גיליון 63 · נובמבר 2018

שיננות

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

8 העמסה מידית ללא הרמת מתלה

12 כל מה שרציתם לדעת על אנטיביוטיקה מניעתית

14 רפואה מהפנטת: על היפנוזה והקשר הבין־אישי ברפואת שיניים

18 RPE - להרחבה מהירה של הלסת העליונה: מהו וכיצד משתמשים בו?

20 שימוש בתכשירי פלואוריד מקצועיים מקומיים לשם מניעת עששת

24 תרופות שכיחות שנוטלים מטופלים והשפעתן על הטיפול הדנטלי

26 ארוזיה דנטלית

קידום בריאות ומניעת מחלות

LISTERINE
green tea

למניעה מוגברת של עששת
לעומת צחצוח בלבד

✓ללא אלכוהול ✓בטעם עדין ומרענן של תה ירוק

LISTERINE
ללכת עד הסוף

דבר המערכת

שיננות יקרות,

השימוש בתכשירי פלואוריד נפוץ ברפואת שיניים ובוודאי בקרב אוכלוסיית השינניות. לראשונה הוכנס פלואוריד למי השתייה בשנת 1945, בגרנד ראפידס שבמישיגן, ארה"ב. מאז נעשו מחקרים רבים, המצביעים באופן עקבי על הבטיחות והיעילות שבהפלרת מי השתייה לשמירה על בריאות הפה והשיניים של ילדים ומבוגרים. עד כאן, זהו מידע שכל שיננית מכירה. אך האם אנו ממשיכות ללמוד את הנושא ומשתמשות בידע מחקרי חדיש למען המטופלים שלנו? האם המחקרים בנושא פלואוריד משמשים אותנו לצורך ביצוע טיפול אתי יותר, מדויק יותר ומותאם יותר לצורכי המטופלים שלנו?

בגיליון זה כמה וכמה מאמרים מעניינים. ביניהם, מאמרה של ד"ר ליבת סלוצקר, המטפלת בעיקר בילדים, עוסק בדנטופוביה ובהשלכותיה וביכולתה של ההיפנוזה לתת מענה מיטבי למטופל. ד"ר הילה אליאסי וד"ר טל רצון כתבו על פלואוריד, נושא הנוגע לכל שיננית המטפלת באוכלוסייה הצעירה. ד"ר אחמד שרפי, מתמחה באורתודונטיה, כתב על ההתקן המכונה "העכביש", נושא שגם הוא נוגע במטופלינו הצעירים.

הכתבות הללו מגדילות את מאגר הידע שלנו על טיפולים שונים ויעילותם. שאלות על יעילות הפלואור או בנושאים הקשורים בהתקנים אורתודונטיים הן דבר שבשגרה בקליניקה, וטוב יהיה אם יהיו בידינו תשובות עדכניות. למשל, ד"ר שרפי מציין בסוף מאמרו שהוא אינו מצדד בסוג מסוים של מרחיב חך, משום שקשה מאוד לשמור על הניקיון שלו במהלך הטיפול. חשוב שנדע זאת, כשאנו עוסקות בהנחיות לניקוי ההתקן. כתבתה של ד"ר סלוצקר מגדילה את הידע שלנו על טיפולי שיניים תחת היפנוזה, ואם נחזור לנושא הפלואוריד - חשוב לזכור ולהזכיר כי תכשירי הפלואוריד מונעים עששת ובטוחים למתרפא, אך עלינו גם לדעת מתי הטיפול בפלואוריד הוא יעיל יותר ומתי פחות.

שנו גישה, למדו עוד ועוד - זה אפשרי בכל שלב בקריירה. מובטח לכן שהמטופלים יעריכו אתכן ואת הידע שרכשתן.

קריאה מהנה ומספקת,

חן גבאי אמויאל
עורכת "שיננות"

תוכן העניינים

3 דבר העורכת | חן גבאי אמויאל RDH BA

4 דבר מנכ"לית אש"י | שרון פרידמן־יניב RDH MHA; דבר יו"ר אש"י | יעל קרלין RDH BA

6 דבר נשיאת הכבוד | נחמה כפרי־גרינברג RDH BA

8 העמסה מידית ללא הרמת מתלה | ד"ר רוני קולרמן DMD, ד"ר איתן ברנע DMD, ד"ר קחאן ניירוז, פרופ' יוסי ניסן DMD

12 כל מה שרציתם לדעת על אנטיביוטיקה מניעתית | ד"ר מוטי פינדלר MD, DMD ,PhD, MBA, LLB

14 רפואה מהפנטת: על היפנוזה והקשר הבין־אישי ברפואת שיניים | ד"ר ליבת סלוצקר DDS

18 RPE - להרחבה מהירה של הלסת העליונה: מהו וכיצד משתמשים בו? | ד"ר אחמד שרפי DMD

20 שימוש בתכשירי פלואוריד מקצועיים מקומיים לשם מניעת עששת | ד"ר הילה אליאסי DMD, ד"ר טל רצון DMD

24 תרופות שכיחות שנוטלים מטופלים והשפעתן על הטיפול הדנטלי | ד"ר מריה גיא DMD

26 ארוזיה דנטלית | ד"ר יובל ורד DMD, MPH

30 **פעילויות האיגוד** | חברות אש"י חותמות את הקיץ, הפנינג בריאות בשערי צדק | נחמה כפרי־גרינברג RDH BA, מיכל ביטון RDH

31 **פעילויות האיגוד** | יום השיננית הבין־לאומי, קורסי החייאה | חן גבאי אמויאל RDH BA

32 **פעילויות האיגוד** | האסיפה הכללית של הפדרציה בירושלים | שרון פרידמן־יניב RDH MHA

33 **לחוק יש שיניים** | עדכונים וחידושים בדיני עבודה ואפליה בעבודה | עו"ד שיר-אל נקדימון

גיליון 63 [נובמבר 2018]

עורכת ראשית:
שרון פרידמן־יניב RDH, MHA

עורכת:
חן גבאי אמויאל RDH, BA

עריכה לשונית:
נעמה דותן

עיצוב ועריכה גרפית:
נילי גולדמן ל"ניו יורק ניו יורק"

הוצאה לאור:
איגוד השיננות הישראלי
דוא"ל: sharonapo@gmail.com
טל': 052-2638544
פקס': 153-50-2006389

פרסום והפקה:
ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
רח' יהודה הלוי 92, תל אביב
טלפון: 03-5619993
newyork@bezeqint.net

תודה מיוחדת לכותבים ולמפרסמים בעיתון זה.

המערכת אינה אחראית לתוכן המודעות המופיעות בעיתון. המאמרים המקצועיים באחריות כותביהם בלבד.

כתובת האיגוד
רות אוחנה - המנהלת האדמיניסטרטיבית של אש"י
ת.ד 1695 מכבים רעות מודיעין
דוא"ל: idha.org.il@gmail.com
נייד: 050-2006389
פקס': 153-50-2006389
או דרך האתר: www.idha.org.il

דבר היו"ר והמנכ"לית

שיננניות יקרות,

תחילת אוקטובר ואני יושבת באולם רחב־ידיים בירושלים יחד עם עוד 35 שיננניות, נציגות של איגודי שיננות מ־17 מדינות שונות באירופה, המרכיבות את הפדרציה האירופית לשיננות.

בשנה האחרונה, אש"י פעל נמרצות כדי להגיע לרגע הזה - לזכות ולארח את האסיפה השנתית של הפדרציה האירופית לשיננות. ואכן, נציגות המדינות השונות הגיעו לירושלים כדי לדון יחד בקידום המקצוע והתפתחותו תוך שילוב ידיים בין־לאומי.

בשיחות שהתנהלו בפורום הרשמי, נדונו פרויקטים חשובים העומדים לצאת לדרך, כאשר במקביל תרם המפגש החברתי ליצירת קשרים אישיים, שיחזקו את שיתוף הפעולה בהמשך.

אי אפשר היה שלא להתרשם עמוקות מן העובדה שכל משתתפות האסיפה הן שיננניות מן השורה, שהחליטו "לעשות מעשה" למען המקצוע שלנו ומשקיעות זמן, מאמץ וחשיבה מחוץ לקופסה כדי לקדם את המקצוע, את עצמן ואת הקולגות שלהן.

תמיד אמרו לנו ששיננניות רואות את התמונה במלואה - את הפה כולו. בעבודתנו במרפאה אנחנו מסתכלות פנימה, לתוך הפה, כדי לראות אותו במלואו ולכל פרטיו. רצוי גם שנרים את הראש כדי לראות לא רק את התמונה הספציפית, זו הדרושה לנו באותו רגע, אלא את התמונה הגדולה, הפנורמית; את כל מה שמסביב לנו וללא ספק משפיע גם עלינו. צריך שנצא מתוך הקופסה, נשאל שאלות ונעז, בעבודה ובחיים האישיים.

אף פעם אין לדעת לאן זה יוביל אותנו, אבל אני יכולה לומר בבטחה שכאשר חושבים בגדול ומחוץ לקופסה - כמעט תמיד מגיעים למקומות טובים בהרבה!

יעל קרלין
יו"ר אש"י

שיננניות יקרות,

הכתיבה שלי בעיתון במהלך 12 השנים האחרונות, שבהן הייתי חלק מהוועד המנהל של אש"י, עברה מנעד רחב: תרגום וכתיבה של מאמרים וכתבות, כתיבת דבר העורכת ודבר היו"ר, ועוד.

היום אני כותבת שורות אלה בכובע שהוא אולי שונה - אך לא שונה לחלוטין. בתפקידי החדש כמנכ"לית האיגוד יש לא פחות עשייה ואחריות מבתפקידיי בעבר, ואולי אף יותר. לשלל הפעילויות ותחומי האחריות שהייתי מעורבת בהם כיו"ר התווספו עוד ועוד יעדים, וכעת, עם השינוי הארגוני בוועד המנהל, אני מאמינה שנמשיך להצעיד את המקצוע ואת השיננניות קדימה, כפי שעשינו עד כה ואף ביתר שאת.

תפקיד המנכ"לית, על פי הגדרתו, נעשה בחצי משרה, ועם זאת - ארבעת החודשים האחרונים היו עמוסי עשייה: אירוח האסיפה של נציגות הפדרציה האירופית לשיננות, קביעת הפעילויות לשנת 2019 עם החברות הדנטליות השונות, יום השיננות, סיוע פרטני לשיננניות במגוון נושאים, בניית תקציבים, עדכון תקנון אש"י, עיצוב ותכנון לוח עבודה ומשימות על פי יעדים ומטרות, ועוד ועוד.

ברצוני לאחל לוועד המנהל החדש של אש"י הצלחה רבה. השיננניות שבחרו לסייע לאש"י במטרה לקדם את המקצוע ואותנו, השיננניות, הן מהמובחרות שבשיננניות ישראל. אני גאה על שיש לנו דור המשך נחוש ומסור, שנרתם ליצירת העתיד של כולנו.

אם יש שיננניות נוספות שרוצות לתרום מיכולותיהן ולעזור - ולו במסגרת מצומצמת - תמיד נשמח לשחקניות (ולשחקני) חיזוק.

בברכת חג אורים שמח,

שלכן,
שרון

פתרונות ומבצעים מיוחדים למרפאות שיניים

Jordan*
*caring for teeth since 1927

Target Sensitive
הפתרון לסובלים מרגישות

• ראש קטן מאפשר תמרון נוח וגישה טובה
• סיבים דקים עם קצוות בקוטר 0.01 מ"מ מבטיחים חדירה טובה לקו החניכיים
• סיבים אולטרא-רכים לצחצוח עדין
• ידית ארגונומית נעימה

באריזת שקית
מחיר רגיל 6.99 ₪
מחיר מבצע 2.50 ₪
*ברכישת מינימום של 120 יח'

מברשות שיניים לילדים

באריזת שקית
מחיר רגיל 4.99 ₪
מחיר מבצע 3.99 ₪
*ברכישת מינימום של 120 יח'

קיסמים מברישים CLEAN BETWEEN

REGULAR 20 קיסמים מברישים
דקים וגמישים עם קצה מבריש ורך במיוחד

LARGE 20 קיסמים מברישים

מחיר רגיל 15.00 ₪
מחיר מבצע 11.99 ₪

מברשות אינטרדנטליות BRUSH BETWEEN

• עם סיבים בטכנולוגיית WaveCut™ לניקוי יעיל יותר
• תוספת סיבים מגבידה את צפיפות המברשת ואת יעילותה
• ידית גומי ארגונומית לאחיזה יציבה גם אם המברשת רטובה

10 מברשות אינטרדנטליות באריזת שקית
מחיר רגיל 17.49 ₪
מחיר מבצע 15.99 ₪

מארז 50 מברשות
לחלוקה למטופלים
כל אחת במארז נסיעה מוגן
מחיר מבצע
32.00 ₪

המחירים אינם כוללים מע"מ • תוקף המבצעים עד 27.12.18 או עד גמר המלאי • להשיג בדנטלון או בדנטלי-דיפו

דנטלון
מוצרי איכות לרפואת שיניים מתקדמת • www.dentalon.com
רח' החופר 34, א.ת. חולון, טל: 03-5505110 • ת.ד. 71, תל-אביב 6100000

בעלי תפקידים בהנהלת האיגוד

יעל קרלין RDH, BA
יו"ר אש"י,
טל': 050-8802044
דוא"ל: drcarlin@inter.net.il

שרון פרידמן־יניב RDH, MHA
יו"ר יוצאת ומנכ"לית אש"י,
עורכת אתר ועיתון האיגוד
טל': 052-2638544
דוא"ל: sharonapo@gmail.com

יפה עובדיה RDH
מזכירת האיגוד
אחראית שיווק והפקת כנסים
טל': 052-8605553
דוא"ל: yaffa256@walla.co.il

אורה בן־יוסף RDH
גזברית אש"י
טל': 054-2401400
דוא"ל: orabenyo@gmail.com

חברות ועד מנהל:

נורית טינסקי RDH
טל': 054-2666358
דוא"ל: nurittin@walla.com

הדס גולדברג RDH, MA
טל': 054-2212120
דוא"ל: hag2212@gmail.com

נאוה מנג'ם RDH
טל': 050-6614286
דוא"ל: nava2210@gmail.com

מיכל חי מאיר RDH, BA
טל': 052-3532908
דוא"ל: 10michal.h@gmail.com

חברות וועד מנהל שלא מן המניין:

טלי לוי RDH
טל': 054-7428701
דוא"ל: tali-oralcare@hotmail.com

דקלה ברזילי RDH
טל': 052-3420967
דוא"ל: diklarb@gmail.com

נחמה כפרי־גרינברג RDH, BA
נשיאת הכבוד של אש"י
טל': 052-8235446
דוא"ל: necha.kg@gmail.com

רות אוחנה
המנהלת האדמיניסטרטיבית של אש"י
טל': 050-2006389
פקס: 153-50-2006389
דוא"ל: idha.org.il@gmail.com

דבר נשיאת הכבוד

קוראים יקרים,

בכל השנים בהן אני עובדת כשיננית, חודשי הקיץ והחגים היו תקופות שקטות ורגועות במרפאות בהן עבדתי. בלי לחץ - ויומן עם הרבה "חורים". המדינה יצאה לחופשה. בשנה הנוכחית הרגשתי תפנית: הלחץ גבר, ולא היו עוד "חורים" ביומני. הלחץ להוסיף שעות וימי עבודה עלה - וזה לא קל במיוחד בחודש של חגים, כנסים ואירועי אש"י משמחים, שהותירו מעט מאוד ימי עבודה בחודש ספטמבר.

מצב זה גרם לי להפנים את העובדה שהשיננות אכן תפסה תאוצה והפכה לנורמה, להרגל שאין מוותרים עליו או דוחים אותו אלא מבינים את חשיבותו - בלי קשר ל"מוקשים קלנדריים" כגון תקופת החגים. יותר ויותר ישראלים הפנימו את העובדה שטיפול שיניים על ידי שיננית מוסמכת חיוני לבריאות הפה שלהם, כמו גם לבריאותם הכללית.

עם זאת, התפיסה ש"ביקור" אצל שיננית הוא טיפול רפואי לכל דבר ועניין עדיין לא הושרשה במלואה. עדיין צורם לי לשמוע מטופלים ש"עושים שיננית". כאנשי מקצוע, לפנינו דרך לא קלה לשלילת ביטוי זה, שהציבור "הדביק" לטיפול שאנו מעניקים לו. המודעות לחשיבות הטיפול הניתן על ידי שינניות/ים הולכת וגדלה, בציבור הרחב ובציבור המקצועי כאחד, ועלינו להמשיך לטפח אותה. עלינו להקפיד על הנראות שלנו בשטח, במטרה להבטיח קידום וצמיחה מקצועית ולהמשיך בהפצת חשיבות השיננות בנוף הבריאות. אחת הדרכים לעשות זאת היא לצאת לפעילויות בנושאי בריאות ולהציג את עצמנו כחלק ממערך הבריאות.

לאחרונה חוויתי כמה אירועים שהדגישו עד כמה צעד זה חשוב, ועד כמה המקצוע עדיין גורם לי לסיפוק. כמו בכל קיץ גם השנה התנדבתי באירוע "הפנינג בריאות" שנערך במרכז הרפואי שערי צדק בירושלים. בתום ארבע שעות מפרכות של פעילות הסברה בנוגע לבריאות הפה, הגיעה משפחה: אם, שני בנים גילאי 12 ו־10 ובת בת חמש. הדוכנים סביבנו כבר החלו להתקפל, והמשפחה המשיכה לשאול שאלות. רגע לפני שפנו לצאת, האם אמרה: "This was the highlight of our day". מאותו רגע שכחתי לגמרי שעדיין לא אכלתי היום, שחסר לי הקפה של הבוקר, ופשוט הרגשתי מאושרת.

ארבעה ימים לאחר אירוע זה, בעודי מתנדבת במשמר האזרחי, ישבתי באחד הרחובות בשכונה שנסגר עקב אירוע בגן הציבורי הסמוך. זו הייתה שעה מאוחרת וכבר חשוכה למדי. אב ושני בניו חלפו על פניי, ולפתע נעצר האב ואמר: "שלום לשיננית משערי צדק!" מתברר שהם היו בין אלפי המשתתפים בהפנינג הבריאות. הוא סיפר שמאז אותו יום, הבנים מאפשרים להוריהם להבריש את שיניהם פעמיים ביום. אני חייבת להודות שהופתעתי על שזיהו אותי, וכמובן - זה הקנה לי תחושה טובה של הצלחה!

יש לנו כוח להשפיע גם ביום־יום, ביחסינו עם המטופלים שלנו. מטופלת מבוגרת, שאני מטפלת בה מזה שנים רבות, התקשרה להודיע שבשל המרחק והקושי להגיע אליי בגילה המתקדם היא נאלצת להפסיק את הטיפולים אצלי. קורה. מטופלים רבים מחליטים מסיבה זו או אחרת לקבל טיפול במקום אחר. המטופלת הזאת, שכל השנים קוראת לי "נחמוצ'קה", התעקשה לשוחח אתי אישית כדי להביע את הערכתה על הטיפול המסור שזכתה לו במשך כל השנים, והבטיחה להמשיך להגיע לטיפולי שיננות בקרבת מקום מגוריה. אני בטוחה שכולנו חווים חוויות מסוג זה מדי פעם, כנראה לא מספיק. חשוב שנשמור רגעים אלו קרוב לליבנו וניזכר בהם בעתות יאוש או כשאנו שקועות בשגרה מעיקה. אנחנו מצליחים לגעת באנשים ולחולל שינוי!

אלו כמה נקודות אור משבוע אחד בלבד. אין ספק שיש לנו לא מעט רגעים מתסכלים ומייאשים. הדרך לשיפור מעמדנו המקצועי ארוכה, ולפנינו אין־ספור משימות בדרך להגשמת יעדינו. כמי שעלתה לארץ, ל"נוף" שבו כינו אותי, כשיננית, בכינוי "המנקה", וראתה איך מלימודי שיננות של שש סטודנטיות במחזור הראשון הגענו לארבעה מוסדות המלמדים את המקצוע - אני מפנימה את הדרך הארוכה שכבר עשינו וצופה עתיד מקצועי מזהיר לדור ההמשך.

הכוס תמיד חצי מלאה, ויש רק להוסיף לה עוד ועוד - טיפה אחר טיפה.

