

שיננות

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



8 לשון קשורה

14 סרטן הפה: מה ידוע עליו ואיך מטפלים?

20 השתלות שיניים ביום אחד

22 ריפוי בעיסוק והיגיינת הפה

24 התמודדות עם מטופל חרדתי

28 מדוע עלינו לשמור על העיניים?

30 יום בחיי שיננית בעולם

32 פעילויות האיגוד

34 לחוק יש שיניים: המצפן המקצועי וצו המצפון



קידום בריאות ומניעת מחלות

המובילה העולמית במוצרים מהטבע

HimalayaTM
SINCE 1930



פראבנים ללא

לא נוסה על בעלי חיים

טבעוני

חומרי גלם ישירות מהחקלאי

מבוסס על רפואה אירווודית

צוות המחקר הגדול בעולם



מיסוואק

מונע הצטברות של פלאק ומסייע במניעת דלקות



נים

אנטי בקטריאלי - נלחם בחיידקים



רימון

אסטריגנט טבעי



**הסדרה לבריאות החניכיים
חומרים פעילים טבעיים**



גיליון 76 [מרץ 2023]

עורכת ראשית:

סבטלנה מיכאילוב חי RDH

עריכה לשונית:

נעמה דותן

עיצוב ועריכה גרפית:

נילי גולדמן ליניו 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
יהודה הנשיא 37, 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
מיקוד 7179902
דוא"ל: idha.org.il@gmail.com
נייד: 050-2006389
פקס': 153-50-2006389
או דרך האתר: www.idha.org.il

שלום לכם, קוראים יקרים,



אני שמחה להציג בפניכם את גיליון מרץ 2023 - גיליון של אביב ושל התחדשות, עם מאמרים מחדשים ומעניינים בנושאים מגוונים. לכבוד האביב, גם העיתון שלנו מתחדש במדור חדש-דנדש - "יום בחיי שיננית מסביב לעולם!" מדור זה יציג בכל גיליון שיננית ממקום אחר בעולם, ואיך נראה יום העבודה שלהם. אני בטוחה שממש כמוני, גם אתם תתרגשו להכיר קולגות מרחבי העולם, למצוא בחייהם דברים שונים או דומים לחיינו שלנו - ולהמשיך להרחיב אופקים. אני מודה מקרב לב לכותבי המאמרים, שטרחו ועמלו כדי לסייע בקידום הידע של השינניות בישראל. זה אינו מובן מאליו - ואנחנו מעריכים זאת מאוד. ברשותכם, אנצל במה זו לכמה מילות תודה ופרידה מנשיאת הכבוד היוצאת של האיגוד, נחמה כפרייגרינברג. תודה רבה לך, נחמה, על ההשקעה, ההתנדבות, האכפתיות והאהבה שלך למקצוע השיננות. ללא ספק, הטבעת את חותמך הן על המקצוע והן על האיגוד. כהונתך כנשיאת האיגוד הייתה לנו לכבוד גדול. מעריכים ומודים!

סבטלנה מיכאילוב חי RDH
עורכת "שיננות"

תוכן העניינים



- 3** דבר העורכת | סבטלנה מיכאילוב חי RDH
- 4** דבר יו"ר אש"י | הדס אברהם-גולדברג RDH MA. דבר המנכ"לית | שרון פרידמן-יניב RDH MHA
- 6** דבר נשיאת הכבוד | נחמה כפרייגרינברג RDH BA
- 8** לשון קשורה | ד"ר אנדה רוזן-ולטר MSc DMD, ד"ר אבידור רוזמן DMD
- 14** סרטן הפה: מה ידוע עליו ואיך מטפלים? | ד"ר רות גינת-קוטון MSc DMD, ד"ר מיכאל יואכים MSc DMD, פרופ' עימאד אבו אל-נעאג' DMD
- 20** השתלות שיניים ביום אחד | ד"ר דורון אבניאלי MD DMD MPA
- 22** ריפוי בעיסוק והיגיינת הפה | עליזה הירש שברו BOT
- 24** התמודדות עם מטופל חרדתי | ג'ודי פולסטר RDH
- 28** מדוע עלינו לשמור על העיניים? | ד"ר שרון אילון MSc DMD
- 30** יום בחיי שיננית בעולם | הדס אברהם גולדברג RDH MA
- 32** פעילויות האיגוד - כנסים בארץ ובעולם; תרומה לקהילה: התנדבות במקלטים לנשים נפגעות אלימות; קורס ריענון בהחייאה
- 34** לחוק יש שיניים - המצפן המקצועי וצו המצפון | ד"ר עדי ניב-יגודה, עו"ד

צרי עוד היום קשר והצטרפי!!

