית (NTvM – Dutch Journal for Dental Hygiene).

באחד מהפרסומים הבאים של ה־IDHA יהיה אפשר לקרוא עוד על התזה שלי, שפרסומה נועד לתרום לשיתוף ידע ולתמיכה בשיתוף פעולה בינלאומי.

בברכה,

איבון בואונק־ודהובן
Yvonne.buunk@mondhygienisten.nl

כל המוצרים הדנטלים ישירות למרפאה!

AB 2000
המרכז לחומרים ומיכשור דנטלי

Curettes & Scalers
HANDLE:
3/8" - 9.5mm EagleLite™ Resin (X)
Scaler U5-U5 (shown) MU5-U5X
Scaler M23 MM23X
Scaler 128 DE MN128DEX
Curette McCall 17-18 MM17-18X
Curette Rules 3-4 MR3-4X
Curette Barnhart 1-2 MB1-2X
Curette Barnhart 5-6 MB5-6X
Scaler J3-U5 MJ3-U5X
Scaler L5-U5 ML5-U5X
Curette Younger-Good 7-8 MY7-8X
Scaler 204S M204SX
Curette Columbia 13-14 MC13-14X
Curette Columbia 4L-4R MC4L-4RX
Scaler 204SD M204SDX
Scaler 311-312 M311-312X
Curette Langer 1-2 ML1-2X
Curette Langer 3-4 ML3-4X
Scaler H5-33 MH5-33X
Scaler H6-7 MH6-7X
Curette McCall 13-14 MM13-14X
Curette McCall 13-14S MM13-14SX

Gracey Instruments
HANDLE:
3/8" - 9.5mm EagleLite™ Resin (X)
Gracey 1-2 (shown) MG1-2X
Gracey 11-12 MG11-12X
Gracey 13-14 MG13-14X
Gracey Access 1-2 MGA1-2X
Gracey Access 11-12 MGA11-12X
Gracey 3-4 MG3-4X
Gracey 5-6 MG5-6X
Gracey 15-16 MG15-16X
Gracey 11-14MD MG11-14X
Gracey Access 13-14 MGA13-14X
Gracey Deep Pocket 1-2 MGDP1-2X
Gracey 7-8 MG7-8X
Gracey 9-10 MG9-10X
Gracey 12-13MD MG12-13X
Gracey Access 00-0 MGA00-0X
Gracey Deep Pocket 11-12 MGDP11-12X
Gracey Deep Pocket 13-14 MGDP13-14X

AMERICAN EAGLE
קיורטות MONTANA מבית אמריקן איגל
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

שן תחת השפעה

שחיקה כימית מסתמנת כאחד האויבים הגדולים לבריאות השיניים. מהי שחיקת שיניים כימית, ממה היא נגרמת, ואיך ניתן למנוע אותה - הכול בכתבה שלפניכם

ד"ר רועי פטל

שחיקה כימית מסתמנת כאחד האויבים הגדולים לבריאות השיניים. מחקרים אחרונים מגלים כי שיעור ניכר מהילדים, ובמיוחד בקרב בני הנוער, סובל מהתופעה.

מהי שחיקת שיניים כימית?

המונח "שחיקת שיניים כימית" (ארוזיה) מתאר אובדן פתולוגי של רקמת שן כתוצאה מהמסה של חומר השן על ידי חומצה. פעולת החומצות, בשילוב עם התחככות שן בשן (אטריזיה) או צחצוח שיניים אברזיבי, יכולים לגרום לאובדן ניכר של חומר שן. בהגדרה, אין מעורבות של גורמים מיקרוביולוגיים מחוללי ריקבון בתהליך זה, אולם יתכן, כמובן, שילוב של שחיקה כימית עם פעילות חיידקי עששת – מה שמוביל לעששת מפושטת יותר, המתקדמת בקצב מהיר יותר.

מדוע שחיקת שיניים כימית היא בעיה חמורה?

השכבה החיצונית המכסה את פני השן הבריאה קרויה זגוגית השן (אמייל), והיא מגנה על השיניים מפני פגיעות ובלאי. נזקי שחיקה כימית בשיניים הקבועות בילדות המוקדמת עלולים לפגוע במערכת השיניים בהמשך החיים ולחייב תהליכי שחזור נרחבים, נשנים ויקרים.

הכותב הוא מומחה ברפואת שיניים לילדים ונוער - רמת גן, צורעה, ירושלים

איך נגרמת שחיקת שיניים כימית?

שחיקת שיניים כימית נגרמת על־ידי חומצות ממקור פנימי או חיצוני. המקור הפנימי הנפוץ ביותר הוא חומצה שנוצרת בקיבה. תוכן הקיבה עלול לבוא במגע עם חומר השן אצל מתרפא הסובל מצרבות, ריפלוקס (העלאת גירה; החזר קיבתי־ושטי) או הקאות מרובות. המקור החיצוני הנפוץ ביותר הוא חומצות במזון ובמשקאות שאנו צורכים, כמו מיצים מוגזים ורטבים לסלט. גם מזונות ומשקאות שנחשבים בריאים כמו מיץ תפוזים, פירות טריים או לכסניות ללעיסה של ויטמין C, מכילים חומצות כאלה. החומצות הללו גורמות לריכוך של זגוגית השן ובכך חושפים אותה לשחיקה.