שלכם,
נחמה כפרי־גרינברג
נשיאת הכבוד של אש"י

תרו

טיפים לשימוש בכלורהקסידין

טיפול אנטי-בקטריאלי

טיפול עזר בדלקות חניכיים, אודם ונפיחות, החלמה מניתוחי חניכיים וכיבים בפה

- מומלץ להבריש את השיניים ולשטוף את הפה במים לפני השימוש בשטיפה
- **לקבלת אפקט מקסימלי של השטיפה, יש להתאים את משחת השיניים - רצוי לשלב עם משחת שיניים שלא מכילה פלואוריד וללא SLS**
- כדאי לידע את המטופל מראש לאפשרות של צביעה שניתן להסירה אצל שיננית

דרכים להפחתת האפשרות לצביעה:

- הימנעות ממשקאות ומאכלים מכתימים בסמוך לשטיפה
- הימנעות מעישון במשך שעה לפחות לאחר השטיפה

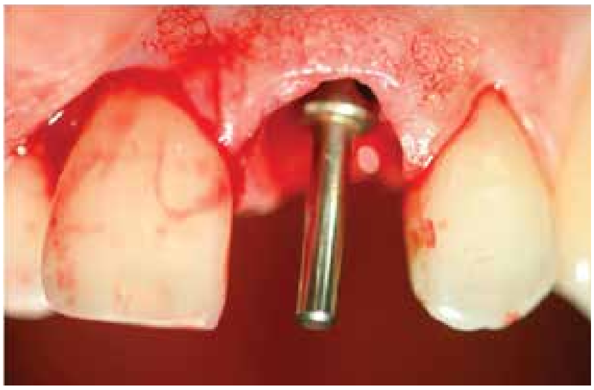
✓ ללא SLS וללא פלואוריד

למידע נוסף: טל. 1800-46-46-64 E-mail:info@taro.co.il

ד"ר רוני קולרמן DMD, ד"ר איתן ברנע DMD, ד"ר קחאז ניירוז, פרופ' יוסי ניסן DMD

העמסה מידית ללא הרמת מתלה

תמונה 1: רצסיית חניכיים בוקליות



תמונה 2: עקירה ללא הרמת מתלה ובדיקת מקביליות

השתלה מידית (סימולטנית לעקירה) מספקת שרידות טובה, בדומה להשתלות שבוצעו בשיטה המסורתית (שתלים המבוצעים כמה חודשים לאחר עקירת השיניים). קיצור נוסף של תקופת המעבר בין ביצוע העקירה לתחילת השיקום, מושג באמצעות העמסה מידית פונקציונלית (עם מגעים סגריים) או לא פונקציונלית (ללא מגעים סגריים) (1). למרות שיעורי ההצלחה הגבוהים בטכניקת ההעמסה המידית, הדומים לשיעורי ההצלחה בשיטות המסורתיות, מספר רב של מחקרים דיווחו על קיומן של רצסיות חניכיים בוקליות (תמונה 1) - עובדה שתשפיע לרעה על התוצאה האסתטיות של השיקום (2).

בין הגורמים שנמצאו כמשפיעים על שכיחות וחומרת הרצסיה נמנים: סוג החניכיים (biotype) - נמצא קשר בין רצסיה בוקלית לחניכיים דקות (3); חיבור כתר זמני התומך בחניכיים (4); עובי הפלטה הגרמית הבוקלית (5); מיקום בוקו־פלטינלי של כתף השתל (6); ועיבוי הפלטה הבוקלית על ידי שימוש בעצם עצמונית או תחליפי עצם (4, 7).

במחקר שבוצע בכלבים, נמצאה ספיגה משמעותית של הפלטה הבוקלית בממדים האופקי והאנכי בעקבות עקירת השיניים, כתגובה לניתוק באספקת הדם לעצם הנובע מהפשלת המתלה (8).

בהמשך לטיעון הקודם, מספר הולך וגדל של מחקרים ממליצים על ביצוע שתלים באתרי עקירה עם הרמה מינימלית של המתלה או ללא הרמת מתלה כלל (7), במטרה להקטין את הרצסיה הבוקלית.

מטרת המחקר הרטרוספקטיבי הנוכחי הייתה להעריך את התוצאות הקליניות של העמסה מידית בטכניקה ללא הרמת מתלה, בהסתמך על פרמטרים רנטגניים וכן על פרמטרים אסתטיים קליניים אובייקטיביים.

אוכלוסיית המחקר

המחקר כלל 39 מטופלים בוגרים שטופלו בטכניקה המתוארת, ואשר נזקקו לעקירה של שן אחת קדמית עליונה (חותכת מרכזית, לטרלית, ניב) בזמן ששתי השיניים הסמוכות קיימות בפה. השתתפו במחקר רק מטופלים אשר הציגו היגיינה אורלית טובה; המעטפת הגרמית הייתה שלמה לאחר עקירת השן או לכל היותר חריץ בפלטה הבוקלית שאורכו לא יותר מ־3 מ"מ; קיום של לפחות 5 מ"מ עצם אפיקלית או פלטינלית לשן; השגת יציבות שתל ראשונית של לפחות 32 Ncm.

במחקר לא נכללו:

מטופלים שאובחנו עם פרהפונקציה כמו ברוקסיזם, סוכרתיים לא מאוזנים, אנשים שעברו הקרנות לאזור ראש צוואר בחצי השנה שקדמה לטיפול או כאלו שקיבלו טיפול בביספוספונטים.

נוסף על אלה, לא טופלו אנשים עם מחלה פריודונטלית פעילה או שסבלו ממחלות בריריות באזור הטיפול (דוגמת LICHEN PLANUS) או מזיהום אקוטי באזור השן. כמו כן, לא טופלו מעשנים כבדים או צורכי אלכוהול כרוניים.

הפרוטוקול הכירורגי

- כל המתרפאים עברו הערכה מקיפה שכללה צ'ארט פריודונטלי מלא, הרגלי עישון, אבחנה פריודונטלית, סיבת העקירה ואנליזה אוקלוזלית מקיפה.
- כל המתרפאים עברו הכנה פריודונטית ראשונית (cause related therapy) וטיפול פריודונטלי כירורגי לצמצום כיסים (access therapy).
- בוצעו סטטוס פריאפיקלי וצילום CT ראשוני (לצורך הערכת המורפולוגיה התלת־ממדית של הרכס האלוואולרי, מיקום השורשים שרוצים לעקור, הימצאות נגעים פריאפיקליים, מיקום ה־Incisive Foramen ועובי העצם באזור).
- מיקום תלת־ממדי נכון של השתל (MIS, Lance or Seven) בממד המיזיודסטלי על ידי שמירת מרחק מינימלי של 1 מ"מ בין כתף השתל לשן סמוכה. בממד האפיקו־קורונלי, צוואר השתל מוקם 2-3 מ"מ אפיקלית ל־CEJ של השן הסמוכה. בממד הבוקו־פלטינלי, נעשה מאמץ למקם את הצוואר הבוקלי של השתל לפחות 2 מ"מ פלטינלית לקו דמיוני המחבר בין הקונטור הבוקלי של השניים הסמוכות (תמונה 2).
- חיבור מבנה, מוברג בזווית של בין 0-25 מעלות לשתל. מילוי הרווח בין השתל למכתשית בחומר מסוג FDBA - Freeze Dried Bone Allograft

---

ד"ר רוני קולרמן - מומחה למחלות חניכיים, מרצה, ביה"ס לרפואת שיניים, אוניברסיטת תל־אביב..
ד"ר איתן ברנע - מומחה לשיקום הפה, מרפאה פרטית, תל־אביב.
ד"ר קחאז ניירוז - רופאת שיניים כללית, בוגרת אוניברסיטת תל־אביב.
פרופ' יוסי ניסן - המחלקה לשיקום הפה, ביה"ס לרפואת שיניים, אוניברסיטת תל־אביב.

של LifeNet Oragraft וביצוע כתר זמני (Ayon) לא פונקציונלי (תמונה 3).

- טיפול אנטיביוטי ואנלגטי המשכי ושטיפות חיטוי של כלורהקסדין 0.2% לשבוע אחרי הניתוח.
- לאחר שישה חודשים נלקחו מטבעים כדי למסור את השיקום הקבוע. הכתרים היו מסוג Free Metal או זירקוניה.

12 חודשים לאחר מסירת השיקום נאספו הפרמטרים הבאים:

פרמטרים ביולוגיים:

בדיקות פריודונטיות שגרתיות שכללו: פלאק אינדקס (PI), עומק כיסים ומדד דימום (BOP) הן בשן המשוקמת על גבי השתל והן בשן הקונטראלטרלית.

פרמטרים רנטגניים:

DIB

Distance from the Implant shoulder to the first Bone-to-implant contact - המרחק בין העצם האלוואולרית - המזיאלי והדיסטלי - לכתף השתל נמדד דיגיטלית על גבי צילומים פריאפיקליים מקביליים בעזרת תוכנת רנטגן דיגיטלית (Schick) (תמונה 4). הערכים שחושבו היו ממוצע של הערכים המזיאליים והדיסטליים. אובדן העצם "המקובל" היה 1.5 מ"מ לשנה הראשונה ו־0.2 מ"מ לכל שנה עוקבת. שתלים שעמדו בקריטריון זה הוגדרו כ־Success. לעומת זאת, שתלים שאיבדו יותר עצם הוגדרו כ־Survival.

פרמטרים אסתטיים:

DIM

Distance between Implant and gingival margin - המרחק בין כתף השתל לגובה החניכיים הבוקליים כפי שנמדד בזמן מסירת הכתר. המדידה בוצעה עם פרוב פריודונטלי על ה־Master Model (מודל הגבס עם הדמיית חניכיים בסיליקון ורוד) ב־4 צידי השתל.

WES/PES Index

לצורך הערכה נעשה שימוש באינדקס שפורסם על ידי Belser (9) (תמונה 5).

ה־**PES Index** כולל:

1. הפפילה המזיאלית;
2. הפפילה הדיסטלית;
3. קמירות המוקוזה הבוקלית;
4. רמת המוקוזה הבוקלית;
5. קמירות צבע וטקסטורת הרקמה הרכה מעל השתל.

ה־**WES Index** כולל:

1. צורת השן;
2. גודל השן;
3. צבע השן בהתייחסות ל־value ו־hue;
4. טקסטורה;
5. שקיפות.

חמשת הפרמטרים נבדקו בהשוואה לשן המקבילה. במקרה של זהות, הניקוד הוא 10(ניקוד של 1, 2 או 0 ניתן לכל פרמטר). הניקוד המינימלי לקבלת שחזור אסתטי נקבע כ־12 לשני האינדקסים. הניקוד הגבוה ביותר שיכול להתקבל משני האינדקסים, ה־PES וה־WES יחד, הוא 20, כאשר ציון זה מייצג דמיון מקסימלי ברקמות הרכות ובשחזור הפרותטי והשן הנגדית.

ולבסוף - מדידת אורך השן במ"מ על גבי השתל לעומת הקונטראלטרלית תוך שימוש בתוכנת מחשב (IMAGE J) (תמונה 6).

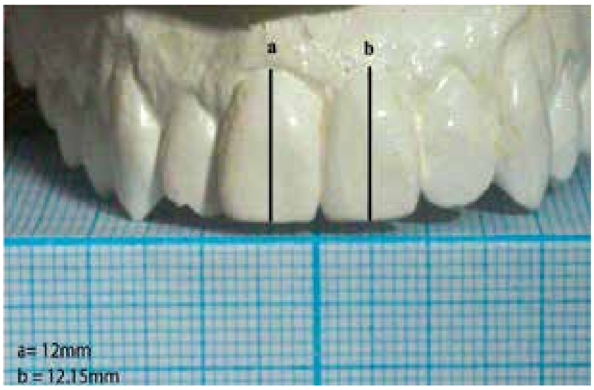
תמונה 3: כתר זמני מאקריל ללא מגעים סגריים

תמונה 4: צילום רנטגן סופי 42 חודשים אחרי התאמת כתר

תמונה 5: כתר זירקוניה סופי 12 חודשים אחרי התאמתו, ערך ה־WES/PES הכולל במקרה זה היה 19

אנליזה סטטיסטית

העיבוד הסטטיסטי בוצע תוך שימוש בתוכנת SPSS. הקשר בין הפרמטרים האסתטיים לבין הפרמטרים הבלתי תלויים נבחן על ידי Three-way ANOVA Student's t-test. שימש לבחינת ההשפעה של פקטורים כמו עישון, סטטוס פריודונטלי וסיבת העקירה על התוצאות הרנטגניות והאסתטיות. ה־Pearson correlation coefficient test שימש לבדיקת הקשר בין גיל לתוצאות הטיפול. P value<0.05 נחשב כמובהק סטטיסטית.



תמונה 6: מדידות של אורך השן על גבי השתל ביחס לשן הקונטראלטרלית

תוצאות

נכללו במחקר 39 מטופלים (23 נשים ו־16 גברים) בטווח הגילים 82-24 (ממוצע 47.51 ± 18.09) שעברו עקירה והשתלה בו זמנית ללא הרמת מתלה.

20 מהמשתתפים במחקר (57%) אובחנו עם פריודונטיטיס מתקדמת כרונית או אגרסיבית. 11 מהשיניים (28%) נעקרו מסיבה פריודונטלית, 17 (44%) כתוצאה מסדק בשורש, 8 (21%) כתוצאה מעששת עמוקה ו־3 (7%) כתוצאה מספיגה חיצונית.

קוטרם של השתלים שהשתתפו במחקר נע בין 3.3-5 מ"מ ואורכם בין 16-13 מ"מ. המעקב הרנטגני התבצע במשך 12-108 חודשים (ממוצע 28 ± 44.82 חודשים).

אובדן העצם הממוצע המזיאלי והדיסטלי היה 0.54 ± 1.19 מ"מ ו־0.51 ± 1.15 מ"מ בהתאמה. ה־DIM הבוקלי היה בטווח ערכים של 2-5 מ"מ עם ממוצע של 0.71 ± 3.34 מ"מ. האורך המוחלט של הכתרים על גבי השתלים בהשוואה לשן הקונטראלטרלית נבדק 12 חודשים לאחר מסירתם והראה הבדל של 0.41 מ"מ (רצסיה ממוצעת של 0.41 מ"מ).

הפרמטרים האסתטיים WES/PES:

הפרמטרים האסתטיים כפי שנמדדו שנה לאחר השיקום הקבוע הסופי הראו PES ממוצע של 1.60 ± 7.92 (טווח 10-5) ו־WES ממוצע של 1.48 ± 7.66 (טווח 10-5).

WES/PES הכולל הראה ממוצע של 2.67 ± 15.50, כשאסתטיקה מקובלת או טובה (WES/PES≥12) הושגה ב־35/38 מהמטופלים (89.7%). מחמשת הפרמטרים שנכללו ב־PES INDEX, גובה הפפילה המזיאלית היה בעל הערך הממוצע הנמוך ביותר (1.42), לעומת קמירות המוקוזה הבוקלית שהייתה בעלת הערך הממוצע הגבוה ביותר (1.68). 25 שתלים (66%) היו בעלי רמה אופטימלית של חניכיים בוקלים, ב־8 שתלים (21%) הייתה נסיגת חניכיים של פחות מ־1 מ"מ וב־5 שתלים (13%) הייתה נסיגת חניכיים של 1≤ מ"מ. מחמשת הפרמטרים של ה־WES Index, לפרמטר הצבע היה הניקוד היחסי הגבוה ביותר (1.76) לעומת הטקסטורה של פני השטח, שלה הניקוד הנמוך ביותר (1.26). **נמצא קשר** מובהק בין חומרת המחלה הפריודונטית (פריודונטיטיס מתקדמת או אגרסיבית) ו־PES כולל נמוך. **לא נמצא קשר** בין חומרת המחלה הפריודונטלית וה־WES וכן ל־WES/PES הכולל. כמו כן, לא נמצא קשר בין סיבת העקירה, גיל וסטטוס העישון לתוצאה האסתטית שהתקבלה.

דיון

במחקר הנוכחי, שיעורי ההצלחה של ההשתלה המידית היו 94.7% (36/38 שתלים), ושיעור ההישרדות המצטבר לאחר 108-12 חודשי מעקב היה 97.4% (38/39).

לפי מאמר סקירה (10), גובה העצם הקרסטלית נשמר טוב יותר סביב שתלים מידיים מאשר בשתלים שבוצעו בשיטה המסורתית (חודשים מספר לאחר העקירה), במעקב קצר טווח של 12 חודשים. לעומת זאת, רמת העצם הקרסטלית בשתלים שהועמסו מידית הייתה שווה לשל אלו שהועמסו מאוחר יותר (10). את ספיגת העצם הנמוכה יחסית של 1.17 מ"מ (טווח: 2.35-0.25) שנמדדה 45 חודשים לאחר ההשתלה במחקר הנוכחי אפשר לייחס הן לשימוש בשתלי עצם אוסאוקונדוקטיביים שנספגים לאט, אשר הביאו למילוי עצם תוך שמירה על הפלטה הבוקלית, ובנוסף לשיתוף הפעולה הטוב של המטופלים (הגעה לתחזוקה כל 6-3 חודשים) ושמירתם על היגיינה אורלית טובה (11).

ה־WES/PES של 34 מתוך 38 המקרים המשתתפים (89.4%) הראו תוצאות מקובלות או טובות מבחינה אסתטית. הניקוד של 7.92 ב־PES במחקר הנוכחי היה בטווח שתואר (8.1-7) לגבי התוצאות האסתטיות המתוארות במחקרים אחרים (7) של השתלות מידיות ומושהות.

בהתייחס לחומרת הרצסיה, הממצאים של המחקר הראו רצסיה ממוצעת של 0.41 מ"מ, בדומה לממוצע שדווח בספרות של פחות מ־1 מ"מ (7). לעומת זאת, במחקרים אחרים שבהם נעשו ההשתלה המידית והשיקום הזמני בטכניקה ללא הרמת מתלה (7) או תוך שילוב עם שתל של רקמת חיבור (7, 12) לא הודגמו רצסיות.

יש לציין שבמחקר נעשה ניסיון להקטין את הרצסיה הבוקלית על ידי שימוש בשתלי עצם שנספגים לאט (7), מיקום פלטינלי של השתל (12) ופרופיל בקיעה קמור של השיקום הזמני (7, 11). מקרים של חניכיים דקות נכללו במחקר, עובדה שיכולה להסביר את נסיגת החניכיים הגבוהה יחסית בהשוואה למחקרים אחרים (12). הערך הממוצע של ה־DIM באספקט הבוקלי של השתל היה 3.34 מ"מ, נתון שאפשר היווצרות גובה נורמלי של המוקוזה (2). ההפרש באורך המוחלט של הכותרת הקלינית על גבי השתל לעומת השן הנגדית שנה מתום השיקום (0.41 מ"מ) העיד שעל אף שהשתלה בטכניקה ללא הרמת מתלה עוזרת לשמור את רמת הרקמה הבוקלית, אין ביכולתה למנוע את הרצסיה לחלוטין.

לסיכום, הערכה אובייקטיבית לפי ה־WES/PES העידה על פרדיקטביליות אסתטית של השתלה מידית באזור מקסילה קדמית, למרות העובדה שרצסיה בוקלית הנה בלתי נמנעת אפילו במטופלים עם מתאר אופטימלי של רקמה רכה וקשה.

המאמר המקורי:

Kolerman R, Mijiritsky E, Barnea E, Dabaja A, Nissan J, Tal H.

Esthetic Assessment of Implants Placed into Fresh Extraction Sockets for Single-Tooth Replacements Using a Flapless Approach. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2017 Apr; 19(2):351-364. doi:10.1111/cid.12458. Epub 2016 Nov 2. PubMed PMID: 27807931.

רשימת המקורות

1. Degidi M, Piatteli A, Felice P, Carinci F. Immediate functional loading of edentulous maxilla: A 5-year retrospective study of 388 titanium implants. J Periodontol 2005:76:1016-1024.
2. Kolerman R, Nissan J, Mijiritsky E, Hamoudi N, Mangano C, Tal H. Esthetic assessment of immediately restored implants combined with GBR and free connective tissue graft. Clin Oral Implants Res 2016; 27:1414-1422.
3. Kois JC. Predictable single tooth peri-implant esthetic Five diagnostic keys. Compend Contin Educ Den 2001;22:199-206.
4. Chu SJ, Salama MA, Garber DA, et al. Flapless post extraction socket implant placement, Part 2: the effects of bone grafting and provisional restoration on peri-implant soft tissue height and thickness - a retrospective study. Int J Periodontics Restorative Dent 2015; 35:803-809.
5. Grunder U, Gracis S, Capelli M. Influence of the 3-D bone-to-implant relationship on esthetics. Int J Periodontics Restorative Dent 2005; 25:113-119.
6. Spray JR, Black CG, Morris HF, Ochi S. The influence of bone thickness on facial marginal bone response: stage 1 placement through stage 2 uncovering. Ann Periodontol 2000; 5:119-128.
7. Chen S, Buser D. Esthetic outcomes following immediate and early implant placement in the anterior maxilla - a systematic review. Int J Oral Maxillofac Implants.2014; 29:186-215.
8. Araujo MG, Sukekava F, Wennstrom JL, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. J Clin Periodontol 2005; 32:645-652.
9. Belser UC, Grütter L, Vailati F, Bornstein MM, Weber HP, Buser D. Outcome evaluation of early placed maxillary anterior single-tooth implants using objective esthetic criteria: a cross-sectional, retrospective study in 45 patients with a 2- to 4-year follow-up using pink and white esthetic scores. J Periodontol 2009; 80:140-151.
10. Kinaia BM, Shah M, Neely AL, Goodis HE. Crestal bone level changes around immediately placed implants: a systematic review and meta-analyses with at least 12 months' follow-up after functional loading. J Periodontol 2014; 85:1537-48.
11. Kolerman R, Nissan J, Rahmanov A, Zenziper E, Slutzkey S, Tal H. Radiological and biological assessment of immediately restored anterior maxillary implants combined with GBR and free connective tissue graft. Clin Implant Dent Relat Res 2016; 18:1142-1152.
12. Chen ST, Beagle J, Jensen SS, Chiapasco M, Darby I. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding surgical techniques. Int J Oral Maxillofac Implants 2009; 24:272–278.
13. Buser D, Wittneben JG, Bornstein MM, Grütter L, Chappuis V, Belser UC. Stability of contour augmentation and esthetic outcomes of implant-supported single crowns in the esthetic zone: 3-year results of a prospective study with early implant placement postextraction. J Periodontol 2011; 82:342-349.
14. Lindeboom JA, Tjiook Y, Kroon FH. Immediate placement of implants in periapical infected sites: a prospective and randomized study in 50 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006; 101:705-710.
15. Chen ST, Darby IB, Reynolds EC. A prospective clinical study of non-submerged immediate implants: clinical outcomes and esthetic results. Clin Oral Implants Res 2007; 18:552-562.
16. Kan JY, Rungcharassaeng K, Liddelow G, Henry P, Goodacre CJ. Periimplant tissue response following immediate provisional restoration of scalloped implants in the esthetic zone: a one-year pilot prospective multicenter study. J Prosthetic Dentistry 2007; 97:109-118.
17. Redemagni M, Cremonesi S, Garlini G, Maiorana C. Soft tissue stability with immediate implants and concave abutments. Eur J Esthet Dent 2009; 4:328-

אש"י - איגוד השיננות הישראלי (ע"ר)
ISREAL DENTAL HYGIENE ASSOCIATION

רופא/רופאה יקרים, לשיפור השירות למטופלים, לשיפור מצבם הדנטלי, לשיפור תדמית המרפאה,

העסקת שיננית הינה חיונית!