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



בואי והצטרפי עוד היום לאיגוד השיננות הישראלי -

הבית היחיד ששומר על האינטרסים המובהקים של השינניות בישראל

www.idha.org.il 050-2006389 idha.org.il@gmail.com



דבר היו"ר

חברות אש"י, שלום רב,



מספרים על זושא מניאפולי שהיה אומר: כשאגיע לשמים לא ישאלוני מדוע לא הייתי משה רבנו, אלא מדוע לא הייתי זושא. תקופה לא פשוטה לפנינו. אנחנו עם שמחפש זהות, כזו שתתאים לכולם, וזה לא קל. כמו במשפחה, כל אחד הוא בעל אופי שונה ורצונות אחרים, לעיתים כאלו המנוגדים זה לזה. לכל אלה מתווסף זרם מידע בלתי פוסק, המושמע ונראה מכל עבר, כל אחד ומשנתו. המידע זרם ללא פילטרים, מקומות ואנשים רחוקים מוצגים אל מול עינינו למשך שניות ספורות, אופנות חברתיות עולות ומשתנות חדשות לבקרים, חדשות הבוקר הופכות לישנות כבר באמצע היום, הכול קורה מהר ואינטנסיבי. בתוך כך, יש חשיבות לשמירה על גבולות "האני". כפי שמשפחה מתווה דרך, חזון ושותפות במסע ובנטל, כך החברה בישראל מבקשת ליצור את הדבר החדש, שיכיל את כל חברי המשפחה יחד. לכל אחת מאיתנו יש את המסגרת שבה היא גדלה. סביבתנו הקרובה, המשפחה, החברים, הקהילה. אלה שפגשנו ביום-יום, פנים אל פנים, הם שהשפיעו עלינו וכיוונו אותנו להיות הבוגרות שאנחנו כיום. בין אם הייתה זו סביבה מיטיבה יותר או מיטיבה פחות - היא אפשרה לנו ללמוד תקשורת אישית מהי; כזו שרצינו להשתמש בה כמוודל או כזו שסייעה לנו להבין שאפשר גם אחרת. בעידן שבו כולם מוצגים דרך מסכים, יש לנו אחריות. האחריות שלנו היא לא לשכוח שיש גם תקשורת אחרת; אישית יותר, קרובה יותר, כזו שמדברת, מחייכת ונמצאת קרוב. תקשורת שאינה מוגנת מאחורי מסך. תקשורת גבוהה, "מרימה" ומשפיעה לטוב - לא רק כסיסמאות ריקות מתוכן, אלא במעשים קטנים ויומיומיים: חיוך רחב, שמחה אמיתית עם מטופל שעדכן שהוא מתחתן, יד מנחמת למטופלת ששיתפה בקושי שהיא מתמודדת איתו, אוזן קשבת לקרובים לנו, סבלנות על הכביש, ברכת "בוקר טוב" לשכנה במעלית. הקשבה - גם ובעיקר - למי שחושבת אחרת ממני. בסופו של דבר - ולא משנה כמה נצפה, נשתף, נספוג ונהיה חלק ממהפכה כזו או אחרת - אנחנו נותרות אנחנו, "זושא". אותנטיות לאמת פנימית של טוב אנושי. לשם כך איננו צריכות מהפכות ומדיה; זה טבוע בנו. זו מהותנו כבנות חווה, כבני אנוש בכלל. "מותר האדם מן המכונה", תבונה ורגישות אנושית שיש רק לנו. האותנטיות.

כדי להצליח בהפצת הטוב, כל אחת צריכה להיות זושא. לשפר ולחזק את המקומות שלה, להיות בתנועה. לא מצפים מאיתנו להיות משה רבנו, מוחמד, ישו, בודהה או כל דמות "אלוהית" אחרת. איננו מושלמות (בינינו, גם הם לא היו, וזה חלק מגדולתם), אבל אנחנו מתאמצות, משפרות מעט בכל פעם, קשובות יותר, סבלניות יותר, חייכניות יותר וטובות קצת יותר. תהיי את בגרסה הכי טובה שלך.

אישה מיוחדת, שיננית ותיקה (שלמדה וסיימה את לימודיה לשיננות בקנדה ובארץ לימדה במחזור הלימודים הראשון בארץ) שהביאה איתה המון טוב, נחמה כפריגרינברג, מסיימת בימים אלה את תפקידה כנשיאת הכבוד של האיגוד. לאורך שתי קדנציות היא מילאה את התפקיד באמנות ובמרץ רב, נרתמה בכל עת ועזרה לחברות ההנהלה וליגוד בכלל. תודה לך, נחמה, על שנים ארוכות באיגוד בשלל תפקידים, על הידע והניסיון הרב שחלקת איתנו בכל הזדמנות ועל שזכינו ללמוד מסך ולהתנדב לצידך. תודה רבה!

נתראה בשלל אירועי האיגוד, המתוכננים למענכן עם הרבה מאוד מחשבה ותוכן, כדי שתמיד נהיה קצת יותר מ"עוד מקצוע". שואפות גבוה - איתכן ולמענכן.

שלכן/ם

הדס אברהם-גולדברג - יו"ר אש"י

וחברותיי בהנהלה



דבר המנכ"לית

שינניות יקרות,



בימים אלה אנו עדות לאירועים שלא היו כדוגמתם בארץ מעולם. אי אפשר להתעלם או להישאר אדישים למתרחש בחברה הישראלית. הדים לאירועים אלה אנו פוגשים ברחוב, בחוגים החברתיים שלנו, סביב שולחן האוכל המשפחתי וגם בקליניקה - כאשר מטופלים מכל קצות הקשת הפוליטית מגיעים מוטרדים ועמוסי חששות. (ובל נשכח שיש לסטרס השפעה גם על מצב הבריאות ובריאות הפה.) גם המצב הכלכלי והאי-ודאות מכבידים כמעט על כל משק בית בישראל.

במשך 43 שנותיו של איגוד השיננות הישראלי, תמיד קידמנו ערכים וחזון המבוססים על קידום בריאות; על כבוד לאדם - מטופל ומטפל, ללא הבדל דת, מין וגזע; על שותפות עם גופים שונים וגורמי מקצוע; ועל נאמנות ודאגה לשינניות, למקצוע, לציבור ולצרכים המגוונים של כולם. אנחנו גאות להיות חלק בלתי נפרד מעולם הרפואה.

אש"י היה מאז ומעולם גוף אפוליטי, שאינו מזוהה או מזדהה עם מפלגה זו או אחרת. המרקם החברתי-מקצועי-תרבותי האיתן שלנו נשמר לאורך כל השנים.