הרסנותן של החומצות התזונתיות לזגוגית השן אינה נובעת רק מכמותן אלא גם מתדירות צריכתן וממשך הזמן שבו הן נמצאות במגע עם השן. מחקרים עדכניים מצאו קשר ישיר בין צריכת ארבע מנות או יותר של משקאות עם חומצות שוחקות לבין התקדמות השחיקה הכימית. קשר כזה גם נמצא ביחס להחזקה או גרגור של משקה חומצי בפה.

איך מזהים שחיקה כימית של השיניים?

האזורים המועדים ביותר לשחיקת שיניים הם משטחי הסגר של הטוחנות והמשטחים של החותכות העליונות בצד החך. אלא שאזורים אלה גם מועדים לשחיקה שאינה כימית.

איך למנוע או לעכב שחיקה כימית בשיניים?

שחיקה חומצית היא בלתי הפיכה, ולכן חשוב מאוד למנוע אותה. עם זאת, אם התהליך כבר התרחש, אפשר למנוע את התקדמותו. היצמדות לכללים הבאים תסייע גם במניעה וגם בעיכוב של שחיקה כימית בשיניים:

פוטנציאל השחיקה הכימית של משקאות שונים

המשקה	פוטנציאל השחיקה
משקאות קולה	בינוני
משקה תפוזים מוגז	בינוני
מיץ אשכוליות	גבוה
מיץ תפוחים	גבוה
מיץ תפוזים	גבוה
מים מוגזים	נמוך

- יש להימנע מצחצוח השיניים מיד אחרי צריכת מזונות ומשקאות חומציים או אחרי הקאה. בזמן זה זגוגית השן רכה ביותר, והצחצוח רק יאיץ את שחיקתה;
- הפחיתו את צריכת המזונות והמשקאות החומציים – אם לא בכמות, לפחות בתדירות;
- משקאות מוגזים ומיצי פירות מומלץ לשתות במהירות, ובוודאי שאין לגרגרם או להחזיקם בפה לפרק זמן ממושך;
- לסובלים מנזקי שחיקה חומצית מומלץ לצחצח את השיניים בעדינות אך ביסודיות, בעזרת מברשת שיניים עם זיפים רכים ומשחת שיניים עם מקדם שחיקה (RDA) נמוך (כמו סנסודיין פרונמל לילדים וכדומה);
- יש להקפיד על בדיקות שיניים סדירות אצל רופא השיניים, בין היתר כדי לזהות תופעות כגון אלה בזמן.

סקר התנסות מטופלים

אורלי שטרקמן, RDH

על הסקר

לפני כחצי שנה יזם המינהל המדעי בחברת טבע סקר מטופלים רחב היקף, שנועד לאפשר התנסות ישירה בתכשירי מרידול למטופלים הסובלים מדלקות חניכיים. ערכות ההתנסות כללו את מערך מרידול המלא, לרבות מברשת השיניים, משחת השיניים ושטיפת הפה. במיזם השתתפו רופאי שיניים ושיננויות, אשר היו אחראים לאתר את המטופלים המתאימים ולחלק להם את ערכות ההתנסות.

המיזם זכה להצלחה גדולה, ולמעלה מ־600 מטופלים השתתפו בסקר. עבור רופאי השיניים והשיננויות, הסקר היווה הזדמנות להתרשמות ישירה מהיענות המטופלים לשימוש במרידול ומן היעילות של מרידול במקרים של דלקות חניכיים. תוצאות הסקר צפויות להתפרסם באחד הגיליונות הבאים של עיתון האיגוד, אך כבר אפשר לציין כי רובם הגדול של המטופלים דיווח כי מרידול מסייעת להם לשמור על בריאות החניכיים.

המינהל המדעי והצוות הדנטלי בטבע מודים לכל רופאי השיניים והשיננויות שלקחו חלק בסקר, וקוראים לרופאי שיניים ולשיננויות נוספים להתרשם מיעילות מרידול במטופלים הסובלים מדלקת חניכיים או נמצאים בסיכון למחלת חניכיים.

ד"ר אלון וקסלר,
מנהל מדעי - התחום הדנטלי,
מינהל רפואי, טבע ישראל

במהלך עבודתי אני נתקלת בפניות מרובות של מטופלים הנמצאים בתחילת הטיפול, בבקשה שאמליץ להם על משחת שיניים ושטיפת פה. אני מסבירה להם שרק במהלך הטיפול אוכל לקבל החלטה כזו או אחרת, וזאת בהסתמך על כמה גורמים: מחלות בפה – עששת או מחלת חניכים, סימנים לשחיקה מכנית או חומצית, רגישות לקור, סימנים להכתמה חיצונית ואפילו המצב הסוציו־אקונומי של המטופל – שיש לו השפעה על שיתוף הפעולה ועל יכולת הקנייה שלו.