- ✓ שיננית מוסמכת תורמת לשימור והגדלת מאגר המטופלים, מחדירה להם את חשיבות הבריאות הדנטלית, עוזרת למטופלים למנוע מחלות פה ושיניים ומהווה עבורם מקור ידע
- ✓ השיננית מעלה ומחזקת את המוטיבציה להיגיינה אוראלית ובכך מסייעת בידי המטופל למנוע כשלון טיפולי
- ✓ מטופלים הסובלים ממחלות חניכיים יקבלו הסבר, הדרכה ומניעה כחלק מניהול סיכונים נכון
- ✓ הידע והמקצועיות שרכשה מאפשרים לשיננית להשפיע על המתרפאים ולעודד ביצוע טיפולים הנדרשים ע"י הרופא
- ✓ הידע והנסיון הרב שצוברת השיננית מאפשר לה לזהות נגעים בחלל הפה ולהפנות את המטופל לאבחון מקצועי
- ✓ מעקב מסודר אחר הטיפולים התקופתיים כחלק משגרת הביקורים אצל השיננית
- ✓ נוכחות שיננית במרפאה משפרת ומעלה את התדמית המקצועית של המרפאה
- ✓ שיננית מקצועית מפנה מטופלים הזקוקים לטיפול ולמעקב ומאפשרת בכך שימור לקוחות

כל אלה יובילו להגדלת מאגר המטופלים ולשיפור איכות הטיפול

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

שינוי התקנות משנת 2005 קובע כי נוכחות רופ"ש במרפאה בעת עבודת השיננית – אינה הכרחית ותתבצע לפי שיקול דעתו של הרופא

ד"ר מוטי פינדלר, MD, DMD, PhD, MBA, LLB

כל מה שרציתם לדעת על אנטיביוטיקה מניעתית (פרופילקסיס)

הקדמה

מזה למעלה משישים שנה, מתחבט ענף רפואת השיניים בשאלה אם המטופל שיושב כרגע על כיסא הטיפולים נדרש לטיפול אנטיביוטי מניעתי (Prophylactic Antibiotics) לפני טיפול השיניים.

עד לשנת 2006, ההגדרות לטיפול היו ברורות: נצמדים לפרוטוקול הטיפול האמריקאי או לפרוטוקול הטיפול הבריטי. שני אלה סיפקו הגנה טובה למטופל מפני זיהום מסתמי הלב, ולרופא השיניים - מפני תביעות רשלנות רפואית.

ההיגיון שעמד ברקע הטיפול התבסס על כמה עקרונות:

- IE - Infective Endocarditis, דלקת פנים לב זיהומית, הוא זיהום נדיר אך מסכן חיים;
- מומי לב מסוימים רגישים יותר לזיהום;
- טיפולי שיניים גורמים לפיזור חיידקים מחלל הפה;
- טיפול מקדים באנטיביוטיקה יעיל במניעת IE... בחיות;
- בשל המחשבה שטיפול מקדים באנטיביוטיקה יועיל במניעת IE, נתנו טיפול לכל אוושה (רשרוש בלב).

הפרוטוקולים הלו היו ברורים, אך הועלו ספקות באשר להיגיון העומד בבסיס הטיפולים הללו:

- מעולם לא הוכח שמתן טיפול אנטיביוטי מניעתי אכן מגן על מטופלים (בני אדם) מפני IE - דלקת זיהומית של פנים הלב;
- שיפור שיטות ההדמיה האולטרה־סוניות הביא לזיהוי של הרבה מאוד מטופלים בריאים לחלוטין כסובלים מאי־ספיקה מינימלית של מסתמי הלב. האם כל אותם מטופלים אכן נדרשים ליטול אנטיביוטיקה מניעתית?
- מחד גיסא, דווחו מקרים רבים שלא קיבלו אנטיביוטיקה מניעתית ולא חלו ב־IE, ומאידך גיסא דווחו חולים ב־IE שטופלו באנטיביוטיקה מניעתית לפני טיפול השיניים;
- קיימת הנחה שיש מחיר לשימוש באנטיביוטיקה, כולל מקרי מוות הנגרמים מרגישות יתר לתרופה;
- הרפואה המודרנית מקפידה להימנע מטיפולים מיותרים באנטיביוטיקה מחשש להיווצרות זני חיידקים שיהיו עמידים לה.

ספקות אלה הובילו לשינוי הגישה במתן אנטיביוטיקה מניעתית. להלן תקציר האירועים, שלאחריו אציג את ההמלצות המקובלות כיום:

ד"ר מוטי פינדלר - רופא ורופא שיניים מומחה לרפואת הפה, היחידה לרפואת הפה, המחלקה לכירורגיית פה ולסת, מרכז רפואי שיבא תל השומר.

ב־2006, היו הבריטים הראשונים לצמצם מאוד את האינדיקציות לטיפול אנטיביוטי מניעתי (1). ב־2007 פורסמו ההנחיות המשותפות של ארגוני הקרדיולוגים האמריקאים, שגם הם צמצמו משמעותית את ההוריות לטיפול אנטיביוטי מקדים (2).

ב־2008, פרסמו היועצים המדעיים של שירותי הבריאות בבריטניה הנחיות חדשות, המבוססות על ספרות ענפה, ולמעשה ביטלו לחלוטין את הצורך באנטיביוטיקה מניעתית (3). שנה לאחר מכן, כנראה כתגובה לביטול הסוחף של שימוש בטיפול מניעתי, פורסמו ההנחיות של איגוד הקרדיולוגים האירופי, שלא קיבל את ההנחיות הבריטיות וחזר להמליץ על טיפול אנטיביוטי מניעתי.

שינויים תכופים אלה הביאו לבלבול רב בקרב הקהילה הרפואית והעוסקים ברפואת השיניים באשר לטיפול הנכון למטופל הנכון.

הבלבול הסתיים עם הופעת נתונים המורים על עלייה במספר החולים שלקו בדלקת פנים לב זיהומית - IE בבריטניה בעקבות הפסקת הטיפול המניעתי. הועלתה הדרישה לחזור לשימוש בטיפול אנטיביוטי מניעתי, אם כי בהיקף מצומצם. כך התפרסמו ההנחיות העדכניות של איגוד הקרדיולוגים האירופים ב־2015 (4) והנחיות שני איגודי הקרדיולוגים האמריקאים ב־2017 (5).

לצורך מאמר זה אצרף את שני סוגי ההנחיות - האירופיות והאמריקאיות גם יחד.

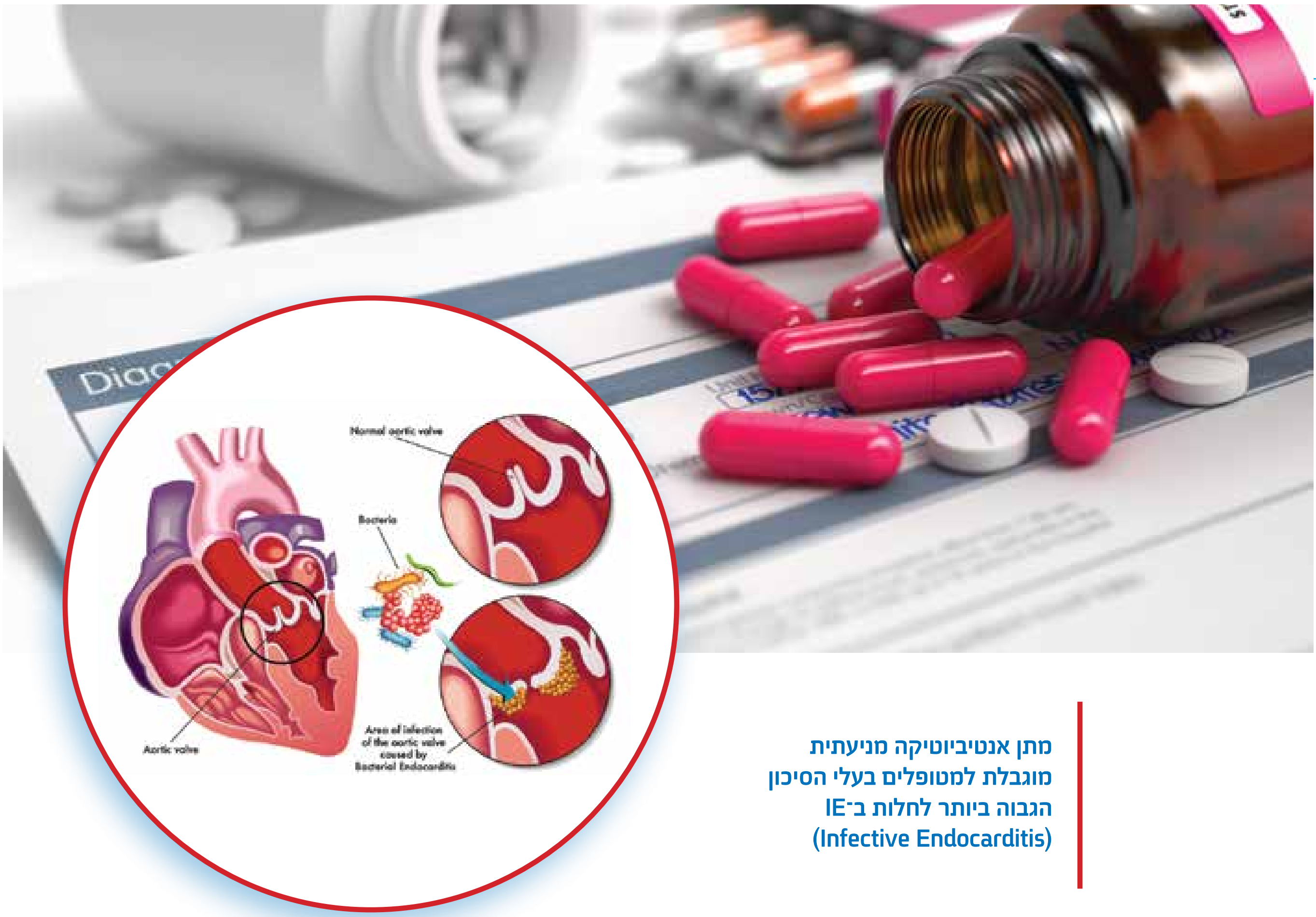
כללית

יש לנקוט שלושה צעדים כדי למנוע זיהום דלקת פנים לב זיהומית:

- היגיינה אורלית מיטבית וביקורת תקופתית חשובים יותר למניעת IE מטיפול באנטיביוטיקה מניעתית;
- יש לשמור על שגרת חיטוי של חלל הפה לפני פעילות דנטלית גורמת דימום;
- טיפול אנטיביוטי מקדים (פרופילקסיס) לקבוצות בסיכון גבוה ל־IE.

למי מיועד טיפול אנטיביוטי מניעתי?

1. כל מטופל שעבר החלפת מסתם לב טבעי במסתם לב תותב (כולל: מסתמים ביולוגיים, מסתמים שהוכנסו בצנתור ומסתמים טבעיים שתוקנו בעזרת חומר זר);
2. כל מטופל שסבל בעבר מ־IE - דלקת זיהומית של פנים הלב (Infective Endocarditis);
3. מטופלים הסובלים ממום לב מולד:
   - כחלוני כלשהו (לפי האירופי) או כזה שלא תוקן בתיקון סופי (לפי האמריקאי);



מתן אנטיביוטיקה מניעתית מוגבלת למטופלים בעלי הסיכון הגבוה ביותר לחלות ב-IE (Infective Endocarditis)

- מטופלים הסובלים ממום לב מולד שעברו ניתוח לתיקון המום לפני פחות משישה חודשים;
- מטופלים שעברו תיקון כירורגי אך הטיפול לא היה מושלם.

4. מטופלים שעברו השתלת לב וקיימת פגיעה באחד המסתמים (לפי האמריקאי).

ניתן לקבל מידע על שני הסעיפים האחרונים בבדיקת אקו לב המצויה בידי המטופלים.

באילו טיפולים יש צורך בטיפול אנטיביוטי מניעתי?

כל פעילות ברקמת החניכיים, סביב השורש (טיפול שורש) ופעילות חודרנית ברקמה הרכה והקשה (כירורגיה). כלומר, כל טיפול להסרת אבנית וגרידת שורשים מחייב פרופילקסיס.

באילו טיפולים אין צורך בטיפול אנטיביוטי מניעתי?

אלחוש מקומי, שחזורים ללא צורך בחדירה לחניכיים, הסרת תפרים, הסרת התקנים פרוטטיים ואורתודנטיים וחבלה בשפתיים ובריריות חלל הפה.

מה הטיפול?

דרך הפה:

- כאשר לא ידועה אלרגיה לפניצילין: Amoxicillin 2 gr
- כשידועה אלרגיה לפניצילין: Clindamycin 600 mg או Azithromycin 500 mg.

כאשר לא ניתן לקחת את התרופה דרך הפה:

- לא ידועה אלרגיה לפניצילין: Amoxicillin 1-2 gr IV
- כשידועה אלרגיה לפניצילין: Clindamycin 300-600 mg IV.

המינון הגבוה - על פי האירופי; המינון הנמוך - על פי האמריקאי.

לסיכום

מניעת IE - דלקת פנים לב זיהומית כוללת שלושה צעדים מתבקשים:

1. שמירה על היגיינה מיטבית של חלל הפה ושל המשנן;
2. הקפדה על חיטוי הפה לפני הטיפול;
3. מתן אנטיביוטיקה מניעתית מוגבלת למטופלים בעלי הסיכון הגבוה ביותר לחלות ב-IE.

ההמלצה לטיפול אנטיביוטי מניעתי היא ברמה של IIa. כלומר, לא ברור אם ההמלצה אכן הוכיחה את עצמה, אבל יש עדויות התומכות בכך ולכן יש מקום לטיפול אנטיביוטי מקדים.
בקבוצת המטופלים שיש לתת להם טיפול מקדים יש לקבוע מועדים עם מרווח של 10-14 ימים, כדי להימנע מהיווצרות עמידות לתרופה.

רשימת המקורות

1. Gould. Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the working party of the British society for antimicrobial chemotherapy. J Antimic Chemoth 2006;57:1035-1042.
2. Wilson. Prevention of infective endocarditis guidelines from the American Heart Association Circulation 2007.
3. NICE clinical guideline 64. www.nice.org.uk/cg64.
4. Habib. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. European Heart Journal (2015), 36, 3075–3123.
5. 2017 Nishimura. AHA/ACC Focused update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with Valvular Heart Disease Circulation. 2017;135: e1159–e1195.

ד"ר ליבת סלוצקר, DDS

רפואה מהפנטת: על היפנוזה והקשר הבין־אישי ברפואת שיניים

היפנוזה מהי?

אחת המשימות הקשות לעוסקים בהיפנוזה באופן פורמלי למטרות טיפוליות היא להגדיר מהי בעצם היפנוזה, ולא בכדי: בקרב רובנו, היפנוזה מתרחשת במידה כזו או אחרת באופן ספונטני, ולעתים יש קושי להפריד בינה לבין מצבים תודעתיים בחיי היום־יום של כולנו.

לדוגמה, בזמן נהיגה ממושכת במכונית, לא פעם חלק מהדרך "נעלם" לנו ואנו עשויים לנהוג קילומטרים רבים מבלי לשים לב לדרך שעשינו. תופעה דומה מתרחשת בזמן צפייה בסרט או קריאה בספר, כשזרם התודעה המרכזי מופנה למקום אחד, יתר הגירויים החושיים החיצוניים מושתקים ואנו צוללים לתוך חוויה פנימית עמוקה ונעימה (בונשטיין, 2014). אמנות ההיפנוזה וההכרה במצבים תודעתיים שונים קיימת מאז ומעולם בתרבויות עתיקות ולוקחת חלק בהוויה של האדם משחר ההיסטוריה (אלון, 2014). היפנוזה היא ערסול וקולה השקט והעדין של אם המנסה להרדים את תינוקה; הסחת הדעת של פעוט בוכה על ידי הפניית ערוץ התודעה המרכזי למקור חיצוני; קריאה בספר גדוש מטפורות היוצר שינוי במחשבתו של אדם; אלפי שנות מדיטציה בתרבויות המזרח, המחפשות התעלות רוחנית ותודעתית.

ובכל זאת, האסוציאציות העולות במוחנו כשאנו שומעים את המילה "היפנוזה" מלוות בדרך כלל בחוסר נוחות, בפחד, בתחושת סכנה. אנו מקשרים היפנוזה עם חוויה של איבוד שליטה, מדמיינים שאדם בעל כוחות ויכולות על־טבעיים משתיל רעיונות במוחו של אדם אחר, גורם לו לשינוי רגשי והתנהגותי ושולל ממנו את יכולת הבחירה. מקורן של אסוציאציות אלו הוא באופן שההיפנוזה מוצגת בקולנוע ובמופעי במה של אמני חושים.

כאמור, פנים רבות להיפנוזה ומיתוסים רבים נרקמו סביבה. במאמר זה אנסה לפוגג מעט מן הערפל ולהציג את שימושיה, יתרונותיה וחשיבותה ברפואת השיניים.

אחת ההגדרות להיפנוזה (ביוונית, היפנו = שינה) היא "תהליך שבו האדם המוגדר כמהפנט מציע, בעזרת מסרים מילוליים ובלתי־מילוליים (סוגסטיות) לאדם אחר המוגדר כמהופנט לחוות סדרה של שינויים שונים (תופעות היפנוטיות) בתחושה, בתפיסה, בקוגניציה, ברגש, בתהליכים פיזיולוגים ובהתנהגות מוטורית" (אברמוביץ, 2013).

אנשים בעלי היענות גבוהה לסוגסטיות מדווחים שסוגסטיות היפנוטיות יוצרות מצב תודעה חליפי, השונה מהותית ממצב של מודעות רגילה. רוב המהפנטים מתארים מצב זה כמצב מהנה של ריכוז מוגבר. ההיפנוזה משמשת כטכניקה טיפולית המאפשרת שינוי רצוני ומבוקר במערכות הגוף וניתנת לשילוב במסגרת שיטות טיפוליות שונות (בונשטיין, 2014).

איך כל זה מתקשר לרפואת שיניים?

בראש ובראשונה, ההיפנוזה משמשת כלי יעיל להפחתת רמת החרדה בקרב המטופלים. אנו, כאנשי מקצוע, ערים ומודעים לכך שמטופלינו חווים חרדה במידה זו או אחרת. לא פעם, עם כניסת המטופל לחדר הטיפולים, אנו עדים לאמירות של "אני מעדיפה לידה ללא אפידורל על פני טיפולי שיניים", או "זה הסיוט הכי גדול שלי", "תעשה רק מה שאתה חייב" וכדומה.

בספרות המקצועית ניתן למצוא אין־ספור מחקרים המוכיחים את היקף התופעה והשפעתה הן על המטופל, בריאות שיניו ובריאות הרקמות בחלל הפה, והן על המטפל - הסופג באופן לא מודע את חרדתו של המטופל, אשר עלולה להשפיע על תפקודו ועל מידת השחיקה שלו.

בשנת 1969 יצר Norman Corah סולם להערכת מידת החרדה הדנטלית (Croah's Dental Anxiey), כשפיתח שאלון המועבר לאנשים לאחר שצפו בווידאו בסימולציה של טיפול דנטלי. מחקר שערכו (Getka & Glass (1992 בארה"ב העלה כי 80% מהאוכלוסייה סובלים מחרדה דנטלית, המתעוררת כבר ברגע שעולה הצורך לתאם תור.

Vassend (1993) מצא שמקור החרדה העיקרי הוא הפחד מכאב.