עם זאת, ובהקשר לכך, אני רוצה להביע את דאגתי לגבי כמה נושאים המונחים היום על שולחנה של הכנסת ורלוונטיים לנו, כנשות מקצוע פארא-רפואי הרואות לנגד עיניהן את טובת הציבור ובריאותו. נושאים כגון הפחתת המס על משקאות עתירי סוכר (שכבר הוכח במחקר שהעלאת המס הפחיתה את צריכתם); הרצון לאפשר לאיש המקצוע לסרב לטפל באדם שערכיו שונים משלו; הורדת רף הקבלה והלימודים למקצועות פארא-רפואיים; השלכותיה של חקיקה שתפגע בנשים, ועוד. זה לא ימין ושמאל, וגם לא דתיים אל מול חילוניים. כולנו מבינות את השלכות האפשריות של הנושאים שמניתי על המקצוע שלנו ועתידו.

מעבר לכל אלה, האופן שבו מתנהל השיח הציבורי מטרד ומעורר חששות. לא אחת הבעתי את דעתי על אופן ניהול השיח במגוון נושאים ותחומים. הפערים, הפילוג וההסתה תופסים היום תאוצה ומאיימים לפגוע במרקם העדין של החברה שלנו, בחוסנה וביטחונה של המדינה ובחינוך ילדינו ועתידם. אני מייחלת שיימצא מי שיויבל להידברות אמיתית, אשר תוריד את גובה הלהבות ותחזיר לנו את היחד ואת השקט והביטחון, הלאומיים והאישיים. ובכל זאת, אני רוצה לדבוק באופטימיות. אנו, באש"י, נמשיך לשמור על ערכי המוסר, האתיקה, האחוה והמקצועיות שליוו אותנו עד כה. אלה יוסיפו ללוות, להעצים ולקדם אותנו - כנשות מקצוע וכבנות אדם.

בברכה,

שרון

מנכ"לית אש"י

דור חדש במברשות חשמליות שילוב תכונות מקצועיות ומחיר כדאי

חברת Jordan גאה להציג דור חדש של מברשות שיניים חשמליות שיעניקו למטופלים שילוב של תכונות מקצועיות לשמירה על בריאות הפה, טכנולוגיה חדשנית, עיצוב סקנדינבי עדכני ומחיר כדאי במיוחד.

- שתי מהירויות 8,000 או 10,000 סל"ד 
 - טיימר 2 דקות מסמן גם כל 30 שניות 
 - חיישן לחץ 
 - סוללה חזקה עד 20 יום פעולה (80 דקות צחצוח) בטעינה מלאה 
 - אפשרות לטעינה מהירה 20 דקות פעולה לאחר 2.5 שעות 
 - נורה לחיווי טעינה נמוכה מסמנת הגעה ל-20% טעינה 
 - כבל USB לטעינה אין צורך במטען נפרד 
- תואמת למרבית ראשי המברשות של ORAL-B®

WHITENING
עם סיבי WhiteTec™ להסרת כתמים יעילה



SENSITIVE
עם סיבים רכים ודקים במיוחד לניקוי עדין



CLEAN
עם סיבים בטכנולוגיית SOFTCLEAN™ לניקוי יעיל




לקבלת ערכת התנסות
סרקו את הקוד הבא:



דבר נשיאת הכבוד



שינויות יקרות,



רק מצמצתי - ועבר עשור; עשור שבו כיהנתי כנשיאת הכבוד של איגוד השינונות הישראלי. קיבלתי על עצמי את התפקיד בעידוד בנותיי ובתמיכתן, והוא היה עבורי סוג של סגירת מעגל. זכיתי בכבוד ובעונג לראות מקרוב כמה דורות של שינוניות, שעובדות כה קשה ובהתנדבות מלאה למען רווחתם של כלל

השינוניות ושל הציבור הרחב.

עליתי לארץ מקנדה בסוף שנת 1976, כאשר התקבלתי למשרה של מדריכה קלינית בבית הספר לרפואת שיניים בהדסה עין כרם. על אף שמהות התפקיד עדיין לא הייתה ברורה, ארזתי שתי מזוודות, עליתי על מטוס ויצאתי לדרך.

מעבר לעובדה שהייתי צעירה מרוב הסטודנטים, גיליתי מהר מאוד שלא רק הסטודנטים לא שמעו מעולם על המקצוע שלי, אלא גם חלק ניכר מהצוות. המילה "שינונית" הייתה חדשה בלקסיקון העברי, והמילה שינונות (שם המקצוע) הומצאה רק זמן מה מאוחר יותר.

זו הייתה תקופה מאתגרת במיוחד. לאחר שנתיים, שבמהלכן הדרכתי סטודנטים לרפואת שיניים בשנת הלימודים הרביעית, החמישית והשישית, נפתחה התוכנית הראשונה בארץ לשינונות. היה לי הכבוד ללמד בה, במקביל להמשך הדרכת הסטודנטים לרפואת שיניים.

את איגוד השינונות הקמנו יחד - בוגרות המחזור הראשון של התוכנית והשינוניות המעטות שעלו לארץ ממדינות שונות. על אף שהיינו מעטות, הבנו את הצורך להתאגד, לתמוך זו בזו ולהמשיך ללמוד ולהתפתח מקצועית. אין מילים לתאר את הגאווה שאני חשה אל מול ההתפתחות וההישגים של אש"י כיום! הייתי מעורבת באיגוד החל מהוועד הראשון, ועל אף שתפקידי תם - אני מתכוונת להמשיך לעודד ולתמוך בכל דרך אפשרית באיגוד שאני כל כך מאמינה בו.