כשפנו אליי מחברת "טבע" וביקשו שאשתתף בסקר שמטרתו התנסות ממוקדת בתכשירי מרידול (משחה, שטיפה ומברשת) של מטופלים הסובלים מדלקות חניכיים, הסכמתי בשמחה. כמובן שהבנתי שסקר זה אינו מהווה מחקר מדעי, וכי לשיננויות המשתתפות בו יש השפעה על תוצאותיו בשל יכולתן לבחור את המטופלים לפי ראות עיניהן, אולם כל סקר מהווה עבורי (ועבור כולנו) הזדמנות למידע ממקור ראשון – מעבר להרצאות או למחקרים שאנו מכירות. ההשתתפות בו גם מוסיפה עניין לעבודה, מעוררת במטופל סקרנות ומגבירה את המחויבות שלו לטיפול. המטופל מרגיש שותף למיזם חשוב, שבו הוא יכול להביע את דעתו ולהשפיע. חשוב לציין כי המטופל אינו משלם עבור התכשירים שהוא מקבל.

בעבר לא הייתה לי כל דעה נחרצת לגבי התכשירים של מרידול. על המברשת המלצתי למטופלים שיש להם נטייה לצחצוח אגרסיבי, בגלל איכות הסיבים (שכמוה אפשר היום למצוא גם במוצרי חברות אחרות). לגבי המשחה והשטיפה, אודה שהייתי שבויה בתיאוריה של הנטייה להכתמה. עד להתנסות במסגרת הסקר נהגתי להמליץ על המשחה והשטיפה למטופלים שכבר משתמשים בתכשירים אלו, והם מרוצים ולא נפגעו מהכתמה חיצונית. מטופלים אלה אכן מצאו את התכשירים יעילים עבורם. התכשירים מכילים, כידוע, אמין פלואור וסטנוס פלואור והם פועלים נגד דלקות בחניכיים, מחירם שווה לכל נפש והשטיפה אינה מכילה אלכוהול.

על ההתנסות

בפועל, התבקשתי למצוא עשרה מטופלים שלהם סימנים מובהקים של מחלת חניכיים: נפיחות, דימום וצבע חניכיים אופייני, ולתת להם ערכת התנסות המכילה משחת מרידול, מברשת ושטיפה. הם התבקשו לצחצח את שיניהם באמצעות המברשת והמשחה פעמיים ביום ולהשתמש בשטיפת פה פעם אחת ביום.

בחרתי לתת את הערכות למטופלים שנראה היה כי ישמחו לשתף אתי פעולה, שיש להם מוטיבציה לשפר את היגיינת הפה שלהם ושאינם בעלי העדפה קודמת לשימוש במוצרים מחברה כלשהי.

למען ההגינות אודה שתשעה מטופלים לא סבלו מנטייה להכתמה של השיניים, דבר שהשפיע על צירופם לסקר, אולם המטופל העשירי שנבחר היה בחור צעיר

הכותבת היא בוגרת אוניברסיטת תל אביב, 1991

בתכשירי מרידול

התנסות אישית ורשמים

עם נטייה משפחתית (גנטית?) לדלקות חניכיים כרוניות וגם נטייה להכתמה חיצונית. אוסיף גם שהרקע הסוציו־אקונומי של המשפחה נמוך יחסית. למרות הנטייה להכתמה, החלטתי להתעלם משקולי האסתטיקה ולתת לו את הערכה, כשאני מונחית על ידי שיקולים בריאותיים בלבד ובהנחה שכשיגיע לטיפול הבא אסיר את הכתמים.

התשובות והתגובות שקיבלתי לשאלות שהתבקשתי לשאול את המטופלים היו ברובן חיוביות מאוד. לרוב המטופלים המברשת הייתה נעימה לשימוש. שניים מהם התלוננו שהיא רכה מדי, והסברתי להם שכך זה צריך להיות. הופתעתי לשמוע תגובות אוהדות לגבי המשחה ויעילותה בהפחתת הדימום מהחניכיים אצל תשעה מטופלים. מטופלת אחת לא אהבה את טעם האניס, הדומיננטי לטעמה. השימוש בשטיפה דרש יותר שיתוף פעולה, ולא כולם הקפידו על שטיפה יומיומית. מחצית מהמטופלים היו מרוצים מהשטיפה, ארבעה לא התמידו בה ואחד הפסיק את השימוש בגלל הכתמה של השיניים – ולא התפלאתי על כך.

לסיכום

אודה כי בעקבות ההתנסות שיניתי את דעתי לגבי המשחה והשטיפה. עדיין אינני מאמינה בהמלצה גורפת וחד משמעית לכל המטופלים לגבי מוצר זה או אחר, אולם במקרים מסוימים אמליץ בעתיד יותר על השימוש במוצרים אלה.