Locker, Shapiro, & Lidell (1986) עמדו על הקשר שבין חוויות עבר שליליות במרפאת שיניים לעלייה ברמת החרדה. החוויות השליליות היו כאב, בהלה ותחושת מבוכה. במחקר נוסף, של Moore, Brodsgaard & Rosenberg (2004), נחקרה תחושת המבוכה המשפיעה על רמת החרדה הדנטלית. נמצא כי 47% מהמטופלים דיווחו על תחושת מבוכה וחוסר אונים ביחס לתגובת הרופא המטפל למצבם הדנטלי - הן רפואית והן אסתטית. דיווחו גם על תחושת אשמה ובושה על כישלונם והימנעותם מקביעת תורים ומהגעה סדירה למרפאת השיניים.

Milgorm, Visnehsa & Weinstein (1992) מצאו כי תחושת חוסר האונים וחוסר השליטה מעלה את רמת החרדה והדריכות בטיפול הדנטלי.

כאמור, גם מסקירת הספרות וגם מניסיוננו הקליני, כמטפלים בקהילה, אנו יודעים שרבים ממטופלינו חווים חרדה דנטלית, שהשפעותיה והשלכותיה עצומות בכמה וכמה היבטים: במישור הקליני, תוצאת הטיפול לעתים אינה מספקת בשל הקושי להגיע לתוצאה מיטבית עם מטופלים שאינם משתפים פעולה. במישור הפסיכולוגי, מטופלים המונעים מחרדה נוטים לא להגיע באופן רוטיני לבדיקות ולתחזוקה, מה שמוביל להזנחה של חלל הפה והשיניים ובהמשך לטיפולים מורכבים יותר שעלויותיהם

ד"ר ליבת סלוצקר - רופאת שיניים, מורשית להיפנוזה.

גבוהות. רמת המוטיבציה של מטופלים אלה לשינוי הרגלי היגיינה ותזונה היא כמובן ירודה.

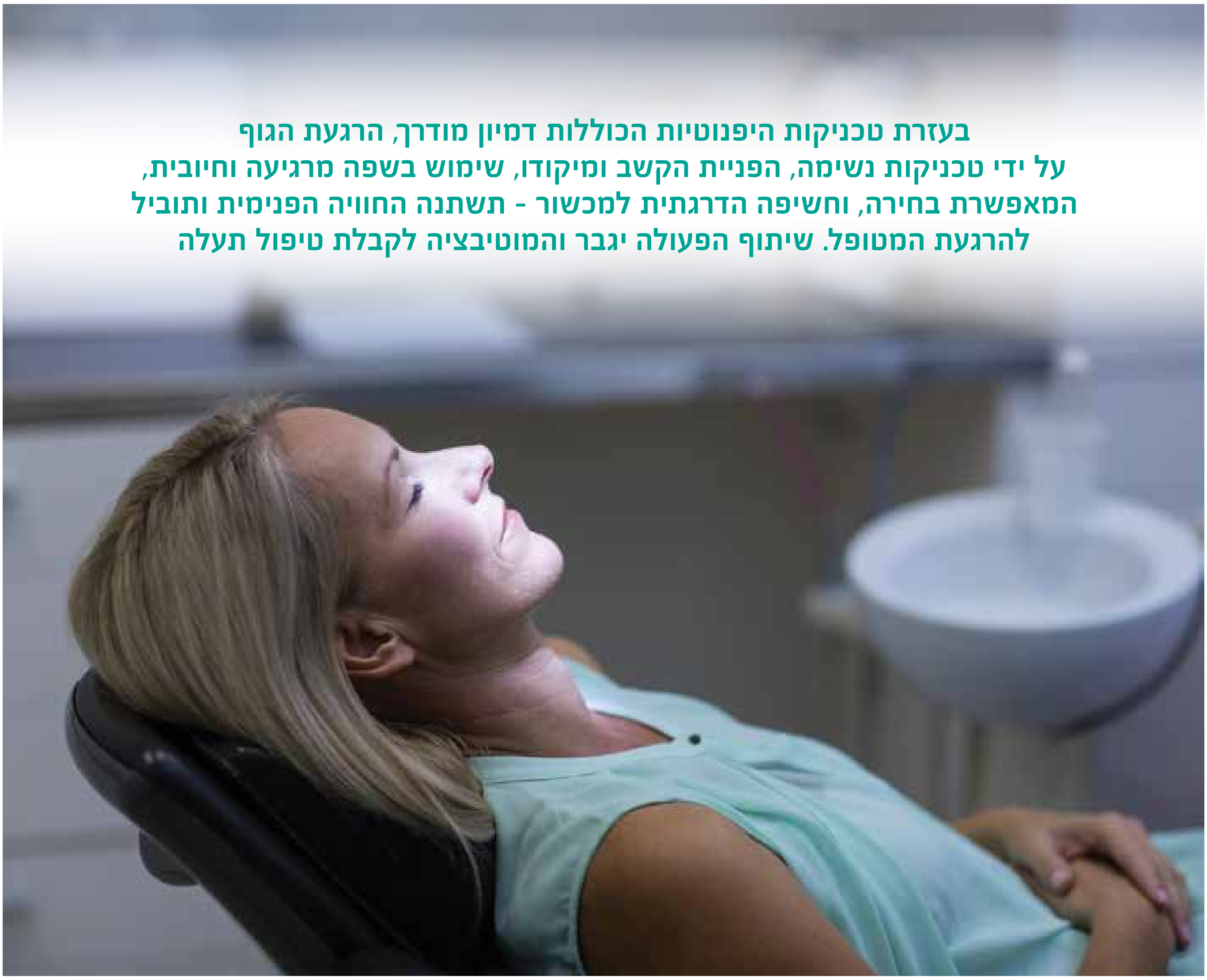
בנוסף לחשש המטופל מהאפשרות לכאב, חוסר נוחות או מבוכה, מתרחשת במרפאת השיניים ובמפגש עם הכיסא הדנטלי חוויה לא מודעת, שלתפיסתי מניעה ומעצימה את רמת החרדה: מרגע כניסתו של המטופל למרפאה מתרחשת חוויה חושית עוצמתית - החל מתמהיל הריחות שבאוויר, דרך ערבוב ריחות החומרים הדנטליים וחומרי החיטוי, מראה הכיסא הדנטלי, המכשור הרועש, מנח הגוף השכוב של המטופל על הכיסא המופעל ומוזז על ידי הצוות הרפואי ומעורר תחושה של חוסר שליטה, וכלה בקרבה הפיזית בין המטופל למטפל, הקרבה לפניו והחדירה לחלל הפה, מבלי שיוכל לדבר ולראות את הנעשה.

כל הגורמים הללו, בחוויה הלא מודעת, יוצרים רצף של תגובות פיזיולוגיות בגופו של המטופל. אם נהיה רגישים מספיק, נוכל לחוש בשינוי בקצב הנשימה, קצב פעימות הלב, קצב הדיבור ותוכנו, דריכות או תזזיתיות, כיווץ השרירים, בכי ורפלקס הקאה מוגבר. כל אלה ועוד הן תופעות פסיכוסומטיות, חלק מתגובות הגוף לחוויה החושית המתרחשת בתת המודע של המטופל. כך נראה כוחה של התודעה והשפעתו על הגוף.

בעזרת ההיפנוזה וההבנה העמוקה של המטפל את המתרחש בחוויית המטופל, יש באפשרותו לתת מענה מיטיב. הרי אם גופו של המטופל מגיב באופן שלילי לחוויה החושית ולבליל מחשבות טורדניות הדוהרות במוחו כסוסים, הרי שבעזרת טכניקות היפנוטיות הכוללות דמיון מודרך, הרגעת הגוף על ידי טכניקות נשימה, הפניית הקשב ומיקודו, שימוש בשפה מרגיעה וחיובית, המאפשרת בחירה, וחשיפה הדרגתית למכשור - תשתנה החוויה הפנימית ותוביל להרגעת המטופל. שיתוף הפעולה יגבר והמוטיבציה לקבלת טיפול תעלה.

בנוסף להשפעות הפסיכולוגיות של ההיפנוזה על המתרפא הדנטלי, היא מציעה אפשרות לשינויים פיזיולוגיים שבכוחם להפחית את רמת הכאב עד כדי הימנעות משימוש בחומרי הרדמה; הפחתה של כמות הרוק המופרשת בזמן טיפול השיניים, כשאנו זקוקים לאזור עבודה יבש; האטה ועצירה של דימום; מתן סוגסטיות לריפוי פוסט אופרטיבי מיטיב (קליינהאוז, 1987). בכוחה של התודעה לחולל שינויים פיזיולוגיים רבים.

קיימות תיאוריות וטכניקות רבות, שנועדו להפיק טרנס היפנוטי עמוק ומשמעותי לצורך טיפול בדיסציפלינות השונות: ברפואה, בפסיכולוגיה וברפואת שיניים. אולם כוחה ועוצמתה של ההיפנוזה טמונים בכוחו העצום של הקשר הבין־אישי הנרקם בין המטפל למטופל. השימוש בכלי ההיפנוטי מחייב אותנו, כמטפלים, להתבונן, להקשיב, להתחקות אחר תהליכים ראשוניים ובלתי מודעים ולעקוף את המנגנונים האינטלקטואליים של המטופל; לגרום לו לחוש באמפתיה ובהכלה.



בהגיענו לטפל, עלינו לקחת בחשבון גם את ההיבטים הפסיכולוגיים והשפעתם על מטופלינו. כמטפלים בקהילה, עלינו לשאוף ליצירת קשר בין־אישי משמעותי, שיגרום למטופל לחוש תחושת שותפות והתגייסות כדי לשמור על בריאותו. עלינו מוטלת האחריות ליצירת שינוי תודעתי ביחסו לטיפול הדנטלי, ועל ידי כך יתחולל שינוי בהרגלי ההיגיינה, התחזוקה והתזונה שלו. עלינו ללמד ולהדריך הורים וילדים מתוך יחסי קרבה ואכפתיות.

הבסיס להשגת מטרות אלה טמון בקשר ובשותפות שניצור. על אף שחוק ההיפנוזה אינו מאפשר לימוד וקבלת רישיון לעיסוק בהיפנוזה לעוסקים במקצועות הפרא־רפואיים, יהיה נכון להתוודע לאלמנטים ההיפנוטיים בתקשורת שלנו עם מטופלינו.

החלק המשמעותי ביותר בעבודתה של השיננית הוא הדרכת המטופל וגיוסו לשמירה ולתחזוקה שוטפת של שיניו ושל רקמות הפה. ללא שיתוף פעולה זה, גם הטיפולים הטובים ביותר, המבוצעים על ידי הרופאים והשיננויות הטובים ביותר, סופם להיכשל.

שותפות, קשר משמעותי, תקשורת ושפה מותאמת, סקרנות להיבטים הפסיכולוגיים של המטופלים, למוטיבציה המניעה אותם, לאמונות ולהרגלים המובילים לדפוסי התנהגות מיטיבים או מזניחים - כל אלה הם אלמנטים היפנוטיים בקשר הבין־אישי שבין השיננית למטופליה.

לתפיסתי, גם ללא לימודי היפנוזה פורמליים - אם נפנה את הקשב ונפתח את הלב, נוכל ליצור שינוי מיטיב הן עבור מטופלינו והן עבורנו. לאט ובהדרגה, מרחב העבודה יהפוך ממרחב מעורר חרדה למרחב מלא חמלה.

כמי שעוסקת ברפואת שיניים ובטיפול בבני אדם מזה שנים רבות, גיליתי שכאשר אני מאפשרת לעצמי לצאת מהמרחבים הטכניים של רפואת השיניים - להכיר, להתבונן, להקשיב, להכיל, להצטרף לחוויה של המטופל ולהוביל אותו למקום נוח ובטוח - אני מגלה את רפואת השיניים כמרחב מלא בגמישות, יצירתיות ומשמעות.

רשימת המקורות

1. אברמוביץ, א' (2013). היפנוזה והיפנותרפיה - מדריך למטפלים. הוצאת ספרי מקור ע"מ 30.
2. אלון, נ' (2014). מדוע ללמוד היפנוזה גם אם לא תהפנט איש. אתר פסיכולוגיה עברית, https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3121
3. בונשטיין, א' (2014). היפנוזה: דרכה של הנפש ליצור את הגוף (עמ' 32-27). הוצאת הספרים של אוניברסיטת חיפה, בשיתוף עם הוצאת ידיעות אחרונות.
4. קליינהאוז, מ', וסלע, פ' (1987). היפנוזה - מדריך בסיסי לאנשי מקצוע. רמת גן: הוצאת הספרים של אוניברסיטת תל־אביב.
5. Corah, N. L. (1969). Developmental of dental anxiety scale. Journal of dental research, 49(4), p. 596.
6. Locker, D., Shapiro. D., & Liddell. A. (1996). Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. Community Dental Health, 13(2), pp. 86-92.
7. Milgrom, P., Vignehasa, H., & Wienstein, P. (1992). Adolescent dental fear and control: prevalence and theoretical implication. Behavior and therapy, 30(4), pp. 367-373.
8. Moore, R., Brodsgaard I., & Abrahamson, R. (2002). A 3-years comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment. European Journal of oral Sciences, 110(4), pp. 287-295.
9. Moore, R., & Brodsgaard, I. (2001). Dentist's perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. Community of dental oral epidemiology, 29 (1), pp. 73-80.
10. Moore, R., & Brodsgaard, I., & Rosenberg, N. (2004). The contribution of dental embarrassment to public dental anxiety: A qualitative research study. Bio Med central Psychiatry, 4(10), pp. 1-11.

כדאי לדעת!

המעוניינים לעסוק בהיפנוזה במדינת ישראל חייבים ברישיון מטעם משרד הבריאות

המעוניינים להגיש בקשה לרישיון לעסוק בהיפנוזה נדרשים לעמוד בקריטריונים הבאים:

- בעלי רישיון בתוקף לעסוק ברפואה או ברפואת שיניים או בפסיכולוגיה.
- סיום לימודי הפנוט בקורס מוכר להיפנוזה (קורס מוכר המתנהל באחת מהאוניברסיטאות בארץ או ב"מכון מוכר" - מכון פרטי ללימודי הפנוט אשר הוכר על־ידי משרד הבריאות) או לחילופין, לבוגרי חו"ל, סיום לימודי הפנוט בקורס מוכר בחו"ל, רישיון עבודה מחו"ל וטיפול בשלושה מטופלים באמצעות היפנוזה.

מוסדות מוכרים בישראל ללימודי היפנוזה

שם המכון / המוסד	מנהל	סטאטוס
בית ספר ללימודי המשך ברפואה, אוניברסיטת תל אביב		מוסד מוכר
בית ספר לרפואת שיניים, אוניברסיטת תל אביב		מוסד מוכר
היפנוקליניק, תל אביב	יוסי מאירסון	מכון מוכר
יחידה ללימודי המשך ולימודי חוץ, טכניון, חיפה		מוסד מוכר
מכון הילה, מבשרת ציון	דאי נצר	מכון מוכר
מכון היפנו־קמפוס	איתן אברמוביץ	מכון מוכר
מכון להיפנוזה יישומית, תל אביב	גבי גולן	מכון מוכר
הדדיות	אהוד בונשטיין	מכון מוכר
מכון גרין	שרגית גרינברג	מכון מוכר

בדיקת רישום פלילי

לשם קבלת התעודה, על משרד הבריאות לקבל אישור ממשטרת ישראל כי אין על שם מבקש התעודה רישום פלילי.

האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות יפנה למשטרת ישראל לקבלת האישור ולאחר קבלתו, תונפק התעודה למי שעמדו בכל דרישות החוק האחרות.

על פי החוק, משרד הבריאות אינו רשאי לבקש את האישור הנ"ל ישירות ממבקש הרישיון.

המידע המובא לעיל הוא כללי. במקרה של סתירה בין המופיע לעיל לנוסח החוק, נוסח החוק הוא הקובע.

חדש
שיקום
חזק יותר

gsk

סנסודיין
שיקום והגנה

היתרונות של טכנולוגיית נובמין®
וסודיום פלואוריד בפורמולציה אחת

בצחצוח יומיומי פעמיים ביום, היא יכולה:

- ליצור שכבה משקמת* דמויית הידרוקסיאפטייט **חזקה אף יותר** מעל הדנטין החשוף**[1-7]
- להגן לאורך זמן על מטופלייך מפני רגישות יתר בדנטין***
-הקלה ברגישות יכולה להתחיל מהשבוע הראשון[8], ובשימוש יומיומי יכולה עדיין לעשות שינוי בחיי המטופלים גם אחרי 6 חודשי שימוש[9]

המלץ על סנסודיין שיקום והגנה כדי לסייע למטופלייך לחיות חיים יותר חופשיים מההשפעות של רגישות יתר בדנטין***

*יוצרת שכבת מגן מעל האזורים הרגישים של השיניים. להגנה מתמשכת מפני רגישות, צחצח יומיום פעמיים ביום ** בהשוואה לנוסחה הקודמת ששווקה *** בצחצוח יומיומי פעמיים ביום

References: 1. GSK Data on File, 142234. 2. Greenspan DC et al. J Clin Dent 2010; 21: 61-65. 3. La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(3): 72-76. 4. Earl JS et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67. 5. Parkinson et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. 6. GSK Data on File, ML498. 7. GSK Data on File, ML584. 8. GSK Data on File, ML589. 9. GSK Data on File, RH02026. 10. Kantar Worldpanel USA, GSK Sensodyne. 11. GSK Data on File, RH01422. 12. GSK Data on File, RH01897.

IL/CHSEN/0005/18 April 2018 לדיווח תופעות לוואי il.safety@gsk.com או בטלפון 03-9297100

ד"ר אחמד שרפי, DMD

RPE - להרחבה מהירה של הלסת העליונה: מהו וכיצד משתמשים בו?

מהו RPE - Rapid Palatal Expander ?

RPE הוא מכשיר המפעיל לחץ על הלסת העליונה, המקסילה, על ידי סיבוב בורג הנמצא בקו האמצע בחך. הלחץ מפריד את התפר הפלטינלי הנמצא באמצע החך, ובכך מרחיב את המקסילה.

מתי יש בו צורך?

במהלך הבדיקה הקלינית, האורתודונט מעריך את מידת החפיפה של השיניים האחוריות. השיניים העליונות צריכות לחפוף את התחתונות בכמחצית מרוחב השן העליונה. המצב שבו החלק הפוסטריורי של הלסת העליונה נמצא בחלקה הפנימי של הלסת התחתונה מכונה posterior crossbite.

חשוב לטפל ב-posterior crossbite ברגע שמזהים את הבעיה, כדי לייצר יותר מקום לשיניים שטרם בקעו. חשוב גם לדעת, שאם התופעה קיימת רק בצד אחת של הלסת, היא עלולה לגרום ללסת התחתונה לגדול באופן א־סימטרי. תיקון של ה־posterior crossbite יסייע במניעת צמיחה או גדילה א־סימטריות.

כאמור, באמצעות ה־RPE אנחנו מפרידים את התפר הפלטלי שבאמצע החך. הליך זה עדיף שיתבצע בגיל צעיר, לפני שהחך ייעשה קשה להפרדה. אצל מבוגרים, ניתן להרחיב את המקסילה באמצעות RPE רק לאחר שעוברים ניתוח הרחבה כירורגית אצל כירורג או מנתח פה ולסת. הליך זה נקרא SARPE - Surgically Assisted Rapid Palatal Expander.

איך מפעילים את המכשיר?

הפעלת מכשיר ה־RPE נעשית על ידי הורה או אדם אחר. המטופל אינו יכול להפעיל את המכשיר בעצמו. המטופל מקבל חוט מתכתי בצורת מפתח קטן, שמכניסים לתוך חור קטן במכשיר. החוט מחובר לידית פלסטיק. המטופל צריך לשכב על מיטה או ספה. חשוב לוודא שיש במקום מספיק אור. הוא יטיל את ראשו לאחור, כך שיהיה אפשר לראות את החור שבמכשיר בצורה ברורה.

תחילה מוודאים שחוט המתכת (המפתח) מחובר לידית הפלסטיק, כדי שלא יישמט חלילה לתוך גרונו של המטופל. מחזקים את המפתח בשתי אצבעות, מניחים את המפתח בתוך החור המתאים במכשיר ה־RPE ומסובבים אותו כלפי פנים עד שהוא נעצר. מושכים את המפתח החוצה, לכיוון החלק האחורי של חלל הפה. אנחנו אמורים לראות עכשיו חור חדש בחזית המכשיר, שמיועד לסיבוב הבא.

בדרך כלל, המטופל אמור לסובב את המכשיר פעם אחת או פעמיים ביום במשך שבוע ימים. לאחר מכן ניגשים לאורתודונט, שיעריך את רוחב הלסת העליונה ויבדוק אם ההרחבה מספקת.

יש שני סוגים של RPE:

1. PalatHyrax - שיתרונו ביכולת לשמור על ניקיונו.
2. Tissue Bone Expander (שנקרא גם Haas Expander) - מרחיב זה בנוי עם שכבת אקריל, כדי לא לפגוע בחך. הלחץ של בורג ההרחבה ממוקם על השיניים ושכבת האקריל מגנה על הרקמות הרכות של החך הקשה.

אישית, אינני אוהב את הסוג הזה, כי קשה מאוד לשמור על הנקיון שלו במהלך הטיפול. כמו כן, כמות גדולה של רובד ומזון מצטברת ונשארת תקועה בין האקריל לבין החך וקשה מאוד להסירה. זה כמובן גורם לדלקת, לנפיחות ולאי־נוחות ברקמת החניכיים.