לקראת סיום תפקידי, אסכם בכמה מילים כמה דברים חשובים שלמדתי לאורך השנים מניסיוני כשינונית; מילים שאני רוצה להקדיש לכן, חברותיי למקצוע.

הניסיון והחיים מלמדים אותנו רבות. לא תמיד הכול הולך כמתוכנן; אי אפשר לתכנן הכול ותמיד יהיו דברים שלא נצליח לשנות. כדאי לאמץ את תפילת השלווה:

**אלי, תן בי את השלווה - לקבל את הדברים שאין ביכולתי לשנותם,
את האמץ - לשנות את אשר ביכולתי,
ואת התבונה - להבדיל ביניהם.**

אין מה לעשות - בחרנו במקצוע מלחיץ. לחץ של המעביד, המצפה לתפוקה גבוהה. לחץ מיתר הצוות, לעמוד בלוח הזמנים. לחץ מצד המטופלים, שרובם לחוצים בעצמם ורוצים טיפול ללא כאבים, טיפול יסודי, טיפול זריז או דווקא טיפול איטי, שרוצים שלא נטיף להם ושנשנה את מראה פניהם כליל... עלינו לקבל את העובדה שאי אפשר לרצות את כולם! זכרו תמיד שהאדם הכי חשוב בחייכן הוא אתן. אם לא תטפלו ותטפחו את עצמכן, לא תוכלו לתפקד ולעזור לאחרים. אמפתיה היא תכונה העוזרת לכולנו להיות אנשים ואנשי מקצוע טובים יותר. לא כדאי לשפוט אחרים - כולנו שונים זה מזה. גם את עצמנו לא כדאי לנו לשפוט. ובכלל, עלינו להתייחס לעצמנו באותה חמלה שאנו מפנות כלפי האחרים.

בנוגע למטופלים שלנו, חשוב מאוד לזכור שהרקע הרפואי, החברתי והאישי שלהם ישפיע על תוצאות הטיפול שאנו מעניקות להם. אם נצפה לתוצאות לא ריאליות, נתאכזב יחד עם המטופל. אנו מטפלים בבני אדם ולא במחלה. חשוב שנהיה זמינות, נעודד ונטפח אצל מטופלינו התנהגות בריאות רצויה. חשוב לקבל ולחגוג כל שיפור, גם אם הוא קטן בהרבה מהצפוי או מהרצוי.

הביטו קדימה. המשיכו ללמוד וללמד. פרגנו זו לזו. מדי פעם קחו צעד אחורה והזכירו לעצמכן מה מהות מקצוע השינונות ומהי הסיבה לכך שאתן עדיין במקצוע. אישית, אחרי כמעט חמישה עשורים, אני מוצאת את עצמי עובדת במשרה מלאה חמישה ימים בשבוע, מכהנת כחברה בוועד בוחנים במשרד הבריאות, ועד לא כל כך מזמן גם נשיאת הכבוד של אש"י. ועדיין אני מוצאת סיפוק רב בעבודתי. בורכת.

ומילה אחרונה לסיום: במשך השנים הכרתי לא מעט שינוניות, ומכולן השכלתי. תודה!

באהבה גדולה,

נחמה כפרייגרינברג RDH BA

ג.ב. תודה מיוחדת לבתי קרן, שערכה כל מילה שכתבתי בעשור כהונתי.

בעלי תפקידים בהנהלת האיגוד

RDH, MA **הדס אברהם-גולדברג**

יו"ר אש"י

טל': 054-2212120

דוא"ל: hag2212@gmail.com

RDH, MHA **שרון פרידמן-יניב**

מנכ"לית אש"י

נציגת הוועדה המייעצת

לשינונות משה"ב

טל': 052-2638544

דוא"ל: sharonapo@gmail.com

RDH **סבטלנה מיכאילובי-חי**

מזכירת אש"י ועורכת "שינונות"

טל': 054-4200420

דוא"ל:

svetlanamcrdh@gmail.com

RDH **נורית טינסקי**

גזברית אש"י

טל': 054-2666358

דוא"ל: nurittin@walla.com

חברות הוועד המנהל:

RDH **אורה בן יוסף**

טל': 054-2401400

דוא"ל: orabenyo@gmail.com

RDH **דקלה ברזילי**

טל': 052-3420967

דוא"ל: diklarb@gmail.com

RDH **נאוה מנג'ם**

טל': 050-6614286

דוא"ל: nava2210@gmail.com

RDH **נצי שאדי**

טל': 054-5889902

דוא"ל: netsi.shadi@gmail.com

RDH, BA **נחמה כפרייגרינברג**

נשיאת הכבוד של אש"י

טל': 052-8235446

דוא"ל: necha.kg@gmail.com

RDH **רות אוחנה**

המנהלת האדמיניסטרטיבית של אש"י

טל': 050-2006389

פקס': 153-50-2006389

דוא"ל: idha.org.il@gmail.com



סדרה דנטלית מקצועית
לבריאות הפה

הסדרה שתשאיר אתכם עם פה בריא



ללא
גלוטן

ללא
אלכוהול

לטיפול ומניעת ריח פה ורענון הנשימה

מסייעת בהשבת הלוכן הטבעי של השיניים,
מסירה ומונעת כתמים

טיפול מקצועי יומיומי להגנה על השיניים והחניכיים

טיפול מקצועי בדלקת חניכיים
מאושר לשימוש בהריון והנקה

להקלה והגנה יומיומית לשיניים רגישות

להגנה ולטיפול בשיניים ובחניכיים בזמן
הטיפול האורתודנטי

משחות שיניים לילדים בטעם תות, מכילות
פלואוריד ותוספת סידן

Lacer Fresh
לרענון הנשימה

Lacer Blanc
להלבנת שיניים

Gingi Lacer
לטיפול יומיומי

Chlorhexidine Lacer
דלקת חניכיים

Sensi Lacer
לשיניים רגישות

Orto Lacer
למטופלים אורתודנטיים

Lacer kids & junior
משחות שיניים לילדים



www.lacer.co.il

לפרטים נוספים: שרון ארביב, מומחית מוצרי לייסר: 052-6011873



לשון קשורה

הקדמה

המונח פרנולום לינגואלי מתאר את רקמת המוקוזה המחברת את הלשון לרצפת הפה ומורכבת מרקמת חיבור, סיבים אלסטיים ולעיתים גם חלק של אחד משרירי הלשון (הגינגולוסוס). הפרנום מופיע באנשים שונים באורכים ובעוביים שונים (1,2).