ביניהם:

- נוער בטיפול אורתודנטי עם סמכים,

עם קושי בשמירה על היגיינה ונטייה לדלקות חניכיים – הן בשל הצטברות רובד סביב הסמכים ואם בשל שינויים הורמונליים האופייניים לגיל והתחלה של דקלספיקציות סביב הסמכים.

- נשים הרות סובלות פעמים רבות מדלקות בחניכיים. חלקן מתקשה להקפיד על צחצוח בבוקר בגלל בחילות או שהן עייפות מאוד בערב ונרדמות מבלי לצחצח כלל. לקבוצה זו מתאימה שטיפת פה ללא אלכוהול, כמו המרידול.

- למטופלים עם סוכרת לא מאוזנת יש נטייה לפתח זיהומים, מפני שרמת סוכר גבוהה מחלישה את יעילותם של תאי המערכת החיסונית. חולי סוכרת גם עלולים לסבול מיובש פה, ולכן לא תתאים להם שטיפה עם אלכוהול.

כל שלוש הקבוצות הללו זקוקות להקפדת יתר על היגיינה, למשחות ולשטיפות פה שהן עשירות בפלואור, מותאמות לטיפול בדלקות חניכיים כרוניות ואינן מכילות אלכוהול. הדרכה נכונה לגבי היגיינה תפחית את כמות הפלאק המצטבר, תתרום לשיפור בתחלואה בפה ותצמצם את ההכתמה החיצונית.

אלמקס®

INTENSIVE CLEANING

משחת שיניים מיוחדת למניעת הכתמת שיניים

יעילה בשימוש 2-1 פעמים בשבוע בלבד!

לשמירה על התוצאות האסתטיות לאחר טיפול השיננית

- הפחתה ומניעה של הכתמת שיניים חיצונית
- שמירה על צבע השן הטבעי המתקבל לאחר טיפול השיננית
- יעילות גבוהה במניעת עששת

GABA International
The specialist in oral care

שיננית שהייתה מועמדת לפיטורין בשל הפרת נהלים - הושארה בתפקידה

עו"ד דנה דרור

לאה (שם בדוי) מצפון הארץ, שיננית בעלת ותק מקצועי של 20 שנה, מועסקת במרפאה של ש.ל.ה מאז שנת 2002. בנוסף, שימשה עד לאחרונה כסייעת אחראית במרפאה.

במשך כל שנות עבודתה במרפאה הייתה לאה עובדת מסורה ומצטיינת והשקיעה שעות רבות (גם על חשבון זמנה הפרטי) למען שיפור השירותים הניתנים במרפאה.

במהלך חודש דצמבר 2009 ביצע מנהל מחלקת הבקרה של ש.ל.ה ביקורת במרפאה, שבמסגרתה אותרו ליקויים ניהוליים.

זמן קצר לאחר אותה ביקורת הוזמנה לאה לשימוע לפני פיטורים. נטען כי ביצעה עבירות משמעת חמורות, ובכלל זאת עבירות של רישום כוזב, בכך שדיווחה על מטופלים שבהם כלל לא טיפלה במטרה לקבל תשלום עבורם; הפרת הנוהל לגבי פתיחת תיקים באמצעות מזכירות המרפאה; הפרת הנוהל לגבי טיפול בקטין ושימוש בחותמת של רופאי השיניים המועסקים במרפאה.

לאחר שפנתה לאה לקבלת ייעוץ משפטי במשרד עו"ד לוי־אטינגר בוטון ושות', המייצג את איגוד השיננות, התקיימה ישיבת השימוע בעניינה במהלך חודש ינואר 2010, בהשתתפות מנהל מחלקת בקרה בש.ל.ה, מנהלת כוח אדם רחל פפר ויועצת משפטית של ש.ל.ה. לאה יוצגה בשימוע על ידי עו"ד אודליה לוי־אטינגר ועו"ד דנה דרור. בשימוע השתתפה גם דלית ארמוזה, יו"ר איגוד השיננות הישראלי.

במהלך השימוע השיבה לאה להאשמות נגדה וטענה, באמצעות עורכות הדין, כי גם אם סטתה מהנהלים הפורמליים בש.ל.ה, הדבר נעשה לצורך מתן שירות טוב ויעיל למטופלים והיה נהוג בקרב כל עובדי המרפאה, באישורה ובידיעתה של מנהלנית המרפאה. לאה טענה, כי הסטייה מהנהלים והכשלים הניהוליים בתפקוד המרפאה הינם תוצאה של עומס העבודה הבלתי אפשרי שבו מצויות השיניות במרפאה, וכן כשלים בעבודת מזכירות המרפאה – שעליהם התריעו לאה וחברותיה לעבודה בפני הנהלת המרפאה וכן בפני מנהל מחלקת הבקרה שערך את הביקורת האמורה, אך ללא הועיל.