ד"ר אחמד שרפי - מתמחה באורתודונטיה

רגישות בשיני המטופל
יכולה להיעלם
בתוך שניות.

משחת Colgate® Sensitive Pro-Relief עם טכנולוגיית Pro-Argin מעניקה תחושת הקלה מיידית וארוכת טווח.

מחקר מדעי נרחב הראה כי משחת השיניים Colgate® Sensitive Pro-Relief מספקת הגנה מפני הגורמים לרגישות בשיניים והוכיח כי היא אוטמת צינוריות דנטין בתוך 60 שניות.*

בקיצור, הדרך המהירה לספק הקלה מיידית מפני רגישות למטופל שלך.

YOUR PARTNER IN ORAL HEALTH

www.colgateprofessional.com

*בהנחת המשחה על שן רגישה למשך 60 שניות.

Ayad F, Ayad N, Delgado E, et al. *J Clin Dent*. 2009;20(4):115-122.

ד"ר הילה אליאסי, DMD; ד"ר טל רצון, DMD

שימוש בתכשירי פלואוריד מקצועיים מקומיים לשם מניעת עששת

צילומים: חני צור RDH, הדס לויט ישראלי RDH

ההכרה בתפקיד הפלואוריד שבמי השתייה במניעת עששת הובילה לפיתוח אמצעים נוספים להספקת פלואוריד. הנחה מקצועית של פלואוריד מקומי היא כלי יעיל למניעת עששת מאז שנות הארבעים של המאה הקודמת (1).

המנגנונים העיקריים שבאמצעותם יון הפלואוריד מונע פעילות עששתית או מעכב אותה הם אלה (2):

עיכוב דה־מינרליזציה ועידוד רה־מינרליזציה - כמה מחקרים הראו ירידה קטנה בלבד ברמות המסיסות של גביש ההידרוקסיאפטיט על ידי הפיכתו לפלואורואפטיט. כמויות קטנות של פלואוריד בתמיסה בסביבת השן מעכבות דה־מינרליזציה בצורה יעילה יותר מפלואוריד בתוך השן, ויש להן פוטנציאל הרבה יותר גדול במניעת עששת בהשוואה לשיעור גדול יותר של פלואורואפטיט באמייל.

פלואוריד יוצר משקעים של קלציום פלואוריד (C2F), המהווים מאגר של יוני פלואוריד המשתחררים באיטיות כשה־pH בפלאק יורד.

עיכוב אנזימטי של חיידקים קריוגניים.

פלואוריד מקומי המונח באופן מקצועי קיים בכמה מערכות: ג'לים, תמיסות ולק (ורניש) (3).

Acidulated Phosphate Fluoride (APF)

APF, שהוצג בשנות ה־60 של המאה הקודמת, קיים בצורת תמיסה או ג'ל. הוא מכיל 1.23% פלואוריד בצורה של סודיום פלואוריד ב־pH=3. ברמת חומציות זו, יותר מ־50% מהפלואוריד נמצאים בצורה לא מיוננת (HF) ולא בצורה המיוננת (-F). הוספת זרחן לתמיסה הובילה להקטנה בהיווצרות של C2F ולהגברת ההיווצרות של פלואורואפטיט.

אפליקציה של APF gel מתבצעת באמצעות כפות והשימוש בו נוח יותר ודורש זמן כיסא קצר יותר בהשוואה לתמיסות (3). קיימים מוצרים

ד"ר הילה אליאסי, DMD - מתמחה ברפואת שיניים לילדים;
ד"ר טל רצון, DMD - מומחה לרפואת שיניים לילדים;
המחלקה לרפואת שיניים לילדים, בית הספר לרפואת שיניים ע"ש מוריס וגבריאלה גולדשלגר, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל־אביב.

שונים, כמו ג'לים וקצף פלואוריד, המשווקים עם המלצה לזמן הנחה של פחות מארבע דקות, אולם לא קיימים מחקרים קליניים התומכים ביעילות במניעת עששת כאשר זמן ההנחה קצר מארבע דקות (4).

Fluoride varnish (FV)

ה־FV פותח בשנות ה־60 של המאה הקודמת במטרה להאריך את פרק הזמן של המגע בין האמייל לבין הפלואוריד (3). הראשון והנחקר ביותר הוא Duraphat (Colgate), המכיל 5% סודיום פלואוריד. FV מכיל רזין, המעודד היצמדות שלו לשיניים ומאריך את פרק הזמן שהוא נמצא במגע עם משטחי השיניים (5).

ההתוויה המקורית של שימוש ב־FV הייתה לטיפול ברגישות דנטינלית של שורשים חשופים. עם הזמן, האיגוד האמריקאי לרפואת שיניים (ADA) עודד שימוש "off label" למניעת עששת (4). כיום קיימים בשוק כמה סוגים של FV, בעלי מרכיבים שונים ומערכות הובלה שונות, הנבדלים בתכונות כגון צמיגות, צבע וטעם. ההבדלים במרכיבים מובילים לפרמקוקינטיקה מגוונת מאוד, שבמידה רבה האפקט שלה לא נבחן קלינית (6).

חלק מהיצרנים מספקים אריזות המכילות כמות מדודה, ולהן כמה יתרונות: ראשית, כל מטופל מקבל כמות מבוקרת של פלואוריד וכך נמנע שימוש בכמות גדולה מדי. כמו כן, לסודיום פלואוריד יש נטייה לשקוע, ובשימוש בוורניש בשפופרות - כמות הפלואוריד עלולה להיות מושפעת מתכונה זו. בשימוש באריזות המכילות כמות מדודה, כמות הסודיום פלואוריד קבועה בכל אפליקציה.

המלצות להנחה מקצועית של פלואוריד

מרבית המחקרים על אפליקציה מקצועית של פלואוריד בוצעו על ילדים ומתבגרים בסיכון בינוני-גבוה לעששת. כדי לשמר את האפקט המניעתי של פלואוריד מקומי, יש לבצע אפליקציות חוזרות. זמני האפליקציה המומלצים הם פעמיים עד ארבע פעמים בשנה, כתלות ברמת הסיכון של המטופל (7-8). רמת הראיות בנוגע ליעילותם של פלואורידים מקומיים בשימוש מקצועי שונה בקרב קבוצות גיל שונות.

ב־2006, המועצה המדעית של ה־ADA פרסמה המלצות לשימוש בפלואוריד מקומי בהנחה מקצועית למניעת עששת. ב־2013 פורסם עדכון להמלצות הקליניות. הפאנל העריך סודיום פלואוריד, סטנוס פלואוריד ו־APF לשימוש מקצועי וביתי, כולל ורנישים, ג'לים, קצף, שטיפות פה ומשחות פרופילקסיס (9) (טבלה 1).

ילדים מתחת לגיל 6

יעילות השימוש ב־FV לפחות פעמיים בשנה במשנן הנשיר דווחה בכמה מחקרים רנדומליים מבוקרים (RCTs). לילדים מתחת לגיל שש מנגנון בליעה מפותח פחות והם אינם יורקים בצורה טובה, ולכן השימוש בג'לים, בקצפים ובשטיפות אינו מומלץ בגילים אלה. בגלל הסיכון הנמוך לנזק בילדים מתחת לגיל שש, FV 2.26% (בכמויות אחידות) הוא התכשיר המקומי היחיד המומלץ לשימוש בקבוצת גיל זו, על אף שיש הוכחה מסוימת לתועלת של פלואורידים מקומיים אחרים.

על פי המלצות האיגוד האמריקאי לרפואת שיניים לילדים (AAPD), לילדים בסיכון בינוני לעששת יש למרוח פלואוריד מקומי כל שישה חודשים, ולילדים בסיכון גבוה - כל שלושה חודשים.

ילדים גילאי 6-18

בקרב ילדים בני 6-18 הנמצאים בסיכון בינוני וגבוה לעששת, יש ראיות מסקירות סיסטמטיות התומכות בשימוש ב־FV או בג'ל כל שישה חודשים, וכן ראיות התומכות בשימוש ב־FV כל שלושה חודשים בילדים בסיכון גבוה. רמת הראיות התומכות בשימוש בפלואוריד ג'ל כל שלושה חודשים בקבוצת גיל זו נמוכה יותר.

סקירה סיסטמטית מצאה 28% הפחתה בעששת בשימוש בג'ל פלואוריד בקרב גילאי 6-18 (10).

סקירה עבור FV מצאה הפחתה של 46% בעששת בשיניים קבועות והפחתה של 33% בשיניים נשירות בילדים עד גיל 16 (11).

מבוגרים (מעל גיל 18)

ישנה רמה מסוימת של ראיות התומכות בשימוש בפלואוריד ג'ל או ב־FV כל שישה חודשים במטופלים מעל גיל 18 הנמצאים בסיכון בינוני וגבוה, וכל שלושה חודשים בקרב מטופלים בסיכון גבוה. רמת הראיות בהשוואה לקבוצת הילדים על "דעת מומחה" ולא על RCTs.

יש מחלוקת בספרות לגבי עדיפות השימוש ב־FV על פני פלואורידים מקומיים אחרים.

ההמלצות של ה־ADA מבוססות על מידע שנאסף בקרב גילאי 6-18, שם הומלץ השימוש ב־FV 2.26% הן עבור עששת כותרתית והן עבור עששת שורשים. הפאנל לא מצא מחקרים לגבי האפקט של APF על עששת כותרתית במבוגרים מעל גיל 18, אך את המלצתם עבור קבוצת גיל זו ביססו על העובדות הקיימות לגבי שיניים קבועות של ילדים גילאי 6-18 (ברמת חוזק של דעת מומחה).

טבלה 1. עדויות מוכחות ליעילות השימוש בתכשירי פלואוריד מקצועיים לפי קבוצות גיל*

תכשיר	קבוצת גיל	ראיות מוכחות	רמת ודאות	מידת התועלת
FV 2.26%	מתחת לגיל 6	קיימת יעילות בהנחה פעמיים בשנה לפחות	בינונית	התועלת עולה על הסיכון לנזק
	18-6		בינונית	
	עששת שורשים		נמוכה	
APF 1.23%	מתחת לגיל 6	קיימת יעילות בהנחה כל 4 חודשים למשך 4 דקות	נמוכה	הסיכון לנזק גובר על התועלת
	18-6		בינונית	התועלת עולה על הסיכון לנזק
	עששת שורשים	קיימת יעילות בהנחה פעמיים בשנה למשך 4 דקות	נמוכה	

* Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. J Am Dent Assoc. 2013 .(9)

סיכום המלצות המועצה המדעית של ה־ADA:

המועצה ממליצה על שימוש בתכשירי פלואוריד מקומיים רק לאנשים בסיכון **גבוה** לפתח עששת. לאנשים בסיכון גבוה, הפאנל ממליץ על FV 2.26%, או APF 1.23%, או פלואוריד ג'ל 0.5%, במרשם או משחה או שטיפות פה המכילות 0.09% פלואוריד, למטופלים מגיל שש ומעלה. לילדים מתחת לגיל שש מומלץ שימוש ב־2.26% **בלבד**. המועצה הגיעה למסקנה שהתועלת עולה על הנזק הפוטנציאלי עבור כל התכשירים המקצועיים ועבור התכשירים המקומיים הביתיים הניתנים במרשם

עבור כל קבוצות הגיל, למעט ילדים מתחת לגיל שש. בילדים אלו, הסיכון לתופעות לוואי (בחילות והקאות במיוחד) בעקבות בליעה של תכשירים מק צועיים גובר על התועלת שיש בשימוש בכל תכשירי הפלואוריד המקומיים למעט FV (9).

הוראות שימוש והנחיות לשימוש בתכשירי פלואוריד מקצועיים מקומיים (12):

APF

- אין צורך בניקוי השיניים לפני הנחת הכפות (Prophylaxis), מלבד במתרפאים עם שכבת רובד עבה.
- יש לבחור את גודל הכפות בהתאם לגודל הפה וקשת השיניים (אפשר להשיג כפות בגדלים שונים: קטן, בינוני וגדול).
- יש להושיב את המתרפא בזווית ישיבה של 90 מעלות.
- למלא את הכפות בחומר עד לשלושת־רבעי גובהן.
- להניח את הכפות בפה למשך ארבע דקות (לילד שמתקשה - אפשר להניח על כל לסת בנפרד).
- להנחות את המתרפא להדק את השיניים.
- להכניס מוצץ רוק בין הכפות - לשאיבת עודפי החומר.
- יש לירוק/לשאוב את עודפי החומר.
- יש להימנע מאכילה/שתייה במשך חצי שעה מהסיום.

VF

- לייבש את השיניים.
- למרוח את הלק על השיניים בעזרת מברשת קטנה, מקלון עם צמר גפן (לניקוי אוזניים) וספטולה דנטלית.
- מינון: לכל הפה (לסת עליונה ותחתונה) - כמות של כ־0.5-1 מ"ל (כְּטִיפָּה).
- אפשר גם להניח את הלק באופן נקודתי באזורים ספציפיים כגון אזורי היפופלזיה, דה־מינרליזציה או נגעים נקודתיים לבנים, ולהעבירו בין השיניים עם חוט דנטלי.
- להימנע מאוכל/שתייה במשך חצי שעה מהסיום.

הנחיות לשימוש בווארניש

- **נייר העמדה של המועצה המדעית** - להימנע מאוכל/שתייה במשך חצי שעה מהסיום.
- **EAPD** - לא לאכול או לשתות 20-30 דקות.
- **AAPD** - אין הנחיות.
- **עלון של דורפאט** - לא לאכול או לצחצח למשך 4 שעות.
- **עלון של VOCO** - להימנע ממזון קשה, אלכוהול, צחצוח וחוט דנטלי למשך 4 שעות.

לסיכום

בתכנון תכנית מניעה אופטימלית יש להתחשב בסיכון של המטופל לפתח מחלה. בשקלול רמת הסיכון של המטופל יש לברר אם הוא חי באזור שההפלרה בו אופטימלית ואם קיים שימוש במשחות שיניים מופלרות. ייתכן שמטופלים בסיכון נמוך לעששת לא יזדקקו לשימוש בתכשירי פלואוריד נוספים, בשעה שמטופלים בסיכון גבוה לעששת יזדקקו להתערבויות מניעתיות אינטנסיביות נוספות.

נדרש שיקול דעת מקצועי כדי לפרש את הרלוונטיות של האמצעים המניעתיים למטופלים אינדיבידואליים. לצורך קבלת ההחלטות יש לשלב בין ראיות ממחקרים קליניים, רמת הסיכון של המטופל לעששת, שיקול הדעת המקצועי של הרופא וצרכיו והעדפותיו של המטופל.

השכלתו של המטופל, הערכת נכונותו להשתנות, ייעוץ דיאטטי, אמצעים מניעתיים נוספים ובדיקות קליניות תקופתיות צריכים להיות חלק מתכנית מניעת העששת.

רשימת המקורות

1. Bawden, J. W. Fluoride varnish: a useful new tool for public health dentistry. J Public Health Dent. 1998;58:266-9.
2. Lussi, A., Hellwig, E., Klimek, J. Fluorides - mode of action and recommendations for use. Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2012;122:1030-42.
3. Ogard, B., Seppä, L., Rølla, G. Professional topical fluoride applications--clinical efficacy and mechanism of action. Adv Dent Res. 1994;8:190-201.
4. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Professionally applied topical fluoride: evidence-based clinical recommendations. J Am Dent Assoc. 2006;137:1151-9.
5. Ten Cate, J. M. Review on fluoride, with special emphasis on calcium fluoride mechanisms in caries prevention. Eur J Oral Sci. 1997;105:461-5.
6. Vaikuntam, J. Fluoride varnishes: should we be using them? Pediatr Dent. 2000;22:513-6.
7. Seppä, L. Fluoride content of enamel during treatment and 2 years after discontinuation of treatment with fluoride varnishes. Caries Res. 1984;18:278-81.
8. Seppä, L., Tuutti, H., Luoma, H. Post-treatment effect of fluoride varnishes in children with a high prevalence of dental caries in a community with fluoridated water. J Dent Res. 1984;63:1221-2.
9. Weyant, R. J., Tracy, S. L., Anselmo, T. T., et al; American Dental Association Council on Scientific Affairs Expert Panel on Topical Fluoride Caries Preventive Agents. Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. J Am Dent Assoc. 2013;144:1279-91.
10. Marinho, V. C., Higgins, J. P., Logan, S., Sheiham, A. Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children. J Dent Educ. 2003;67:448-58.
11. Marinho, V. C., Worthington, H. V., Walsh, T., Clarkson, J. E. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013 11.
12. ועדת הסכמה בנושא: פלואורידים ברפואת שיניים, נייר עמדה 2010. המועצה המדעית של ההסתדרות לרפואת שיניים.

SAVE THE DATE האסיפה הכללית

2.5.2019 בשיפון זיכרון בשלון. מוצאי יום השואה, אירוע ערב

חיוך גדול... דקפינול

הציעו הטבה למטופלים שלכם
50% הנחה על מוצרי דקפינול

יש לצלם בסמארטפון לצורך מימוש ההטבה
בבתי המרקחת הפרטיים וברשתות הפארם

50% הנחה

על דקפינול ג'ל

הקופון בתוקף עד סוף פברואר 2019

7 290008 144957 >

50% הנחה

על דקפינול שטיפת פה

הקופון בתוקף עד סוף פברואר 2019

7 290008 144971 >

50% הנחה

על דקפינול משחת שיניים

הקופון בתוקף עד סוף פברואר 2019

7 290008 144964 >

50% הנחה

על דקפינול ספריי

הקופון בתוקף עד סוף פברואר 2019

7 290008 144650 >

KIVEMA
איכות בבריאות

להשיג בבתי המרקחת הפרטיים ורשתות הפארם

Office.kivema@gmail.com www.kivema.biz

ד"ר מריה גיא, DMD

תרופות שכיחות שנוטלים מטופלים והשפעתן על הטיפול הדנטלי

במהלך הטיפול הדנטלי ייתכנו מצבים שונים העלולים להשפיע על בריאותו של המטופל ואף לסכן אותה ברמות שונות, עקב מצבו הרפואי של המטופל והתרופות שהוא צורך. מטרת המאמר היא לסקור מצבים רפואיים שכיחים ותרופות שנוטלים המטופלים, שיש להם השפעה על הטיפול הדנטלי. על השיננית, בעבודתה היומיומית, להכיר ולהבין מצבים אלה ואת השפעתן של התרופות, ובכך למנוע סיבוכים אפשריים.

תרופות נוגדות קרישת דם

תרופות נוגדות קרישה, הניתנות במקרים מסוימים אף כטיפול מניעתי, הפכו בשנים האחרונות לשכיחות יותר. תרופות אלו פוגעות בתפקודן של טסיות הדם ובמנגנון הקרישה. חשוב לזכור כי טיפולים נוגדי קרישה ניתנים כדי למנוע מצבים מסכני חיים, וכי הפסקתם או שינוי בלתי מבוקר במינון עלולים לסכן את חיי המתרפא! מאידך גיסא, ביצוע טיפול במתרפא עם תפקודי קרישה ירודים עלול להוביל לדימום קשה, שאינו ניתן לשליטה, ולכן נדרשת התייחסות מיוחדת למטופלים אלו במהלך ביצוע הסרת אבנית או הקצעת שורשים.

התרופות השכיחות למניעת קרישה שבהן משתמשים כיום הן:

Acetylsalicylic acid (Aspirin, Cartia, Micropirin) - האספירין הוא האב־טיפוס של משפחת מדכאי הדלקת שאינם סטרואידים (באנגלית - Nonsteroidal anti-inflammatory Drugs, או בקיצור - NSAID's). הוא משמש בעיקר לשיכוך כאבים ולהורדת חום הגוף, אך יעיל גם לעיכוב הצמדת טסיות הדם ומשמש כתרופה נוגדת קרישה נפוצה ביותר. התרופה ניתנת בעיקר לחולים קרדיאליים ולחולים עם מחלות כלי דם. במרבית המקרים, אין כלל צורך להפסיק את נטילת האספירין לפני טיפול דנטלי, הפסקה שעלולה לסכן את המתרפא. במתרפאים הנוטלים מינונים מקובלים של אספירין (75-325 מ"ג), זמן הדימום מתארך מעט או דומה לזה של מטופל בריא.

Warfarin (Coumadin, Sintrom) - תרופה מעכבת קרישת דם, הניתנת לחולים בקבוצת סיכון לאירוע של קריש או תסחיף דם הגורם לחסימת עורק או וריד ולמטופלים בקבוצת סיכון לאוטם שריר הלב. הווארפרין הינו נוגד קרישה מקבוצת אנטגוניסטים לוויטמין K. הוא משמש למניעת היווצרות של קרישי דם, במיוחד באזורים שבהם זרימת הדם היא איטית, כמו ורידי הרגליים והאגן.

מדד בדיקת הדם INR מאפשר לרופא לנטר את היעילות של נטילת התרופה. מבחינת הטיפול במרפאה, ערכי ה־INR של המתרפא ב־72 השעות שלפני הפעולה יקבעו את אפשרות ביצועה. ערכי INR מעל 3.5 מעידים על סכנה מוגברת לדימומים, ומומלץ במצב זה להימנע מהתערבות כירורגית באותו יום ואף מהסרת אבנית. יש להתייעץ ברופא המטפל.