כאשר רקמה זו מגבילה את תנועת הלשון ותפקודה, המצב מתואר כ"לשון קשורה" (tongue-tie, Ankyloglossia) (3,4). שכיחות תופעת הלשון הקשורה באוכלוסייה נעה בין 4.2% ל-10.7% (5-7).

השפעת הפרנום הלינגואלי על התפקוד המוטורי וההתפתחות האורלית מהווה מוקד עניין בקרב קלינאים במקצועות רפואיים שונים, אך קיימים הבדלים בהמלצות ובגישות הטיפול בין רופאי ילדים, רופאי אף-אוזן-גרון, יועצות הנקה, קלינאי תקשורת ורופאי שיניים מהתחומים השונים (3,5,8-14).

רוב המומחים ברפואת ילדים (90%) והמומחים ברפואת אף-אוזן-גרון (70%) תומכים בדעה שלשון קשורה גורמת לבעיות הזנה רק במקרים נדירים. לעומתם, 69% מקרב יועצות ההנקה מאמינות שלשון קשורה גורמת לבעיות הזנה בשכיחות גבוהה ו-30% תומכות בדעה שיש לעיתים קר שר כזה (15).

מלבד בעיות הזנה כגון קשיים בהנקה או ביניקה מבקבוק, קשיים בבליעה או קשיים בליקוק גלידה, תוארו השלכות נוספות של התופעה. השלכות אלו כוללות השפעה על הסגר (בעיות אורתודונטיות), קושי בפינוי מזון מחלל הפה (oral clearance), נסיגת חניכיים (במצבים שבהם הפרנום מחבר בין הלשון לרכס התחתון או למיקום העתידי של החניכיים הלינגואליות של החותכות התחתונות), ואף תוארה פגיעה בדימוי העצמי והחברתי. מאמר שסקר השלכות אלו קבע שהמידע הקיים מועט וללא ביסוס מדעי מספק, שכן אין נתונים השוואתיים פרוספקטיביים אורכיים העוקבים אחר מקרי לשון קשורה שלא עברו התערבות כירורגית. מסיבה זו, במצב הקיים לא ניתן לתת להורים מידע מהימן על ההשלכות לטווח הארוך ועל כן ההמלצה היא להתמקד באופן בלעדי בהשלכת תפקוד הלשון בהנקה (16).

בסקירה זו נפרט את הסיווגים השונים של לשון קשורה, הערכה קלינית, גישות ודרכי טיפול, התוויות, התוויות נגד וסיכונים.

לשון קשורה והזנה

ארגון הבריאות העולמי (WHO) והארגון האמריקאי לרפואת ילדים (AAP) ממליצים על הנקה מלאה ובלעדית עד גיל חצי שנה לטובת גדילה והתפתחות בריאים וכן על שילוב הנקה כהשלמה לתזונה גם מעבר לגיל שנה. לשון קשורה עלולה לפגוע בתפקוד התקין של ההנקה (17). תנועתיות מוגבלת של הלשון עלולה לגרום גם לקשיים באכילה מבקבוק, קשיים בדיבור, בעיות סגר ונסיגת חניכיים (3,5,7,8,10-12,14,18,19).

הסימפטומים הנפוצים ביותר המתוארים בקרב תינוקות יונקים עם לשון קשורה כוללים יניקה שטחית (הנקה/בקבוק) הפוגעת ביעילות

ההאכלה, משך ארוחה ארוך אשר מעייף את התינוק, עלייה איטית/חוסר עלייה במשקל, בליעת אוויר שעלולה להגביר את תופעת הגזים וריפלוקס, וכן זליגת חלב מהפה בזמן ההאכלה עקב איטום לקוי, קולות קליק במהלך ההנקה או ההאכלה וכאב או פגיעה של האם בעת הנקה (20,21).

לא ניתן לייחס קשר ודאי, מבודד וחד-משמעי בין הווריאציה האנטומית של הלשון ליכולת התפקודית שלה, ולכן מראה הלשון והפרנום הלינגואלי אינם יכולים לשמש כלי אבחנתי (22).

סיווג לשון קשורה

קיימים סיווגים רבים של לשון קשורה. נזכיר את הנפוצים ביותר בספרות הרפואית:

1. סיווג על פי קורילוס (23). סיווג זה כולל ארבע דרגות, המתארות את מיקום החיבור האנטומי של הפרנולום הלינגואלי: סוג 1 - מתאר מצב שבו הפרנום הלינגואלי מחובר מצד אחד לקצה הלשון ומצידו השני לרכס האלוואולרי (תמונה 1); סוג 2 - חיבור הפרנום הוא 4-2 מ"מ נמוך מקצה הלשון ומצידו האחר מתחבר לרכס האלוואולרי התחתון או מייד מתחתיו (תמונה 2); סוג 3 - הפרנום מתחבר מצד אחד למרכז הלשון ומצידו האחר למרכז רצפת הפה (תמונה 3); סוג 4 - הפרנום סבמוקוזי (תת-רירי) ועל כן אינו נראה כלל. במצב זה, החיבור לרצפת הפה הוא לבסיס הלשון (תמונה 4).