כמו כן, לאה טענה כי פעלה בתום לב, ללא כוונת זדון, וכי מעולם לא ביצעה רישום כוזב ולא דרשה תשלום עבור מטופלים שבהם לא טיפלה. לעניין זה אף הגישה לאה הקלטות של שיחות עם מטופלים, שלגביהם נטען כי בוצע רישום כוזב, וכן מכתבים של מטופלים, המאשרים כי אכן טופלו על ידה. כמו כן, הגישה לאה מכתבים חתומים על ידי חברותיה לעבודה במרפאה, המאשרים כי ההפרות שבהן היא מואשמת מהוות התנהגות מקובלת במרפאה, וכי אף הן נוהגות באופן דומה.

בעקבות השימוע, החליטה הנהלת ש.ל.ה בחודש מרץ 2010 להותיר את לאה בתפקידה.

עו"ד דנה דרור - משרד לוי־אטינגר בוטון ושות', עורכי דין

הודעת האגף לבריאות השן בדבר חובת השיננית לאבטחת מתן טיפול נאות למטופלים

חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996, קובע את זכות המטופל לקבלת טיפול רפואי נאות מהמטפל בו.

שיננית המבצעת טיפול רפואי מונע עונה על הגדרת "מטפל" על פי החוק ומופיעה בצו ההרחבה שפרסם המנהל הכללי ב־3 בפברואר 1998.

חובתה האתית והחוקית של השיננית למלא אחר ההנחיות המקצועיות של משרד הבריאות שמאוגדות בנהלים ברורים לעבודה במרפאות שיניים, על מנת להבטיח מתן טיפול נאות למטופל ושמירה על בריאותו.

עליה להקפיד במיוחד:

1. נוהל בריאות השן מס' 1.3 מפרט הנחיות ברורות למניעת העברת זיהומים ברפואת שיניים, והן חלות גם על שיניות. מטרתו להגן מפני העברת זיהומים למתרפא ולצוות המטפל על ידי הקפדה על תהליכי חיטוי ועיקור. אין מקום לשימוש חוזר במכשור שלא עבר את כל התהליכים האלה, שכן הדבר מהווה סכנה לבריאות הציבור והצוות המטפל.

2. נוהל בריאות השן מס' 1.1, הנחיות בדבר תנאי תברואה, גהות ומבנה מרפאת השיניים, מפרט את התנאים הפיזיים אשר יבטיחו את שלומם ושלום המטופלים, ובכללם לוודא הימצאות ציוד ומכשור מתאימים לביצוע הטיפולים בכמות שתספיק לחטאם ולעקרם כנדרש בין מטופל למטופל.

אנו מודים מראש של שיתוף הפעולה ועל הקפדתכן על ההנחיות למען בריאות מטופליכן.

משרד הבריאות
האגף לבריאות השן
ירושלים
16 ביוני 2010

מברשת שיניים

אירוע ההשקה של מברשות אורביטל החדשות לווה בהתרגשות רבה: לראשונה השתתף איגוד השיננות בבנייה ובעיצוב של פרמטרים ל"מברשת השיניים האולטימטיבית"

דלית ראם, RDH

ב־21 ביולי 2010 נערך בסינמה סיטי בראשון לציון אירוע השקה למברשת שיניים מבית חברת קוסמו־פארם של חברת סנו.

האירוע היה הפעם, מבחינתנו, ייחודי ושונה במהותו: לראשונה, חברה המייצרת מברשות שיניים ביקשה מהנהלת אש"י הצעת פרמטרים לבניית "מברשת השיניים האולטימטיבית" בעיני השיננויות. בדרך כלל, חברות דנטליות מייצרות מברשות ומביאות אותן לשיננויות לשיווק בלי לשאול לדעתן, וכמובן – מנסות להוכיח להן שהן הטובות ביותר.

בעקבות הכבוד וההערכה הגדולה שחלקה חברת קוסמו־פארם לשיננויות, מתוך ההבנה כי הן אלו שחיות ומבינות באופן יומיומי את נושא ההיגיינה האורלית בקרב כלל האוכלוסייה בארץ, האירוע לווה בהתרגשות רבה.

בין הנוכחים היה אפשר למנות את יו"ר מועצת המנהלים של תשלובת סנו ברונו לנדסברג, סמנכ"ל מכירות ושיווק סנו יובל לנדסברג, סמנכ"ל סחר סופרפארם דני לוזון, מנהל סחר סופרפארם עוזי ויזינגר ומנהל קטגוריית פארם בשופרסל שלומי קוטיק.

האירוע נפתח בארוחת ערב קלילה, שכללה מבחר מרשים של סנדוויצ'ים והרבה ירקות, כיאה לעוסקים במקצועות הבריאות.

ליטל שוורץ מסבירה ליובל לנדסברג, מנכ"ל סנו, מה מותר ומה אסור...