Clopidogrel (Plavix) היא תרופה הנלקחת כדי להפחית את הסיכון ללקות בשבץ או באוטם שריר הלב וניתנת במקרים של בעיות זרימת דם בכלי הדם הפריפריים.

בכל מקרה של מטופל אשר נוטל תרופות נוגדות קרישה, חשוב לוודא כי עומדים לרשותנו אמצעים מקומיים מתאימים לעצירת דימום.

תמונה 1. אוסטאונקרוזיס של הלסתות על רקע נטילת תרופות מסוג ביספוספונטים

טיפול תרופתי בביספוספונטים

ביספוספונטים הם משפחת תרופות אשר משמשות למניעה של ספיגת עצם וניתנות בעיקר לטיפול בחולים הסובלים מאוסטאופורוזיס, מגרורות של גידולים סולידיים בעצמות וממיאלומה נפוצה. טיפול ממושך בביספוספונטים, מינון מצטבר גבוה והפוטנטיות הגבוהה שלהם, הם גורמי הסיכון העיקריים להתפתחות אוסטאונקרוזיס של הלסתות על רקע נטילת תרופות (תמונה 1). מקובל לתת את התרופה בנטילת כדורים או בהזרקה דרך הווריד. שכיחות הסיבוכים למי שנטלו את התרופה לאחר טיפול כירורגי נעה בין 0.8% ל־12%, בקורלציה ישרה למשך הזמן שבו נלקחה התרופה, למועד שבו ניתנה התרופה לאחרונה ולסוג הפרוצדורה המבוצעת. במקרים של נטילת התרופה דרך הפה, רק ב־0.06% מהמקרים יתפתח אוסטאונקרוזיס לאחר פעולה כירורגית.

האיגוד האמריקאי למנתחי פה ולסתות פרסם ב־2014 נייר עמדה לגבי השימוש בביספוספונטים, וקבע שמומלץ לסיים טיפולים פולשניים לפני תחילת הטיפול בתרופה, במיוחד אם היא ניתנת דרך הווריד. כמו כן, קבע האיגוד כי עבור מטופלים שנטלו ביספוספונטים דרך הפה למשך תקופה של פחות משלוש שנים וללא קיום של גורמי סיכון, אין צורך לשנות או לדחות ניתוח מתוכנן. הדבר נכון לניתוחים נפוצים בכירורגיית הפה והלסתות, ניתוחים פריודונטליים וטיפולים דנטליים אחרים.

תרופות הגורמות להגדלת חניכיים

יש כמה תרופות ששימוש ממושך בהן עלול לגרום להגדלת נפח החניכיים (תמונה 2). הגדלה זו גורמת כמובן להיגיינה לקויה ולהגדלה בכמות הפלאק החיידקי, וכתוצאה מכך גם לעלייה ברמת הדלקת המקומית ובכמות האבנית.

התרופות הנפוצות הגורמות להגדלת החניכיים הן: Phenytoin - אשר ניתנת לחולי אפילפסיה; Cyclosporine - תרופה המדכאת את המערכת החיסונית וניתנת כטיפול כימותרפי וכטיפול למושתלי אברים;

--

ד"ר מריה גיא - רופאת שיניים, מומחית לרפואת הפה.

תמונה 2. חניכיים מוגדלות כתוצאה משימוש בתרופות

Nefidepine - אחת התרופות הנפוצות בטיפול במחלות לב ויתר לחץ דם. מטופלים אלו לרוב אינם יכולים להפסיק את נטילת התרופות או להחליפן, ולכן חשוב להדריכם להקפיד הקפדה יתרה על היגיינה אורלית - מה שעשוי להאט את קצב גדילת החניכיים. במקרים מסוימים, מבוצעת הסרה כירורגית של עודפי החניכיים.

טיפול תרופתי במחלות לב וכלי דם

מחלות לב ומחלות כלי דם הפכו למחלות הנפוצות ביותר ולגורם תמותה מספר 2 בעולם (אחרי המחלות הממאירות). דעות החוקרים עדיין חלוקות לגבי הגורם המדויק להן, מאחר שקיימים כמה וכמה תהליכים המשפיעים על התפתחותן. משום כך, מטופלים אלו נוטלים מספר רב של תרופות לייצוב מצבם הרפואי. לחלק מתרופות אלו יש תופעות לוואי עם ביטוי בחלל הפה, כמוצג בטבלה משמאל.

קורטיקוסטרואידים

הקורטיקוסטרואידים הם ההורמונים הסטרואידיים המיוצרים באופן טבעי על ידי קורטקס בלוטת יותרת הכליה. גלוקוקורטיקואידים, המוכרים כקורטיזון והידרוקורטיזון, פועלים בגוף בשחלוף של פחמימות, שומנים וחלבונים ומסייעים לתגובה תקינה במצבי לחץ. חומרים אלו הם נוגדי דלקת בעלי עוצמה רבה, ומשמשים לטיפול במצבים דלקתיים. קורטיקוסטרואידים ניתנים במקרה של אסטמה, ארטריטיס, תגובות אלרגיות, תת פעילות בלוטת יותרת הכליה ומחלות אוטואימוניות.

תמונה 3. פיגמנטציית יתר על ריריות חלל הפה כתוצאה מנטילת קורטיקוסטרואידים

ביטוי בחלל הפה	שם התרופה	קבוצה
• יובש פה • תגובות ליכנוידיות	• Aldactone • Disothiazide • Furosemide • Kaluril	Diuretics
• שינוי טעם • תגובות ליכנוידיות	• Cadex • Cardiloc • Deralin • Neobloc • Normiten	Beta blockers
• היפרפלזיית חניכיים	• Amlodipine • Norvasc • Vasodip • Nifedilong	Ca channel blockers
• תגובות ליכנוידיות • אנגיואדמה • שינוי טעם • תחושת שריפה	• Cilaril • Enaladex • Enalapril • Ramipril	ACE Inhibitors
• אנגיואדמה	• Atacand • Diovan • Losardex • Lotan	ARB's
• דימום • פטכיות	• Aspirin • Plavix • Pradaxa • Coumadin	Antiplatelets, Anticoagulants

למרות השפעתם המיטיבה הרבה על בריאות המטופלים, שימוש ממושך בהם עלול לגרום להתפתחות כמה תופעות לוואי. לעתים מופיעים ביטויים בחלל בפה ובעור, כגון פיגמנטציית יתר על ריריות חלל הפה (תמונה 3), פיגמנטציה על העור החשוף לשמש, ריפוי איטי של פצעים וכן רגישות יתר לזיהומים שונים.

לסיכום:

טיפול דנטלי, גם אם הוא מבוצע על ידי השיננית, דורש התייחסות מיוחדת למצבו הרפואי של המטופל. קיימים סיכונים וסיבוכים שונים, הקשורים גם לתרופות שהמטופל נוטל, ודורשים התייחסות מיוחדת של השיננית לפני תחילת ביצוען של פרוצדורות בחלל הפה.

ספרות

1. Little, J. W., Miller, C., Rhodus, N. L., & Falace, D. (2012). Dental management of the medically compromised patient, 8th ed.
2. Neville B. W., Damm, D. D., Allen, C. M. & Bouquot, J. E. (2009). Oral and Maxillofacial Pathology, 3rd ed.
3. AAOMS position paper Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw - 2014 Update.

ד"ר יובל ורד, DMD, MPH

ארוזיה דנטלית (שחיקת שיניים כימית)

סקר אפידמיולוגי בקרב מתבגרים ומבוגרים בישראל

מבוא

למרות העובדה כי ארוזיה דנטלית (שחיקת שיניים כימית, erosive tooth wear) נחשבת כיום בעיית בריאות ציבור דנטלית (1, 2), תופעה זו לא זכתה להתייחסות ראויה במסגרת המחקר הקליני והאפידמיולוגי ברפואת השיניים במשך שנים רבות. בשני העשורים האחרונים חלה תפנית עת החל מחקר רציני בנושא, ובשנת 2005 קבע ארגון הבריאות העולמי כי יש לקדם מחקר בנושא בקרב קבוצות אוכלוסייה גדולות ולנסות למצוא מדדים אפידמיולוגיים תקפים ומהימנים למדידת תופעה זו (3-7).

במהלך החיים, שיני האדם חשופות למגוון פגיעות פיזיות וכימיות, אשר מביאות לשחיקה של הרקמות הדנטליות. ארוזיה דנטלית מוגדרת כאובדן בלתי הפיך של רקמות השן הקשות במשנן הנשיר והקבוע, עקב המסה חומצית שאינה קשורה לפלאק הדנטלי וכן אינה קשורה באופן ישיר לגורמים מכניים או טראומטיים או לעששת (8-10).

עד כה, אין בנמצא מידע לגבי הימצאות ארוזיה דנטלית בקבוצות אוכלוסייה בישראל. מטרת הסקר הנוכחי הייתה לחקור את הימצאות תופעה זו ואת המשתנים וגורמי הסיכון הקשורים בה, בקרב קבוצות גיל שונות.

שיטות וחומרים

מאמר זה מבוסס על ממצאים ממחקר שנערך על ידי פרופ' הרולד סגן כהן, פרופ' אדריאן לוסי, פרופ' אבי זיני, ד"ר יוסי גלייטמן וד"ר יובל ורד (11).

המחקר, אשר אושר על ידי ועדת הלסינקי המוסדית של בית החולים הדסה עין כרם, ירושלים, נערך בשנת 2011 בקרב 500 משתתפים, הגרים בקיבוצים ברחבי הארץ.

המשתנה התלוי:

ארוזיה דנטלית, אשר נמדדה על ידי מדד ה־BEWE (Basic Erosive Wear Examination) אשר פותח בשנת 2008 ותוקף בכמה מחקרים (12-14). על פי מדד זה, הפה מחולק לשישיות פה (סקסטנטים). כל השיניים בכל שישית פה נבדקות, אולם רק הציון החמור ביותר ניתן לכל שישית פה. הבדיקה הינה בדיקת הסתכלות, על פי הקריטריונים הבאים:

ד"ר יובל ורד - המחלקה לרפואת שיניים קהילתית, הפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

0 - שחיקה כימית אינה מודגמת.

1 - מודגם איבוד התחלתי של מרקם משטח האמייל.

2 - מודגם איבוד רקמות שן קשות (אמייל ודנטין), פחות מ־50% מהמשטח.

3 - מודגם איבוד רקמות שן קשות (אמייל ודנטין), שווה או גדול מ־50% מהמשטח.

הציון הכולל הניתן לכל הפה הנו סכום הציונים בכל השישיות, והוא נע בין 0-18.

מאחר שאין בנמצא בקליניקה הדנטלית הרוטינית מכשיר מדידה ספציפי לתופעת הארוזיה הדנטלית והתפתחותה, המופע הקליני הנראה הוא זה שנמדד.

הסימנים הראשוניים של ארוזיה דנטלית הינם משטח אמייל חלק ובוהק כמשי, עם היעלמות הפריקימטה (perikymata). נגעים אלו ממוקמים מעל קו ה־CEJ לכיוון כותרת השן, עם גבול מוגדר ולא פגוע של אמייל לאורך קו החניכיים (15).

בשלבים מתקדמים יותר, חל שינוי במורפולוגיית השן. בשטחים חלקים, הקמירות הולכת ונעלמת ונוצרים חללים שהמאפיין אותם הינה העובדה כי רוחבם עולה על עומקם. התקדמות התופעה במשטחים האוקלוזליים של השיניים מביאה להתעגלות התלוליות ולמצב שבו שחזורים הקיימים בשן בולטים מעבר לרקמות השן הסמוכות (15).

המשתנים הבלתי תלויים:

- מגדר
- גיל - 5 קבוצות: 15-18 שנים, 25-28 שנים, 35-38 שנים, 45-48 שנים, 55-60 שנים.

בנוסף, כל משתתף התבקש לענות על שאלון אשר כלל את הפרטים הבאים:

- רגישות דנטלית לקור, חום או טעמים שונים בתקופה האחרונה.
- זיהומים בבלוטת הפרוטיד במהלך החיים.
- חשיפה לקרינה עקב גידולים באזור ראש צוואר.
- תדירות צרבת
- תדירות הקאות
- תדירות חשיפה לאדים חומציים במקום העבודה.
- תדירות הנטילה של תרופות סדטיביות, אנטי אלרגיות, כדורי שינה ותרופות אחרות.
- תזונה - צריכה יומית של מאכלים ומשקאות חומציים על פי שאלון תזונה.

נעשה שימוש במודל רגרסיה ליניארית לניתוח רב משתני, לשם זיהוי המשתנים הקשורים לתופעה. מובהקות סטטיסטית נקבעה ברמה של $p<0.05$.

טבלה 1.

ציון השחיקה הכולל הממוצע ושיעור ציון שחיקה של 1 ומעלה (ב־%) לפי קבוצות גיל, בקרב משתתפי המחקר

קבוצת גיל (שנים)	% ציון שחיקה של 1 ומעלה	ציון השחיקה הכולל (ממוצע± סטיית תקן)
15-18	36.6	1.07±1.82
25-28	42.0	1.38±2.19
35-38	55.8	2.22±2.79
45-48	53.1	2.21±2.74
55-60	61.9	2.34±2.73
p	***0.002**	***<0.001**

* תוצאה מובהקת סטטיסטית

טבלה 2.

ציון מדד השחיקה (0 מול 1 ומעלה) ותזונה (ממוצע צריכה יומית) לפי קבוצות גיל, בקרב משתתפי המחקר

קבוצת גיל (שנים)	תזונה (ממוצע צריכה יומית)	ציון מדד השחיקה	p
15-18	8.93±6.40 11.78±9.03	0 +1	0.068
25-28	**8.78±4.14 10.85±5.69**	**0 +1**	***0.038***
35-38	9.23±5.56 8.93±5.00	0 +1	0.773
45-48	9.80±5.21 9.41±5.16	0 +1	0.711
55-60	9.62±4.22 10.06±5.35	0 +1	0.669

* תוצאה מובהקת סטטיסטית

טבלה 3.

מודל רגרסיה ליניארית לניתוח רב משתני לזיהוי המשתנים הבלתי תלויים הקשורים לארוזיה דנטלית בקרב משתפי המחקר

	95% CI	S.E.	B	p
גיל	0.019-0.049	0.008	0.034	***0.001***
תזונה	0.001-0.078	0.020	0.040	***0.044***

* תוצאה מובהקת סטטיסטית

תמונה 1. ציון מדד שחיקה 1 BEWE

תמונה 2. ציון מדד שחיקה 2 BEWE

תמונה 3. ציון מדד שחיקה 3 BEWE

תוצאות

בסקר השתתפו 245 גברים (49%) ו־255 נשים (51%).

בקרב 50% מהמשתתפים הודגמה ארוזיה דנטלית: 81 משתתפים (16%) הדגימו איבוד התחלתי של מרקם שטח האמייל (ציון 1 במדד השחיקה, תמונה 1), 118 משתתפים (24%) הדגימו איבוד רקמה קשה של אמייל ודנטין בפחות מ־50% ממשטח השן (ציון 2 במדד השחיקה, תמונה 2), 49 משתתפים (10%) הדגימו איבוד רקמה קשה של אמייל ודנטין ב־50% או יותר ממשטח השן (ציון 3 במדד השחיקה, תמונה 3).

ציון השחיקה הכולל הממוצע באוכלוסיית המחקר (היכול לנוע בין 0-18) היה 1.84±2.53.

טבלה 1 מציגה את ציון השחיקה הכולל הממוצע ואת שיעור המשתתפים אשר הדגימו מופע של ארוזיה דנטלית (ציון של 1 ויותר) בקרב קבוצות הגיל השונות. כפי שניתן לראות, ככל שהגיל עולה, ציון השחיקה הכולל הממוצע עולה (1.07±1.82 בקבוצת הגיל 18-15 שנים, לעומת 2.34±2.73 בקבוצת הגיל 60-55 שנים, $p<0.001$), וכן שיעור האנשים עם מופע של ארוזיה דנטלית (36.6% בקבוצת הגיל 18-15 שנים לעומת 61.9% בקבוצת הגיל 60-55 שנים, $p=0.002$).

בקרב אוכלוסיית המחקר, הממוצע היומי של צריכת מאכלים ומשקאות חומציים היה 9.63±5.65. טבלה 2 מציגה את ההימצאות או ההיעדר של ארוזיה דנטלית ואת ממוצע הצריכה היומית של מאכלים ומשקאות חומציים בקרב קבוצות הגיל השונות. כפי שניתן לראות, תוצאה מובהקת סטטיסטית הודגמה רק בקבוצת הגיל 28-25 שנים, כאשר המשתתפים שלא הודגמה בהם ארוזיה דנטלית צרכו בממוצע 9 מצרכים חומציים ליום, לעומת המשתתפים אשר הדגימו את התופעה, שצרכו בממוצע 11 מצרכים חומציים ליום ($p=0.038$).

מודל רגרסיה ליניארית לניתוח רב משתני מתואר בטבלה 3. כפי שניתן לראות, שני משתנים בלבד, גיל ותזונה, נמצאו קשורים לארוזיה דנטלית; עם העלייה בגיל ($p<0.001$), ועלייה בצריכת מצרכי מזון חומציים ($p=0.044$), הסיכון לארוזיה דנטלית גדל.

דיון

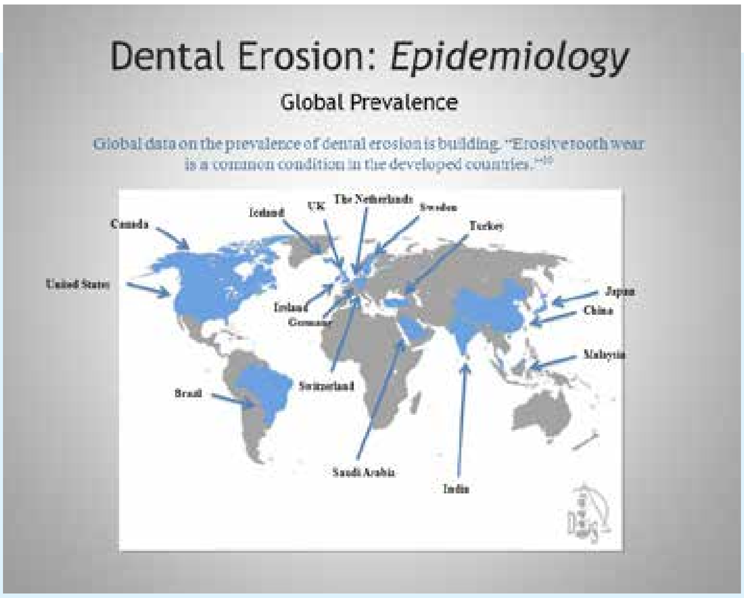
הסקר האפידמיולוגי המתואר בעבודה זו הינו הראשון שנעשה בקרב קבוצות אוכלוסייה בישראל. מהנתונים עולה כי התופעה נפוצה, ובקרב שליש מהאוכלוסייה (33.4%) הודגמה ארוזיה דנטלית עם אובדן רקמה קשה של אמייל ודנטין. מהנתונים עולה קשר ברור וחיובי בין גיל ותזונה חומצית ובין ארוזיה דנטלית. קשר זה הודגם הן בניתוח החד משתני והן בניתוח הרב משתני. משתנים דמוגרפיים וסוציו־אקונומיים, משתנים של סגנון חיים ועבודה ומשתני בריאות וחולי, לא נמצאו קשורים באופן מובהק סטטיסטית עם ארוזיה דנטלית בסקר הנוכחי.

קיים קושי להשוות תוצאות של סקרים אפידמיולוגיים של ארוזיה דנטלית ברחבי העולם ובקבוצות אוכלוסייה שונות, עקב ריבוי קווים מנחים לאבחון תופעה זו ועקב ריבוי מדדים לבדיקתה. עדות לכך הם הממצאים מסקרים מרחבי העולם, המדגימים טווח הימצאות של 5% עד 95% של ארוזיה דנטלית (5, 10, 12, 13, 16).

מדד ה־BEWE, שבו נעשה שימוש בסקר זה, פותח במטרה להנהיג סטנדרטיזציה בכל הקשור להדגמת התופעה של ארוזיה דנטלית, ראשית ברמה הקלינית (12). העובדה כי אנו, בדומה למחקרים אחרים שהתפרסמו לאחרונה (14-13), מצאנו כי המדד נוח, קל לשימוש והתקבל בנוחות על ידי הנבדקים, מעידה כי אפשר להשתמש במדד זה באופן יעיל ופרקטי ברמת המחקר האפידמיולוגי. בהמשך לאמור עולות שאלות חשובות, אשר חיפוש התשובה להן מחייב מחקר המשך עם מדד זה. ביניהן השאלה החשובה הנוגעת לזיהוי נגעים של שחיקת שיניים מכנית וטראומטית (attrition and abrasion lesions).

חשוב לציין כי על אף שאוכלוסיית המחקר הנוכחי משקפת טווח נרחב של מעמדות חברתיים וסקטורים בישראל, זהו אינו סקר לאומי מייצג. עוד חשוב לציין כי עובדת היותו מחקר רוחבי אינה מאפשרת קביעת קשר סיבתי בין המשתנים.