2. סיווג אחר, המתייחס לדרגות חומרה של קשר הלשון, הוצע על ידי המקרים. במקרים אלו, הפרנום מתואר כגמיש ודק יותר. בחיבור מסוג 3-4 הפרנום לחב בשרני ועבה ופחות אלסטי. סיווג זה של קורילוס מתייחס בעיקר לתיאור מאפייני הפרנום ומיקום החיבור האנטומי ואינו מתייחס לתפקוד הלשון.

3. סיווג אחר, המתייחס לדרגות חומרה של קשר הלשון, הוצע על ידי Kotlow (24). הסיווג מתייחס לאורך הפרנולום בילדים מגיל 18 חודשים ועד 14 שנים. האורך נמדד מנקודת היציאה ברצפת הפה ועד לנקודת החיבור ללשון. אורך פרנולום מעל ל-16 מ"מ נחשב כתקין. מתחת לאורך זה קיימות ארבע קטגוריות: 0-3 מ"מ מגדיר חיבור מוחלט, 4-7 מ"מ מוגדר כחיבור חמור, 8-11 מ"מ מסווג כרמת חיבור בינונית ואילו אורך פרנום של 12-16 מ"מ נחשב לרמת חיבור קלה.

4. סיווג אחר, המתייחס לדרגות חומרה של קשר הלשון, הוצע על ידי Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF) - סיווג על שם הייזבלקר. זהו סיווג נוסף, המוזכר בתדירות בספרות. בשל מורכבותו הוא משמש בעיקר ככלי עזר מחקרי. סיווג זה כולל סעיפים רבים, המתחלקים לשני חלקים: החלק הראשון מתייחס למראה הלשון והפרנולום, והחלק השני מתייחס להערכה של תפקוד הלשון (25).

בסיווג זה מתקבלת תוצאה שבין 0-24 נקודות, כאשר הערך המקסימלי של רמת התפקוד הוא 14 נקודות והערכת מראה הלשון והפרנום יכולה להסתכם בערך מרבי של 10 נקודות. המטרה העיקרית של סיווג זה היא להעריך את הצורך בהתרת הלשון (13).

מחקר שבדק את מהימנות סיווג זה (HATLFF) מצא את ההסכמה הגבוהה ביותר בין חוקרים שונים במדדים המעריכים את התנועות הצידיות של הלשון, את הרמת הלשון ואת הוצאתה החוצה. עם השנים, השאלון עבר שינויים - הורדו קטגוריות שלגביהן הייתה

ד"ר אנדה רוזן-ולטר - מנהלת היחידה לרפואת שיניים ילדים, המערך לבריאות הפה והשיניים, כירורגיה פה פנים ולסתות, מרכז רפואי צפון (ע"ש ברוך פדה), מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש עזריאלי, אוניברסיטת ברא"ל, צפת.
ד"ר אבידור רויזמן - מומחה ברפואת שיניים לילדים, רופא בכיר במרפאת לשון קשורה, המרכז לבריאות הפה והשיניים, המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי - איכילוב.

הסכמה פחותה בין חוקרים שונים והסולם הוגבל ל-0-16 נקודות. כאשר ערך סך כל הסעיפים שווה לארבע נקודות או פחות, אז אינדיקציה להתרה של הלשון (26).
 4. The Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) - סיווג המבוסס על אבחון הייזלברקה, להערכת חומרת הקשירה של הלשון. זהו מדד פשוט וקצר יחסית. יש בו ארבע שאלות, שהציון בהן הוא בין 0-2:

תוצאה	2	1	0	
צורת קצה הלשון	מעוגל	שקע קטן/חרוץ	צורת לב	צורת קצה הלשון
חיבור הפרטלום לרכס החניכיים התחתון	חיבור לרצפת הפה	חיבור באזור הלינגואלי של החניכיים	חיבור בקצה רכס החניכיים	חיבור הפרטלום לרכס החניכיים התחתון
תנועת הרמת הלשון כאשר הפה פתוח (לרוחה בבכי)	כל הלשון כולה עולה לכיוון החרך	רק שולי הלשון מתרוממים לכיוון החרך (מראה קעור)	הלשון מתרוממת באופן מינימלי	תנועת הרמת הלשון כאשר הפה פתוח (לרוחה בבכי)
תנועת הוצאת הלשון מחוץ לפה (פחטרוזיה)	קצה הלשון עובר את השפה התחתונה	קצה הלשון עובר את קו החניכיים	קצה הלשון מאחורי החניכיים	תנועת הוצאת הלשון מחוץ לפה (פחטרוזיה)



סיווג 2



סיווג 1



סיווג 4



סיווג 3

5. סיווג נוסף, מתבסס על ה-BTAT - בסיווג זה הוחלף המלל בתשעה איורים פשוטים, המדגימים באופן חזותי את התיאור המילולי. הפיכת

TABBY - The Tongue-tie and Breastfed Babies

סיווג 5

	0	1	2	SCORE
What does the tongue-tip look like?				
Where it is fixed to the gum?				
How high can it lift (wide mouth)?				
How far can it stick out?				

© University of Bristol Design and Illustration: Hanna Oakes | oakshed.co.uk



המחשיד להנקה לא יעילה). בכל מקרה, ההמלצה היא לבצע התרת לשון רק לאחר הערכה מקצועית של יועצת הנקה. יש רופאים המבצעים התרת לשון במצבים נוספים, כגון הפרעה באכילה מבקבוק או מוצץ, הפרעה אסתטית או כדי למנוע בעיות עתידיות, אך אין לכך ביסוס מדעי.