יו"ר אש"י, דלית ארמוזה, סיפרה על התהליך שהתקיים ועל ההשקעה הרבה של חברות הנהלת האיגוד במהלך השנתיים האחרונות בגיבוש הפרמטרים למברשות השיניים. דלית סיפרה על הקשר שנוצר עם חברת קוסמו־פארם (אורביטול) והודתה על שיתוף הפעולה הפורה.

דוברת קוסמו־פארם, סיגל מורד, הרחיבה וסיפרה על הפרמטרים המדויקים ועל הייחודיות של מברשות השיניים החדשות:

- Orbitol Pro – Hygienist מספר 808
- Orbitol Pro – Hygienist מספר 980

יו"ר מועצת המנהלים של תשלובת סנו, ברונו לנדסברג, סיפר בהומור על קשריו העמוקים עם רופא השיניים ועם השיננויות שלו...

ההפתעה של הערב הייתה סרט הפרסום שהפיקה קוסמו־פארם למברשת השיניים החדשה, עם נוכחות של שיננית ושל לוגו האיגוד לאורכו. זו הפעם

עם חותם שלנו

הראשונה שבה מושם בפרסום דגש על מקצוע השיננות ועל איגוד השיננות הישראלי.

בהמשך הערב המהנה הופיעה ליטל שוורץ, שכמו תמיד דיברה על כל מה שמותר – וגם על כמה דברים שלא ממש מותר לדבר עליהם...

להקרנת הסרט "פרח המדבר" נכנסנו עם קופסת פופקורן ביד, ויצאנו בתחושה חזקה שצריך לקחת את החיים בפרופורציה הנכונה, לתפוס אותם בשתי הידיים ולמצות אותם.

במקביל לבנייה וליצירה של המברשת, חברת קוסמו־פארם הכינה בעבור איגוד השיננויות הישראלי עלונים בעברית, ערבית, רוסית ואמהרית, המסבירים את מהות תפקידה של השיננית וחשיבותו. וכך יצאנו מן הקולנוע עם חבילה של דוגמיות ועלונים, אך גם – ובעיקר – עם תחושה שהמניעה היא הקידמה, ושאיגוד השיננות הישראלי אכן מנסה ופועל בדרכים חדשות ושונות כדי לפרסם ולקדם את מקצוע השיננות בארץ.

והמברשות החדשות? הן מגיעות בימים אלו אל מדפי החנויות ומשווקות עם הלוגו של אש"י ועם המלצת השיננית!

שיננויות גאות צופות במצגת על המברשת

נציגי סנו ונציגי אש"י חוגגים

סלַיינט'ה מאת ! Slainte Mhath (לחיים! בסקוטית)

תכנית מדעית מרתקת, פרזנטציות ופוסטרים וגם מפגש בינאישי מרתק - כל אלה משכו יותר מאלף שיננית לכנס ארגון השיננות הבינלאומי בסקוטלנד ■ הנציגות הישראליות מספרות

צ'רי פלקס, RDH, DT

הנסיעה שלנו לסקוטלנד התחלקה לשני חלקים: פגישת המשלחות של ארגון השיננויות הבינלאומי באדינבורו (27–30 ביוני 2010) וכנס השיננויות הבינלאומי בגלזגו (1–3 ביולי 2010).

ועדת איגוד השיננות הישראלי החליטה לשלוח לפגישת המשלחות שתי נציגות – אדל שבח ואני, בליווי גלית סימני כמשקיפה ויעל קרלין כמתרגמת. לפגישה הגיעו נציגים מ־23 איגודי שיננות נוספים בעולם, ובסך הכול 70 נציגים.

התארחנו במלון יפה באדינבורו, שבו גם השתכנו רוב הנציגים האחרים – מה שאיפשר לנו להיפגש, לפטפט במהלך ארוחת הבוקר ולבסס היכרויות. חלקם היו מוכרים לי מהכנס בטורונטו ב־2007, אך מעל מחציתם היו פנים חדשות לנו.

במסגרת המנהג להעניק לכל אחד מהנציגים מזכרת קטנה מהמדינה שאותה מייצגים, הבאנו עמנו צנצנות דבש קטנות וחבילות חלבה אישיות.

הפגישות התקיימו ב־Surgeons' Hall Complex, המסונף לקולג' המלכותי לרופאים מנתחים. במסגרת הפגישות דנו בנושאים רבים, במטרה לקבוע יעדים להשגה עד לכנס הבא של ארגון השיננויות הבינלאומי, שיתקיים בקייפטאון בשנת 2013.