ממצאי מחקר זה, אשר יצטרפו למחקרים נוספים בקרב קבוצות אוכלוסייה גדולות ברחבי העולם, יתרמו להגברת הידע וההבנה של ארוזיה דנטלית, וכן להערכה ולמדידה של המדד שבו נעשה שימוש בסקר זה, בתהליך התהוותו כסטנדרט בינלאומי למדידת התופעה.



ארוזיה דנטאלית - מגמות ומניעה ראשונית

עדויות מחקריות עדכניות מעלות, כי הארוזיה הדנטלית (Erosive Tooth Wear) היא תופעה הולכת וגוברת ברחבי העולם. העובדה כי עדיין נהוגות שיטות רבות למדידת התופעה, מקשה על השוואה בתוך מדינות וביניהן, וכן קיים שוני רב בין קבוצות הדגימה במחקרים שונים.

בהינתן עובדה זו, ניתן להצביע על מגמות מהידע העדכני המצטבר לפיהן הימצאות ארוזיה דנטלית במשנן הראשוני בקבוצת הגיל 2 עד 5 שנים, מגיעה עד כדי 30%. הימצאות ארוזיה דנטלית במשנן המעורב בקרב ילדי בתי ספר גילאי 5 עד 9 שנים, ובמשנן הקבוע בקרב בני נוער, מגיעה עד 40%. בקבוצות גיל מבוגרות יותר, טווח הנתונים רחב ונע בין 20% עד 80% הימצאות של התופעה.

התופעה נצפית יותר בגברים מאשר בנשים ומשטחי השן הפגיעים יותר לתופעה הם המשטח הסגרי של השן הטוחנת הראשונה בלסת התחתונה והמשטח הקדמי של החותכות הקדמיות בלסת העליונה. הצורך בעריכת מחקרים אפידמיולוגיים בני השוואה ברחבי העולם מודגש כיום עוד יותר.

על פי ארגוני מחקר ובריאות דנטליים, בבסיס הניסיון למנוע, להפחית ולעצור את התופעה, עומדת ההכללה של זיהוי סימנים מוקדמים לתופעה במהלך כל בדיקה קלינית דנטלית. בהינתן זיהוי התופעה, יש להתמקד בגורמים האטיולוגיים וביניהם מצב בריאות כללי, הרגלי היגיינת פה ושיניים, הרגלי תזונה והרכב תזונה. במקרים שבהם ייתכן כי מקור החומצה הוא פנימי, יש להפנות לגורמים הרפואיים הרלוונטיים.

במקרים שבהם בירור היסטוריית התזונה מעיד על מקורות חיצוניים לארוזיה הדנטלית, יש להמליץ על הפחתה בתדירות הצריכה של מאכלים ומשקאות ארוזיביים, הקטנה של זמן חשיפת השיניים למקורות אלו ומעבר לתזונה ארוזיבית פחות. העדויות הקושרות בין הרגלי צחצוח שיניים לבין ארוזיה דנטלית אינן מבוססות, ולפיכך אין לשנות המלצות הקשורות למניעת עששת שיניים. העדויות לגבי משחות שיניים ושטיפות פה כאמצעי הגנה, מניעה וטיפול בארוזיה דנטלית הן ראשוניות בשלב זה. מחקר ענף בנושא נערך בשנים אלו.

1. Jaeggi T, Lussi A. Prevalence, incidence, and distribution of erosion. Monographs of Oral Sciences 2014; 25:55-73.
2. Consensus report of the European Federation of Conservative Dentistry. Erosive Tooth Wear - diagnosis and management. Swiss Dental Journal 2016; 126:4.

ספרות

Moynihan P, Petersen PE (2004). Diet, nutrition and the prevalence of dental diseases. Public Health Nutrition 7(1A): 201-226.

Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C (2005). The global burden of oral diseases and risk to oral health. Bulletin of the World Health Organization 83:661-669.

Lussi A (2006). Erosive tooth wear - a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. Monographs in Oral Sciences 20: 1-8.

Arnadottir IB, Holbrook WP, Eggertsson H, Gudmundsdottir H, Jonsson SH, Gudlaugssson JO, Saemundsson SR, Eliasson ST, Agustsdottir H (2010). Prevalence of dental erosion in children: a national survey. Community Dent Oral Epidemiol 38: 521-526.

Ganss C, Young A, Lussi A (2011). Tooth wear and erosion: Methodological issues in epidemiological and public health research and the future research agenda. Comm Dent Health 28: 191-195.

Milosevic A (2011). The problem with an epidemiological index for dental erosion. Br dent J 211: 201-203.

Okunseri C, Okunseri E, Gonzales C, Visotcky A, Szabo A (2011). Erosive tooth wear and consumption of beverages among children in the United States. Caries Res 45: 130-135.

Ganss C (2006). Definition of erosion and links to tooth wear. Monographs in Oral Sciences 20: 9-16.

Lussi A, Schlueter N, Rakhmatullina E, Ganns C (2011). Dental erosion - an overview with emphasis on chemical and histopathological aspects. Caries Res 45 (suppl): 2-12.

. Young A, Amaechi BT, Dugmore C, Holbrook P, Nunn J, Schiffner U, Lussi A, Ganss C (2008). Current erosion indices - flawed or valid? Summary. Clin Oral Invest 12(suppl): S59-S63.

. Vered Y, Lussi A, Zini A, Gleitman J, Sgan-Cohen HD (2013). Dental erosive wear assessment among adolescents and adults utilizing the basic erosive wear examination (BEWE) scoring system. Clin Oral Invest DOI 10.1007/s00784-013-1175-0.

. Bartlett D, Ganns C, Lussi A (2008). Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. Clin Oral Invest 12(suppl): S65-S68.

. Mulic A, Tveit AB, Wang NJ, Hove LH, Espelid I, Skaare AB (2010). Reliability of two clinical scoring systems for dental erosive wear. Caries Res 44: 294-299.

. Margaritis V, Mamai-Homata E, Koletsi-Kounari H, Polychronopoulou A (2011). Evaluation of three different scoring systems for dental erosion: A comparative study in adolescents. J Dent 39: 88-93.

. Ganss C, Lussi A (2006). Diagnosis of erosive tooth wear. Monographs in Oral Sciences 20: 32-43.

. Lussi A, Schaffner M, Hotz P, Sutter P (1991). Dental erosion in a population of Swiss adults. Community Dent Oral Epidemiol 19: 286-290.

STIM-U-DENT®

חדש! STIM-U-DENT R-PICKS
קיסם מבריש, רך וגמיש בעל
סיבים מגומי טבעי לניקוי יעיל
של המרווחים בין השיניים,
כתרים, גשרים וסמכים.
מסיר רובד שן, מעסה ושומר
על בריאות השיניים והחניכיים.
*המוצר אינו מכיל סיליקון

מחיר מומלץ לצרכן- 44.90 ש"ח
מחיר לשיננית- 21.90 ש"ח

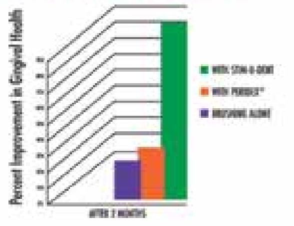
- קיסמי השיניים של STIM-U-DENT עשויים מעץ קנדי מיוחד המעוצב לניקוי יסודי בין השיניים.
- קיסמי השיניים של STIM-U-DENT משמשים כתחליף או כתוספת לשימוש יומיומי בחוט דנטלי.
- קיסמי השיניים של STIM-U-DENT מפחיתים דלקות חניכיים ומסירים פלאק כחלק מתכנית לשמירת הגיינת פה טובה יותר.

מחיר מומלץ לצרכן- 28.00 ש"ח
מחיר לשיננית- 13.90 ש"ח
לפרטים נוספים והזמנות:
דרורת בע"מ, תל גיבורים 5 ת"א 03-6822258
*ניתן להשיג את המוצרים ברשת הסופר פארם ובבתי מרקחת הפרטיים
*המחיר לשיננית אינו כולל מע"מ

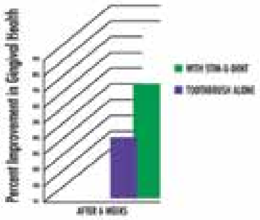
CLINICAL STUDIES

Clinical studies prove Stim-U-Dent plaque Removers can improve swollen and bleeding gums...

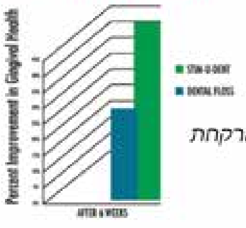
Better Than Peridex®



Better Than Tooth Brushing



Better Than Flossing



Smile, because UBrush!

חדש!

מברשת חשמלית
לניקוי בין השיניים

AB2000
המרכז לחומרים ומיכשור דנטלי

א.ב. 2000 - דרך בן צבי 84, קומה 4 תל-אביב
טל. (רב קווי): 03-6802828 פקס: 03-6825556

שיננית על המפה: מתנדבות אש"י בהפנינג בריאות בשערי צדק

ביום שישי, 24 באוגוסט 2018, קיימו ארגון "תקווה ומרפא" ובית החולים וילף לילדים הפנינג ענק במרכז הרפואי שערי צדק בירושלים. ההפנינג כלל מתחמים רבים ומגוונים.

כמו בכל שנה, אש"י השתתף בהפנינג בהתנדבות והיה בין התורמים להצלחתו. עבורנו, זו הזדמנות מצוינת להעלות את מודעות הציבור למקצוע השיננות ולהצעיד אותו קדימה, תוך חידוד המסרים של קידום בריאות הפה וקידום מעמד השיננית בפרט ובקהילה - הנמנים עם היעדים המובילים של אש"י.

רבים צבאו על הדוכן שלנו ובכל רגע נתון הצטרפו עוד ועוד ילדים והורים, שביקשו לקבל מידע על טיפול נכון ושמירה על בריאות הפה. קיבלנו פרגון אדיר מציבור המבקרים וגם מהתקשורת - שהגיעה, התעניינה וצילמה.

זו השנה השלישית שאני מתנדבת בפרויקט זה, והשנה הראשונה שבה אף אחד לא שאל מה היא בכלל שיננית! היו שאלות ענייניות רבות, הדגמות על מודלים, חלוקת מברשות ומשחות שיניים (הודות לאלופת אש"י - שרון), וכמובן - סיפוק רב שנגרם גם לקהל הרחב וגם למתנדבות.

תודה רבה למתנדבות השנה: רעות יעקובי־במה, לריסה וייסקופף (ובנה, שעזר לנו מאוד בחלוקת מברשות השיניים), שרון פרידמן־יניב ואנוכי.

נחמה כפרי גרינברג RDH, BA

מסיבה לאור הירח: חברות אש"י חותמות את הקיץ

29 באוגוסט הוא תאריך מיוחד: ב־1897 נפתח בו הקונגרס הציוני הראשון בבאזל, ב־1966 - המופע האחרון של הביטלס נערך בסן־פרנסיסקו, וב־2018 - מסיבת הירח המלא הראשונה בישראל בחסות אש"י.

מוטי בוהדנה, השינן בהא הידיעה שלנו, יחד עם יפה עובדיה המדהימה, האמונה על הפקת אירועי האיגוד, הרימו יחד את המסיבה הכי שמחה בעיר.

החל מהשעה 16:00 התכנסו שיננויות רבות בחוף אכדיה דרום שבהרצליה, השילו את המדים המעומלנים, את רשימות המטופלים ואת הכלים המחודדים ונתנו דרור לנפשן אל מול הים הכחול.

שולחן עמוס בכל טוב, מחצלות ותקליטן חביב הנעימו את זמננו. יש שבחרו לטבול בים הסוער למחצה ויש שבחרו להשתרע על גבי המחצלות ולספוג מעט ויטמין די לפני השקיעה.

משחקי גיבוש מגוונים, יצירתיים ואפילו סוחטי דמעות חיכו לנו בהמשך, כשכמה מאתנו מפגינות מיומנויות ריקוד ומחול מרשימות. תוך שאנו משתעשעות, הגיע לאפנו ניחוח איטלקי מנצח והוביל אותנו אל פיצות מזן משובח.

מסיבת הריקודים נפתחה מיד לאחר מכן, בחיקוי מושלם של מסיבות ה־"Full Moon" בקופנגן, כולל תאורת אולטרה־לייט וצבעי ניאון זוהרים. השיניים של כולנו בהקו בלבן, גם אם טרם העברנו חוט דנטלי כהלכתו. הקצב, הצבעים, המוזיקה, והאווירה המעולה משכו לא מעט עוברי אורח סקרנים.

המפגש החגיגי נחתם בשיר האגדי של קווין, "We are the champions", ובבוק צילומים - לתיעוד אחד המאורעות היותר חשובים בהיסטוריה התרבותית־חברתית של השיננויות בארץ הקודש.

לסיום, אני פונה לכל שיננית באשר היא לחבור לאלתר לאש"י, שהוא כוח מניע חזק לרווחת המקצוע ומעטפת חשובה לשיננויות בארץ. תודה מקרב לב לכל אחד ואחת ממפיקי האירוע, וכמובן - לשיננויות המדהימות שנטלו בו חלק.

מיכל ביטון RDH

יום השיננות הבינלאומי 2018:

חגיגה של חוויה וידע במרכז "נא לגעת"

כמדי שנה, יום השיננית הבין־לאומי נחגג בהפקה מוצלחת מבית אש"י. ביום שמשי של תחילת נובמבר הגיעו כ־180 שיננויות, מכל רחבי ישראל, לאירוע מיוחד במינו במרכז "נא לגעת" שבנמל יפו.

לאחר הרישום, קבלת השי לחברות אש"י (מגבת ספורט מגניבה) וארוחת בוקר, התכנסנו באולם התיאטרון של המרכז לאסיפה הכללית של אש"י. אישרנו את כהונת הוועד המנהל החדש ועודכנו בהודעות מטעם האיגוד. לאחר מכן החל רצף הרצאות מעשיר.

הרצאתה של יעל שם טוב מחברת "דקסל" עסקה בתפקידה המשמעותי של השיננית בריפוי מחלות חניכיים. ד"ר ודים פיקובסקי הרצה בנושא "חשיבות ההתחסנות במקצוע השיננות". בנושא זה ארחיב כאן, למען השיננויות שלא שמעו את ההרצאה, מאחר שחידשה בנושא בעל חשיבות לכל אחת מאתנו. למדנו, למשל, שלמעסיק שלנו יש אחריות למתן החיסונים. במרפאות תאגיד, לרוב ממונה מישהו כאחראי על מתן החיסונים לעובדים והוא מפרסם רשימת תאריכים לביצוע. עובד שמסרב לקבל חיסון צריך לחתום על סירוב. בקופות החולים, מנהלי המרפאות דורשים את האישורים כתנאי להעסקה. עוד טען ד"ר פיקובסקי כי הנחיות החוזר בנושא זה חלות גם על עובדים ותיקים ולא רק על אלה החדשים, וכי על עובד חדש במערכת הבריאות לסיים את חיסוניו תוך חצי שנה מתחילת העסקתו.

שיננית הפועלת לפי דרישות החוק והנהלים, מתחסנת. אם לא התחסנת והדבקת אדם אחר, את עלולה להיקרא להליכים משמעתיים ובמקרים מסוימים אף משפטיים. שיננויות עוסקות במקצוע הנחשב פפמ"ח (פעולות פולשניות וחודרניות), ולפיכך עליהן להתחסן במידה שבדיקת הנוגדנים שלהן שלילית. שיננית שתסרב להתחסן תצטרך לחתום על הצהרה שקיבלה הסבר על סכנות העברת המחלות למטופליה. במצב שבו ניתן חיסון אך הגוף בכל זאת אינו מפתח נוגדנים, המעסיק יאפשר לשיננית לבצע אך ורק פעולות שלא יחשפו את המטופל לזיהומים.

לסיום חלק זה של הבוקר, מיכל ליינר, מטעם חברת "קולגייט-גאבה", נותנת החסות הראשית לכנס זה, העשירה ורעננה את ידיעותינו המקצועיות בעזרת משחק אינטראקטיבי. קיבלנו שלטי משחק והתחרינו בתשובות נכונות ומהירות על סדרה של שאלות.

לאחר קפה ומאפה התחלקנו לקבוצות, לשתי סדנאות מיוחדות: שפת הסימנים ופיסול בחושך. את סדנת שפת הסימנים שבה השתתפתי הנחו מדריכים לקויי שמיעה. הסדנה כולה התקיימה ללא מילים, ללא טלפונים סלולריים וללא רעשי הרקע שאנחנו כל כך רגילים אליהם. התנסות מרתקת בעולם השקט שרק כבדי שמיעה מכירים מקרוב. זה המקום לספר על מרכז "נא לגעת", שבו קיימנו את האירוע. זהו מרכז תרבות שוקק חיים של עמותה ללא כוונת רווח, שהיא מודל מוביל בארץ ובעולם בכל הנוגע לשילובם בחברה של אנשים עם מוגבלויות. זכינו לגעת בעולמם באופן שריגש את כולנו.

לאחר הסדנה התכבדנו בארוחת צהריים מפנקת ויצאנו לסיור ציורי גרפיטי ברחובות תל־אביב, כולל הסיפורים שמאחוריהם והתנסות אישית בחוויית יצירה.

אנו מודים לחברת "דקסל", שדאגה להרצאה מטעמה אשר פתחה את האירוע. תודה מיוחדת לחברות PARO, GSK ו־TARO - על ההשתתפות, המתנות והדוגמיות. ותודה להנהלת אש"י!

חן גבאי אמויאל, RDH, BA

קורסי החייאה ברחבי הארץ

כמדי שנה, התקיימו בשבוע הראשון של ספטמבר קורסי החייאה לשיננויות ברחבי הארץ: בצפון, במרכז ובדרום.

השנה נרתמו לסייע בהתנדבות בארגון הכיבוד וברישום המשתתפות ארבע שיננויות מקסימות: רויטל בר־עם, נורית אבישי, רויטל עדס ואורה בן־יוסף - חברת הוועד המנהל. זה המקום להודות להן: לרויטל בר־עם - שיזמה וארגנה מקום וכיבוד בקרית מוצקין (על אף שהשנה לא תוכנן מלכתחילה קורס בצפון), לרויטל עדס ולנורית

אבישי במרכז הארץ ולאורה בן־יוסף בדרום.

בבאר־שבע נערכה ההשתלמות בתאריך 6 בספטמבר. ליאורה גילת, שיננית מקיבוץ אורים, מספרת: "קבלת הפנים הייתה מצוינת וכללה קפה, תה ומים קרים. הכיבוד היה בריא וכיכבו בו ירקות, פירות וטחינה. מרים הרצתה והדגימה, העבירה את החומר בצורה יעילה וטובה ולא ויתרה על התרגול החשוב. בכל קורס כזה אנו לומדות על עוד חידושים בתחום. היה מעניין וחשוב וכולי תקווה שלא ניעזר בידע שרכשנו. אני מאחלת שנה טובה ומאושרת לכל השיננויות".

אדל שבח RDH, BRN, ושרון פרידמן יניב RDH, MHA

אירוח נציגות מדינות הפדרציה האירופית לשיננות בירושלים - כבוד גדול למקצוע בישראל

לפני שנים מספר, הגישה הנהלת אש"י בקשה להצטרף כחברה מן המניין לפדרציה האירופית לשיננות. עבור מקצוע השיננות והשינניות בארץ, יש חשיבות רבה - מקצועית ולאומית - להשתייכות לפדרציה זו, המאגדת כיום 21 מדינות ויותר מ־40,000 שינניות.

מטרת הפדרציה היא להעצים, לחזק ולבסס את מקצוע השיננות ברחבי אירופה, מה שכפי שאנו יודעות אינו מובן מאליו.

כיום, העיסוק המרכזי של הפדרציה הוא בשיפור הכשרתן של השינניות, קידום מעמד המקצוע ויצירת סטנדרטים בסיסיים לכלל שינניות אירופה ברמת ההכשרה וברמת הפיקוח. גם אם לכל אחת מהמדינות יש משרד בריאות וחקיקה משלה, חזית אחידה מאפשרת לכולנו להיות חזקות יותר ולקדם מהלכים משמעותיים יותר. כמו כן, חשוב להסדיר את התנאים שיאפשרו לשינניות לעבוד במדינות השונות של האיחוד האירופי.

השינניות בישראל אמנם אינן נכללות באיחוד, אך נוכל להיעזר בכוח שמייצרת ה"מטרייה" של הפדרציה כדי לחולל שינויים גם אצלנו. כמו כן, חשוב ש"ניישר קו", כדי שבעתיד נוכל לקיים חילופי סטודנטים ופרויקטים משותפים עם מדינות החברות בפדרציה.

כאשר התקבלנו לפדרציה לפני שנתיים (יחד עם רוסיה) הציעה שרון פרידמן יניב לארח את האסיפה הכללית השנתית אצלנו, בארץ. לשמחתנו, ההזמנה התקבלה בברכה, והתחלנו בהכנות.

לצורך האירוח בחרנו בירושלים. ההכנות, שהתנהלו ללא הפקה חיצונית, ארכו חודשים רבים, ובתחילת חודש אוקטובר 2018 זכינו לארח, בהתרגשות רבה, נציגות מ־17 מדינות באירופה.