הורים רבים מביעים דאגה מבעיה עתידית בדיבור. על פי המתואר בספרות, מגבלה בתפקוד הלשון עשויה לגרום לליקוי בדיבור (5,31,32), בעיקר בהגיית צלילים כגון /ט/ /ד/ /ל/ /ש/ מתגלגלת. לשם כך נדרש אבחון של קלינאי/ת תקשורת (33).

עם זאת, לא קיימים מידע מוצק או המלצה חד-משמעית על פתרון כירורגי במקרה של ליקוי בדיבור. אחת הסיבות לכך היא שילדים רבים עם לשון קשורה יוצרים "תיקון" (קומפנסציה) ואינם מבטאים קושי בדיבור למרות ההפרעה בתנועתיות הלשון (5,13,14,34-36).

מחקר שנערך באיכילוב (2011) לא מצא הבדל משמעותי בתוצאות טיפול ריפוי בדיבור בין ילדים שעברו התרת לשון לעומת ילדים שלא עברו התרה (37). על כן, הגישה המומלצת על פי ה-AAPD היא שאם אצל הילוד או הפעוט לא קיימות מגבלה או בעיה בהזנה, יש להמשיך לעקוב אחר הגדילה וההתפתחות שלו, שכן עם השנים צפויה נסיגה של הפרנס (עד גיל שש שנים בערך), מה שעשוי לייתר כל צורך בהתערבות (38).

מנגד, אם מתפתחים קשיים באכילה/דיבור/קושי חברתי או אישי - יש לשקול את הצורך בהתערבות בכל עת (38).

התוויות נגד לביצוע התרת לשון

אין לבצע התרת לשון במצבים שבהם קיים מבנה אנטומי חריג של הפנים כגון שסע בחך, בייחוד אם הוא משולב עם לסת תחתונה קטנה ואחורית (Pierre Robin Sequence) או כאשר קיימת נטייה לדמם אצל הילד או המשפחה.

התרת לשון - אפשרויות הטיפול

Frenotomy - חיתוך חלקי של הפרנס - הטיפול הנפוץ. מבוצע לרוב באלחוש מקומי, על פי הצורך, בילודים או בתינוקות צעירים.

Frenectomy - חיתוך מלא של הפרנס - מבוצע לרוב בהרדמה מלאה. החיתוך בפרנטומי יכול להתבצע בעזרת מספריים או סכין מנתחים (סקלפל), מכשיר דיאטרמיה (electrosurgery) או לייזר (39). השימוש בלייזר אינו נפוץ בארץ בשל עלותו הגבוהה של המכשור והצורך בשמירה הדוקה על יציבות המטופל, מצב המהווה אתגר אצל תינוק.

ברוב המקרים, הפעולה קצרה ופשוטה ונעשית תחת אלחוש מקומי בלבד. כאשר הפרנס דק וקדמי, הרקמה מכילה יחסית מעט כלי דם ועצבים ולכן צפוי דימום מועט וכאב קל. הדימום ייפסק לרוב תוך דקות ספורות, בלחץ קל עם פד גאזה. רצוי להציע הנקה מיידית. ההנקה נחשבת כמסייעת בעצירת הדימום ובעלת השפעה של שיכוך כאב וחיטוי. בימים שלאחר הפעולה, ההורים מתבקשים לבצע פעולת עיסוי של הלשון כמה פעמים ביום, עד הופעת סימני ריפוי ראשוני (גלד של רקמת חיבור) בפצע ההתרה. פעולה זו תפחית את הסיכוי להידבקות חלקית של שולי הפצע והקטנת טווח התנועה שהושג בהתרה (40).

יש מקרים שבהם יש לשקול פעולת התרה על ידי כירורג, בתנאים המאפשרים שליטה טובה על דימום (תחת סדציה או הרדמה כללית). מקרים אלו כוללים: פרנס בשרני ועתיר כלי דם, פעולה חוזרת (לרוב בשל הצטלקות), תינוק גדול (גיל או גודל פיזי), סיכון לדימום עקב בעיה רפואית או היסטוריה משפחתית.

שיטות לא כירורגיות: טיפול אוסטאופתי (Osteopathic Treatment). זהו טיפול מעולם הרפואה המשלימה המתמקד במפרקים, שרירים

המלל לאיורים הופכת אותו לפשוט ואינטואיטיבי להבנה וגם קל לשימוש במדינות שונות. הסיווג הזה נקרא TABBY - The Tongue-tie and Breastfed Babies (27). ציון 8 מצביע על לשון בתפקוד תקין. ציון 6-7 - גבולי. ציון 5 ומטה מצביע על בעיה. חומרתה גבוהה יותר כאשר מתקבל ציון 0-3 (27,28).

בכל אחד מהסיווגים הקיימים יש יתרונות וחסרונות; אין סיווג יחיד שמקובל באופן אוניברסלי (13), ועל כן קיימת בעייתיות בהשוואה בין מחקרים שונים, המשתמשים בסיווגים שונים. עם זאת, נמצא במחקרים רבים כי יכולת הלשון להתרומם היא בעלת חשיבות גדולה בהרבה לתפקוד במהלך הנקה, האכילה, דיבור והתפתחות הלסתות לעומת יכולת הלשון לצאת קדימה והחוצה (26,29,30).