לאחר אישור הפרוטוקול של 2007 ודיווחים של הוועד הפועל ושל הגזברים, הועלו לדיון כמה נושאים. כחודש קודם לכן קיבלנו משימות קריאה ספציפיות, בנושאים שיידונו במהלך הפגישה, ועתה התבקשנו להתחלק לקבוצות ולהשתתף בסדרת סדנאות ופעילויות בנושאים אלה. אחד הדיונים המעניינים עסק באפשרות להעניק פטור מתשלום דמי ההשתתפות בכנס לנציגים ממדינות העולם השלישי, שהאיגודים

לומדים עזרה ראשונה

קורס החייאה ועזרה ראשונה לשיננויות, באווירה נעימה ומלמדת, נערך בבית חברת טבע

דלית ראם

כמדי שנה, אש"י עורך קורסי החייאה ועזרה ראשונה לשיננויות המעוניינות לרענן את הידע בנושא. להזכירכן, כל העוסק בטיפול באנשים, כולל שיננויות כמובן, מחויב לעבור קורס כזה מדי שנתיים.

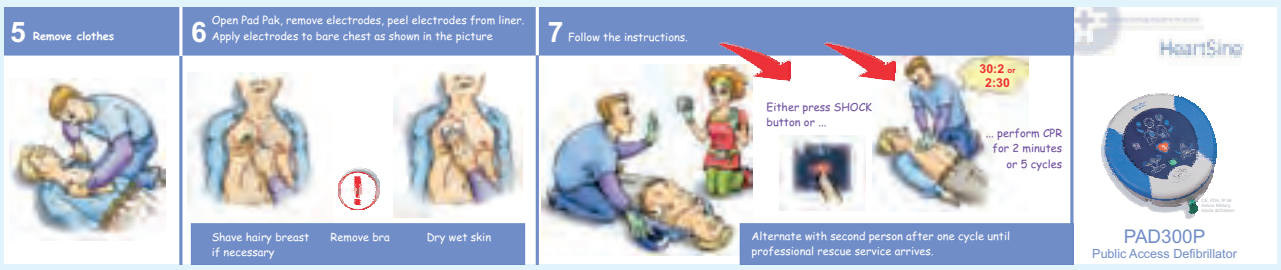
השנה קיימנו את הקורס ב־12 ביולי, בבית חברת טבע באזור התעשייה בנתניה. המדריכים, שחף ונועם מחברת ש.א.ג., הציעו לנו בוקר נחמד וקליל, שעם זאת כלל הרבה ידע ועדכונים. למדנו על מצבים של חנק, איבוד הכרה ואיבוד נשימה, כשהכול מתובל בסיפורים מהחיים.

הזמן עבר במהירות, וכבר היינו בשלב שבו כל אחת מאתנו נדרשה להוכיח מיומנות בהחייאת בובה...

במהלך כל היום נהנינו מהאירוח הנעים של חברת טבע.

נגמר עוד קורס רענון. הידע אתנו, והבה נקווה שלא נצטרך להשתמש בו ושכולנו נהייה בריאים.

דלית ראם - RDH, אחראית ימי עיון וכנסים באש"י



חברות המשלחת הישראלית מניפות את דגל ישראל באירוע הפתיחה בגלזגו

שלהם אינם יכולים להרשות זאת לעצמם.

הוגשו מועמדויות לוועד הפועל החדש של ארגון השיננות הבינלאומי, ובמעמד זה הציגה פולט פוקס מישראל את מועמדותה לתפקיד סגנית הנשיא. למרבה הצער, היא לא קיבלה את התפקיד, אך נאום המועמדות שלה היה מצוין. התקבלה הצעתה של יעל קרלין, לקיים קבוצות עניין מיוחדות.

בערב בילינו בשיטוט בעיר ההיסטורית המקסימה של אדינבורו ובבדיקה של מסעדות ופאבים...

ביום השני הפשלנו שרוולים, ניגשנו לעבודה והתחלקנו לוועדות: תקשורת וחברות, חינוך ומחקר, כספים ופיתוח, מועמדויות, קשרים מקצועיים ויחסי ציבור.

במהלך הדיונים התחדדה ההבנה שהמקצוע שלנו שונה במהותו ממדינה למדינה. ברוב המדינות יש כיום תכניות ללימודי תואר ראשון, של שלוש או של ארבע שנים, אך יש עדיין מדינות שדורשות רק תעודת קולג'. גם התפקידים שאנו ממלאות במסגרת המקצוע שונים ממדינה למדינה. ככל שדיברנו יותר עם עמיתינו, הבנו טוב יותר את ההבדלים הגדולים בין המדינות – כמו גם את המטרה המשותפת המאחדת אותנו.

הכנס ה־18 - מגוון ומאתגר

לכנס בגלזגו נסענו בהסעה מאורגנת. חיכתה לנו דירה לארבע, במרחק חמש דקות הליכה ממקום הכנס.

את כנס השיניות ה־18 אירחו במשותף החברה הבריטית להיגיינה ותרפיה וארגון השיניות הבינלאומי. הוא התקיים ב־SECC – מרכז התערוכות והכנסים הסקוטי בגלזגו. השתתפו בו יותר מאלף שיניות מכל רחבי העולם.