את האסיפה קיימנו במלון במרכז ירושלים, כדי לאפשר למשתתפות (ולשני המשתתפים) לטייל בעיר - העתיקה והחדשה. המלון העמיד לרשותנו אולם, ובו התקיימו יומיים של דיונים. יום הדיונים הראשון נפתח בברכתו של פרופ' שלמה זוסמן, מנהל האגף לבריאות השן במשרד הבריאות, שהחמיא לאיגוד על ההישג המכובד של אירוח הנציגים בירושלים.

חסויות של חברות דנטליות בין־לאומיות, פרגון הרשות לפיתוח ירושלים בעיריית ירושלים ונדיבות החברות הדנטליות בארץ, אשר תרמו לאירוע מעבר לתמיכה הקבועה באש"י - אפשרו לנו לקיים גם אירועים חברתיים מרשימים ומהנים.

ביום רביעי פתחנו את האירועים במתחם המדברי "ארץ בראשית", הצופה לנוף יריחו. לאחר ארוחת הערב שהתקיימה באוהל אירוח, נהנינו ממעגל מתופפים והצטרפנו לרקדנית ריקודי עם, שסחפה אותנו ל"הורה" סוערת. ביום חמישי בערב, בחסות הראשית של חברת **Pierre Fabre Oral Care** (על אף שאין לחברה זו כרגע יבואן בישראל, המנכ"ל שלה הגיע לארץ), הוזמנו המשתתפות למופע האור־קולי במגדל דוד ומשם לארוחה מפנקת בממילא. ביום שישי הזמינה אותנו עיריית ירושלים לסיור ערב בעיר העתיקה. זה היה ערב קסום. מיותר לציין שהחוויה הייתה מרגשת מאוד לאורחות, במיוחד הביקור במקומות הקדושים לנצרות ובכותל.

חברת **דקסל פרמה - פרוציפ**, חברה "כחול־לבן" שחושב לנו לקדם גם בשוק האירופי, תרמה אף היא את חסותה לאירוע בין־לאומי חשוב זה. מנהלת מוצר בדקסל הבין־לאומית, פנינית גולדשטיין, ואיש השיווק פרדריק מצגר, שהגיע במיוחד מאירופה, ייצגו את החברה באירוע, ואנו בטוחות שהמפגש סלל דרך לשיתופי פעולה פוריים בעתיד.

גם חברת **אמריקן איגל**, בשיתוף **א.ב 2000**, נתנה חסות לאירוע. עדה ריפשטוס, שיננית ותיקה, הרצתה מטעמם בפני המליאה, ובהיותה גם מאמנת אישית - שיתפה בידע מקצועי ברוח רותמת ומעצימה.

בבוקר שבת עזבו חלק מהאורחים לשדה התעופה ואחרים נרשמו לטיול ששרון ארגנה עבורם לים המלח, עם עצירה באתר הטבילה קאסר־אל־יהוד וביקור במצדה. החסות של חברת **U-Brush**, יצרנית מברשת אינטרדנטלית חשמלית שהמציאה שיננית הולנדית, סייעה בסבסוד עלות הטיול.

תודה רבה גם לחברות **Oral B**, **קולגייט** ו־**Paro**, שנתנו חסות וסייעו להצלחת האירוע.

אין לנו ספק שהרשמים הרבים שהותיר הביקור בלבן של המשתתפות יתרמו לחיזוק הקשר שלהן עמנו, השינניות הישראליות, וגם להבנתן את ישראל וליחסן אליה.

אנחנו, כמובן, נהנינו לארח ולמדנו לא מעט מן האורחות שלנו, כולן נשות מקצוע ונשים פעילות ומובילות בעשייה למען המקצוע. הוכחנו לעצמנו ולגורמים המובילים בתחום בריאות הפה והשיניים כי אנו, השינניות המאוגדות באש"י, פעילות ומובילות כתף אל כתף עם קובעי המדיניות ועם אחיותינו למקצוע ברחבי העולם - למען קידום המקצוע והעוסקות בו.

תודה לכל מעניקי השירותים שנרתמו להצלחת האירוע, וכמובן - לנותני החסות הרבים, שתרמו ותמכו, ולחברותינו למקצוע, בארץ ובאירופה - שפרגנו לנו בגדול.

הוועד המנהל החדש של אש"י, 2018-2021

בשנה האחרונה עבר אש"י שינוי מנהלתי, שהגיע לשיאו באסיפה הכללית שלא מן המניין אשר התקיימה ביום השיננות הבין־לאומי. באסיפה הוצגו חברות הוועד המנהל החדש.

לפני שנה היו רק ארבע חברות בוועד, מה שהקשה על קיום האירועים וביצוע המשימות. מאז, נבחרה שרון פרידמן־יניב לכהן כמנכ"לית אש"י בשכר, בחצי משרה, ואני נעניתי לבקשה לחזור ולשרת כיושבת ראש האיגוד. כל זאת במטרה להגדיל את מספר הנפשות הפועלות בוועד ולהסדיר את פעילות האיגוד לשנים הבאות. מאז, שש שינניות הביעו עניין להצטרף לשלוש חברות הוועד הוותיקות. מאחר שהתקנון קובע כי בוועד המנהל יכהנו לא יותר משבע שינניות, שתיים מהחברות התנדבו לשרת כחברות ועד שלא מן המניין.

אני מתכבדת להציג בפניכן את חברות הוועד המנהל החדש של אש"י:

אורה בן יוסף למדה במכללה למדעי הבריאות וההתנהגות ברמת־גן. סיימה את לימודיה בשנת 2004 וכיום עובדת במרפאות פרטיות וציבוריות ובהדרכה בגנים בקיבוץ. אורה הייתה חברה בוועד המנהל גם בקדנציה הקודמת, ועוסקת בעיקר בארגון ימי עיון וכנסים ובחיזוק אזור הדרום.

יפה עובדיה סיימה את לימודי השיננות בהדסה עין־כרם בשנת 1991 וכיום עובדת במרפאות פרטיות בירושלים ובמכבים. יפה מוכרת לנו מתפקידה כאחראית על הכנסים באש"י, תפקיד אותו היא מבצעת נאמנה ועל הצד הטוב ביותר. היא תמשיך לשרת בתפקיד זה ותיעזר בחברות ועד חדשות, שילמדו גם הן את התחום.

הדס גולדברג סיימה את לימודי השיננות בהדסה עין־כרם בשנת 1999, במסגרת העתודה הצבאית. עובדת כשיננית במרפאה פרטית וגם מנהלת את פרויקט "חיוכים", יחד עם ד"ר יובל ורד.

מיכל חי מאיר סיימה את לימודי השיננות באוניברסיטת תל־אביב בשנת 1986 וכיום עובדת במרפאת שיניים פרטית בקריית־אונו. מיכל היא שיננית ותיקה, שבעבר הייתה פעילה במסגרת האיגוד, והיא שמחה לחזור ולתרום לכלל השינניות.

נורית טינסקי סיימה את לימודי השיננות בהדסה עין־כרם בשנת 1997 וכיום עובדת במכבי־דנט ובמרפאה פרטית. נורית שמחה לתרום לאיגוד ולכלל השינניות ולהציע מהידע שצברה בנושאים פיננסיים.

נאוה מנג'ם סיימה את לימודי השיננות בהדסה עין־כרם בשנת 2001 והיום עובדת בכללית סמייל ובבית החולים איכילוב. נאוה רוצה לתרום לאש"י בתחום המדיה, בארגון כנסים ובנושאים נוספים.

טלי לוי ודקלה ברזילי יכהנו כחברות ועד שלא מן המניין.

טלי למדה שיננות בארה"ב וסיימה את לימודיה בשנת 1990. עובדת במרפאה פרטית, מרצה ומדריכת שינניות, ותשמח לעזור ככל שתתבקש.

דקלה סיימה את לימודי השיננות באוניברסיטת תל־אביב בשנת 1999 ועובדת כיום בכפר־סבא. האופי המיוחד שלה ישרה אווירה נעימה בכל פעילות שתהיה מעורבת בה.

אני, **יעל קרלין**, סיימתי את לימודי השיננות בהדסה עין־כרם בשנת 1980, בקורס הגדול הראשון שהתקיים בארץ (לפנינו סיימו את לימודיהן שש שינניות, שיועדו להיות מדריכות). הייתי מעורבת בהקמת אש"י ומאז אני משרתת ותורמת כמיטב יכולתי. שימשתי גזברית האיגוד ויו"ר אש"י במשך שתי קדנציות, נציגת ישראל בפדרציה הבין־לאומית לשיננות וגם מזכירת הפדרציה. מזה 20 שנה אני עובדת עם אוכלוסייה בעלת מוגבלות שכלית התפתחותית, מחלות נפש ואוטיזם, במרפאה פרטית וגם בקיבוץ. בשנה שעברה סיימתי לימודי תואר ראשון בבריאות הציבור.

אני גאה לעמוד בראש קבוצה מיוחדת זו של שינניות בכירות, אשר מוכנות לתרום מיכולותיהן וממרצן לטובת ציבור השינניות כולו, ומאחלת הצלחה לכולנו.

יעל קרלין BA RDH

שיר-אל נקדימון, עו"ד

עדכונים וחידושים בדיני עבודה ואפליה בעבודה

יום הבחירות לרשויות המקומיות

כידוע, ביום 30.10.18 התקיימו הבחירות לרשויות המקומיות ולמועצות האזוריות. לראשונה היה זה יום שבתון במשק (בשונה מהבחירות לכנסת, הבחירות לרשויות המקומיות לא הוגדרו בעבר כיום שבתון). ביום שבתון זה העובדים והעובדות לא נדרשו לעבוד, אולם קיבלו שכר רגיל בגין היום, על חשבון המעסיק. כך, אסור היה לנכות יום חופש בגין יום הבחירות.

חשוב לדעת: תשלום שכר רגיל בגין יום השבתון חל רק על עובדות/ים שעבדו אצל המעסיק לפחות 14 ימים רצופים לפני מועד הבחירות.

בנוסף, הוחרגו מהוראה זו שירותי התחבורה והשירותים הציבוריים, אשר פעלו כסדרם.

מהו גובה התשלום לו זכאית עובדת שעבדה ביום הבחירות?

התיקון הנ"ל אינו עוסק בתשלום בגין עבודה ביום הבחירות, אלא אך קובע שמדובר ביום שבתון.

מכיוון שזו הפעם הראשונה בה התקיים שבתון ביום הבחירות לרשויות המוניציפליות, ניתן להקיש מהפסיקה הקיימת לגבי תשלום לעובדים שעבדו ביום הבחירות לכנסת. אולם, בעניין זה, פסיקת בתי הדין לעבודה אינה אחידה. קיימת פסיקה שקובעת שיש לשלם לעובדים שעבדו ביום הבחירות שכר רגיל בגובה 100%; קיימת פסיקה שקובעת שיש לשלם שכר השווה ל־150% מהשכר הרגיל; ואף פסיקה שקובעת שיש לשלם 200% מהשכר הרגיל.

בצד הפסיקה הזאת, קיימת המלצה של משרד העבודה לשלם שכר השווה ל־200% לעובדת שעבדה ביום השבתון, או לחלופין לשלם לה שכר רגיל בגובה 100% וכן תוספת של יום חופשה חלופי בסך השווה לשעות העבודה שעבדה בפועל ביום השבתון.

ניתן היה לסכם עם העובדת מראש, בכתב, את שיעור התשלום שתקבל בגין עבודה ביום השבתון. מכיוון שכל מקרה יש לבחון לפי נסיבותיו, שינניות החברות באש"י, **שעבדו** ביום השבתון וקיבלו שכר הנמוך מ־200% או שלא קיבלו בנוסף לשכרן הרגיל יום חופשה כאמור, מוזמנות לפנות למשרדנו ולברר באופן פרטני אם הן זכאיות לתמורה נוספת בגין עבודה ביום זה.

אפליה בעבודה

אפליה בעבודה אסורה במדינת ישראל מכח חוק שוויון ההזדמנויות בעבודה, התשמ"ח - 1988 (להלן: "**חוק השוויון**") ואף מכוח פסיקה נרחבת של בית הדין הארצי לעבודה ובית המשפט העליון (בג"צ). החוק קובע שאסור להפלות עובד/ת או מועמד/ת לעבודה, בין היתר, מחמת דת, גזע, מין, גיל, היריון, הורות, טיפולי פוריות, נטייה מינית, שירות מילואים ועוד. לאחרונה ניתנו שני פסקי דין חשובים בנושא אפליה מחמת היריון ואפליה מחמת גיל.

שינניות רבות פונות אלינו בשאלות הקשורות לתנאי העסקתן בהיריון, לאחר חל"ד או בהיותן בטיפולי פוריות. שינניות אחרות פונות

המשך בעמוד 34

עו"ד שיר-אל נקדימון - עורכת דין לדיני עבודה, שותפה מנהלת במשרד לוי־אטינגר, נקדימון ושות' משרד עורכי דין

כל המידע הנכלל במאמר זה אינו בגדר חוות דעת או ייעוץ משפטי מוסמך. על המשתמשת לקבל עצה משפטית או מקצועית לפני כל פעולה משפטית או אחרת המסתמכת על האמור. המחברת אינה נושאת באחריות כלשהי כלפי הקוראות. בכל מקרה של סתירה בין החוק והפסיקה לבין האמור לעיל, יגברו הוראות החוק והפסיקה. הכתוב מנוסח בלשון נקבה מטעמי נוחות בלבד, ומיועד לשני המינים.

עדכונים וחידושים בדיני עבודה ואפליה בעבודה

המשך מעמוד 33

אלינו בשאלות הקשורות לגיל הפרישה. חלקן נפגעות בעבודה בתקופות אלה ובגין כך. הפסיקה הבאה ממחישה את היקף התופעה של אפליה בעבודה, ומה ניתן לעשות במצבים אלה.

עובדת בהיריון שהתפטרה עקב הרעת תנאים בשל ההיריון, זכתה בפיצוי של 50,000 ש"ח

בעניין **רעיה אברמוב**, פסק בית הדין האזורי לעבודה בתל־אביב [1] פיצוי בסך 50,000 ש"ח בגין אפליה, לעובדת שהתפטרה עקב הרעת תנאים בשל ההיריון. בית הדין קיבל את טענות העובדת ופסק שנאלצה להתפטר לאחר שמעסיקתה העבירה אותה לתפקיד אחר, במחסן ללא מיזוג, שבו העבודה מתבצעת בעמידה. זאת זמן קצר לאחר שסיפרה על ההיריון ובגין כך.

במקרה זה, העובדת זומנה לשימוע לפני פיטורים ורק לאחר מכן סיפרה על ההיריון. כך נקבע שעצם הרצון לפטר את העובדת לא נבע בשל ההיריון. אולם נקבע שהמעסיקה נמנעה מלפנות לממונה על חוק עבודת נשים במשרד העבודה בבקשה להיתר לפיטורים (מחשש שכלל לא תקבל היתר כזה), ולכן החליטה להעבירה לתפקיד אחר, תוך ביצוע הרעת תנאים מוחשית. נפסק שהמעסיקה פגעה בתנאי העסקתה רק בגלל ההיריון, דבר המהווה אפליה.

בנוסף, המעסיקה לא האמינה לאישורים רפואיים שהוצגו בשל מחלה של העובדת, והעובדת נדרשה לחתום על ויתור סודיות רפואית (וס"ר). העובדת סירבה לכך. בית הדין קבע שאין זו דרישה לגיטימית או מידתית, ולפיכך, בנסיבות אלה העובדת הייתה זכאית להתפטר עקב הרעת תנאים מוחשית ולא היה עליה לחתום על הוס"ר.

בית הדין קבע שהרעת התנאים הייתה בגלל ההיריון, ובגין אפליה אסורה בגין ההיריון, בניגוד לחוק השוויון והפסיקה, חייב את המעסיקה לשלם לה פיצוי בסך 50,000 ש"ח על עצם האפליה ובנוסף פסק לעובדת פיצויי פיטורים, שכן מדובר בהתפטרות שדינה כפיטורים.

עובדת שפוטרה בגיל 57 זכתה לפיצוי בסך 170,000 ש"ח בגין אפליה מחמת גיל

בעניין **יעל מייכור** פסק בית הדין האזורי בתל־אביב [2] כי עובדת שפוטרה בהיותה בת 57, לאחר 27 שנות עבודה, פוטרה בין היתר מחמת גיל. במקרה זה, החברה טענה כי העובדת פוטרה מחמת צמצומים. בית הדין בחן את המקרה וקבע שעל אף שאכן היו צמצומים בחברה, הרי שהעובדת פוטרה מבלי שהחברה נתנה דעתה לטובה לגיל העובדת. כן נקבע שלא ניתן לנתק את סוגיית הגיל ממכלול השיקולים שהביאו לפיטורי העובדת, כאשר שכרה הגבוה היה השיקול העיקרי לפיטוריה. נקבע ששיקול הגיל הוא נגזרת של ותק בעבודה וגובה השכר. בית הדין שם דגש על כך שלא הוצעו לעובדת תפקידים חלופיים אחרים, לא הוצעה לה הפחתה בשכר ואף לא נבחנה אפשרות של פיטורי עובדת אחרת, בעלת ותק נמוך מוותקה של התובעת. על כן נקבע שפיטוריה נבעו בין היתר מחמת גילה המבוגר. בית הדין פסק לזכות העובדת סך השווה ל־10 משכורות בגין נזק ממוני, וכן פיצוי בגין נזק לא ממוני בסך כולל של 170,000 ש"ח. נוסף על אלה, נפסקו לעובדת הפרשי פיצויי פיטורים ופיצוי בגין פגמים שנפלו בהליך השימוע.

זה המקום להזכיר שלפי חוק גיל פרישה, גם עובדת וגם עובד זכאים לצאת לפנסיה בגיל 67. לצערנו, אנו נתקלים במקרים רבים שבהם עובדת נאלצת לפרוש בגיל 62 - בניגוד לרצונה ובניגוד לחוק. במקרים רבים, יקשה עד מאוד על עובדת שנפלטת משוק העבודה בגיל מבוגר למצוא עבודה חלופית. לכן, אפליה מחמת גיל היא אחת מצורות האפליה בעבודה החמורות יותר.

הידעת?

- **שכר עבודה יש לשלם לכל המאוחר עד ליום ה־9 בכל חודש! (ולא עד ליום ה־10, כפי שרבים סבורים בטעות).**
- **השכר צריך להיות משולם בגין העבודה שבוצעה בגין החודש הקלנדרי המלא שחלף (מתחילתו ועד סופו).**
- **ניתן לסכם בכתב, בין העובדת והמעסיקה, שהשכר יתייחס לתקופה שונה מהחודש הקלנדרי הרגיל (לדוגמה, מיום 19 בחודש ועד ליום ה־18 בחודש העוקב). אולם, גם במקרה זה יש לשלם בתוך 9 ימים מתום החודש המוסכם.**
- **כל מעסיק חייב לתת לכל עובדת מסמך בדבר "הודעה על תנאי עבודה", שיפרט את כל תנאי העסקתה אצלו. זאת בתוך 30 ימים מתחילת עבודתה אצלו.**

כל שיננית חברת אש"י שזכויותיה בעבודה נפגעו - הן זכויותיה הבסיסיות כעובדת והן זכויותיה כאישה, מוזמנת לפנות למשרדנו לקבלת ייעוץ משפטי. זאת, כחלק מהזכויות של כל חברה באש"י לקבלת ייעוץ משפטי בדיני עבודה.

....

1 סעש (ת"א) 56113-10-15 רעיה אברמוב נ' לילית קוסמטיקה בע"מ.
2 סעש (ת"א) 59426-11-15 יעל מייכור נ' אלטק בע"מ.

SAVE THE DATE
11.6.19
הכנס השנתי
ב"אבניון" קרית שדה התעופה

Healthy Gums. Healthy Life.

מבחר מברשות שיניים איכותיות
לילדים ולמבוגרים
בעיצוב חדיש ומהפכני
לשיפור טכניקת הציחצוח

מבחר עשיר של מברשיות
ועזרים דנטלים לניקוי יסודי ולהגיינת הפה

גם יופי ו- G·U·M בריאות

פרודנטל ט.פנדו בע"מ

שחם 32, קרית מטלון פתח תקוה 4951727, טל. 03-5605446
יומי 054-4501588, לימור 054-4405599, שמעון 054-6699010
E-mail: proden@barak.net.il

ניתן להשיג בכל בתי מרקחת
ורשתות הפארם והדנטלים

עזרו למטופליכם לשמור על הדרך לחניכיים בריאות

משחת שיניים פרודונטקס מוכחת קלינית בהפחתת פלאק, דימום בחניכיים ודלקת

4X
יעילה יותר בהסרת פלאק*[1]

48%
יעילה יותר בהפחתת דימום בחניכיים*[1]

המלץ על משחת שיניים פרודונטקס כדי לסייע למטופלים לשמור על בריאות חניכיים אופטימלית בין הביקורים אצל רופא השיניים

*בהשוואה למשחת שיניים רגילה, לאחר ניקוי מקצועי וצחצוח יומיומי פעמיים ביום למשך 24 שבועות
לדיווח תופעות לוואי il.safety@gsk.com או בטל' 03-9297100, כתובת GSK - רח' בזל 25 פ"ת מיקוד 4900202
Reference: 1. Data on file, GSK, RH02434, January 2015.

June 2018 IL/CHPAD/0043/18