תכנית הכנס הייתה מגוונת ומאתגרת. היא כללה תכנית מדעית מרתקת של הרצאות רשמיות, תכנית מקבילה של מושבים ל־90 איש, מפגשים מעשיים מגוונים וסדרת פרזנטציות בנות 15 ו־30 דקות. בנוסף, הייתה תצוגה של 130 פוסטרים ותערוכה של מוצרים דנטליים – שרובם מוכרים לנו בארץ, אבל תמיד יש משהו חדש להביא הביתה!

אדל ואני הוכנסנו לאודיטוריום קלייד, האולם הגדול במרכז הכנסים, שבו התכנסו נציגי כל המדינות לחזרה לקראת מצעד הדגלים בטקס הפתיחה. הרגשנו גאווה כשהחזקנו יחדיו בדגל שלנו ותפסנו את מקומנו על הבמה. לשתינו עמדו דמעות בעיניים!

לאחר טקס הפתיחה, שכלל גם נגינה בחמת חלילים וריקודים, הלכנו לשמוע את הרצאתה של יעל קרלין בקבוצת העניין המיוחדת שלה – קידום העסקה של שיניות בבתי חולים.

אולמות הכנס היה מלאים עד אפס מקום במשך שלושת הימים, וּבְלִיל של שפות נשמע בהם ללא הרף. האירוע נוהל היטב וסיפק חומר רב למחשבה. שמחנו מאוד לגלות לפחות שש משתתפות ישראליות נוספות, ואנו מקוות שמספר גדול יותר של שיניות יעשה מאמץ להשתתף בכנס הבא – שיתקיים, כאמור, ב־2013 בדרום אפריקה.

"בריאות אורלית היא בריאות של חלל הפה, כולל השיניים והמבנים והרקמות התומכים בהן, היעדר מחלות ותפקוד מיטבי של הפה ורקמותיו, בצורה השומרת על הרמה הגבוהה ביותר של הערכה עצמית וקשרים בינאישיים"

(מתוך הצהרת ארגון הבריאות העולמי)

"שינניות בבתי חולים"

קורס הפיילוט של תכנית "שינניות בבתי חולים" הסתיים בימים אלה בהצלחה רבה, והקנה ידע תיאורטי ומעשי לטיפול בבעלי צרכים מיוחדים

נחמה כפרי גרינברג, RDH

בימים אלו הסתיים קורס העשרה לימודית, ראשון מסוגו – קורס הפיילוט של תכנית "שינניות בבתי חולים". את התכנית הגתה יעל קרלין (בוגרת קורס שינניות הדסה, 1981), שגם יזמה, ארגנה והפיקה אותה. ליעל ניסיון רב בטיפול במטופלים עם צרכים מיוחדים, ולכן הבינה את הצורך לבצע צעד חשוב זה – וארגנה סדרה של מפגשים בנושא.

בקורס נכחו כ־25 שינניות מכל רחבי הארץ, מבתי ספר (לשינניות) שונים ובעלות רקע מקצועי שונה. במהלך ששת המפגשים למדנו יחדיו איך לטפל בבעלי צרכים מיוחדים, בהם חולים, מאושפזים, קשישים ומוגבלים. כמו כן, למדנו איך להתמודד עם המוסדות שאמורים להעסיקנו בעתיד לבוא.

חלק מן ההרצאות התקיימו במרכז הרפואי רעות בתל אביב, ואחרות – כחלק מלימודי ההמשך של המחלקה לרפואת שיניים ציבורית וקורס שינניות, התקיימו בהדסה ירושלים. הלימודים כללו מידע רפואי רב ומגוון. במקביל רכשנו כלים ויכולות התמודדות בתחום התקשורת והשיווק.

ההרצאות כללו תכנים עיוניים כמו תופעות אורליות של מחלות שונות והשפעתן על המטופל, השפעתם של תכשירים חדשניים ועוד, כמו גם התמודדות מעשית עם מטופלים מונשמים. בנושא השיווק, עברנו סדנה שאיפשרה לנו לתרגל את הנלמד. הלימוד נעשה בצוותא, ולמדנו רבות זו מזו!

כל ההרצאות היו עניניות, מעניינות וברמה גבוהה מאוד. יעל גם דאגה לארגן לכל אחת ואחת מהמשתתפות קלסר מסודר, שכלל את סיכום החומר הנלמד ודיסק עם כמה מהמצגות.

התרגשתי מאוד לראות את הרעיון יוצא לפועל ולחוות את החוויה המיוחדת. מבחינתי, היה בכך משום סגירה של מעגל אישי. לי וליעל יש היסטוריה משותפת בת מעל ל־25 שנה. שמחתי מאוד בעבר להיות גורם דוחף ותומך בהחלטתה להגיע לבית־הספר לשינניות בהדסה, שבו הדרכתי אותה אישית. אני גאה מאוד בהתפתחותה ובהישגיה המקצועיים הראויים לציון ולשבח! היה לי התענוג להיות "מודרכת" על ידיה בקורס זה, וברצוני לאחל לה ולפרויקט הצלחה רבה בעתיד!