הערכה קלינית

כאמור, מראה הלשון או מיקום חיבור הפרנס אינם מלמדים על תפקוד הלשון. עד כה לא קיים מדד אובייקטיבי להערכת טווח התנועה של הלשון ועוצמת הכוח שהיא מפעילה, ועל כן הקלינאים מסתמכים על בדיקה קלינית בלבד. בבדיקת תינוק לא ניתן לקבל שיתוף פעולה להערכת טווח תנועות הלשון, ועל כן הקלינאי אוסף "רמזים" ליכולת התפקוד של הלשון. הערכה זו היא סובייקטיבית. בהסתכלות על הלשון, הקלינאי יבחן את צורתה. צורת לב או שניץ קדמי מרמזים על סיבי פרנס המותחים את הלשון אחורה/מטה. בחלק מהמקרים, צורה זו נותרת גם לאחר התרת הלשון, בשל סיבים עמוקים בלשון.

מנח - כל אסימטריה במנוחה או בתנועה מחשידים להפרעה בתפקוד. **חיפוי** על הלשון עשוי לרמז על הפרעה בתפקוד הלשון. במצב שבו הפרנס מגביל את התרוממות הלשון, עלול להיפגע הניקוי הטבעי של הלשון הנוצר ממגע וחיכוך פפילות הלשון עם החך.

טווח התנועה - הקלינאי יגרה את השפה התחתונה, כדי לנסות להפיק תנועה של הלשון ולהעריך אם בתנועה קדימה (פרוטרוזיה) של הלשון היא עוברת את הרכס התחתון, ואם היא יוצאת מעבר לשפה התחתונה. בגירוי הרכס באזור אחורי ציד, ינסה הקלינאי להפיק תנועות צידיות של הלשון (תנועות החיוניות בהמשך לתפקוד באכילת מוצקים). הבודק גם ינסה להפיק תנועות מציצה על ידי גירוי החך עם הזרת, כדי לצפות ביכולת הערסול של הלשון על אצבע הבודק.

סיווג לשון קשורה - המיקום והחיבור של הפרנס. הקלינאי יבדוק היכן מתחבר הפרנס ללשון והיכן הוא מתחבר בצידו השני (ביחס לרצפת הפה והרכס התחתון). כמו כן, הוא יעביר אצבע מתחת ללשון ברצפת הפה, בתנועות מצד לצד, ויעריך אם יש מעבר חופשי/חלקי או מעבר חסום.

הסתכלות על מראה הלשון ומיקומה בעת בכי - האם הלשון נותרת קעורה ונמוכה או מגיעה למגע עם החך? כאשר מבנה החך גבוה או צר, הדבר מרמז על כך שהלשון אינה מגיעה לאזור ומפעילה כוחות להרחבת החך כפי שאנו מצפים בתפקוד תקין.

נמצאי הבדיקה משלימים את התשאול המקיף שעל הקלינאי לערוך עם ההורים לגבי הרגלי ההנקה ו/או היניקה מבקבוק. השאלות יתייחסו לדרך האכילה העיקרית - האם מדובר בבחירה מלאה או בפשרה עקב קשיים בהנקה? כמה זמן נמשכת הארוחה? האם יש פציעה או כאב של האם? האם הילד מתוסכל/מתעייף/מתנתק חליפות והאם הוא עולה במשקל באופן תקין לפי האחוזון שלו?

בהתוויות להתרת לשון המופיעות בנייר העמדה של איגוד רופאי הילדים הישראלי 2012 (1), הודגש כי מראה הלשון והפרנס אינם מספיקים כדי לקבוע הפרעה בתפקוד. לפי המלצתם, ההתוויה היא לבצע התרה רק במקרים שמדווח סבל וכאב חזק אצל האם בעת ההנקה (גם אם אין פציעה/סדקים בפטמות), ולשקול התערבות במקרים שהתינוק מתנתק ומתחבר חליפות בעת הנקה או כאשר אין עלייה מספקת במשקל (מצב



השתמש בליסטרין® כחלק משגרת הגיינת פה בשלושה שלבים

תוצאות ממחקרים:

פי 4.6 יותר מניעת פלאק במרווח האינטרפרוקסימלי מעל קו החניכיים בהשווא לניקוי בחום דנטלי*¹



49% הפחתה בהופעת דלקות חניכיים אקראיות בנוסף לצחצוח וניקוי בחום דנטלי*²



הורג 99% מהחיידקים, מפחית את השכבה המיקרוביאלית והקצב של הופעת החיידקים מחדש*³⁻⁶



השתמש בליסטרין® כחלק משגרת הגיינת פה בשלושה שלבים



*Sustained supragingival plaque prevention with continual once-daily on weekdays use for 12 weeks after a dental prophylaxis. Flossing was performed by a dental hygienist.
†Flossing underwent once-daily supervision on weekdays.



רשימת המקורות

1. צימרמן ד', מימוני, פ', ודולברג, ש' (2012). האבחון והטיפול בלשון קשורה בתקופת הינקות. ההסתדרות הרפואית בישראל - נייר עמדה.
2. Hale, M., et al. (2020). Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective. New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *J Paediatr Child Health*, 56(4), p. 557-562.
3. Suter, V. G. & Bornstein, M. M. (2009). Ankyloglossia: Facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol*, 80(8), p. 1204-19.
4. Amir, L. H., James, J. P, & Beatty, J. (2005). Review of tongue-tie release at a tertiary maternity hospital. *J Paediatr Child Health*, 41(5-6), p. 243-5.
5. Segal, L. M., et al. (2007). Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: Methodologic review. *Can Fam Physician*, 53(6), p. 1027-33.
6. Hill, R. R., Lee, C.S., & Pados, B.F. (2021). The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res*, 90(2), p. 259-266.
7. Boutsis, E. A., & Tatakis, D. N. (2011). Maxillary labial frenum attachment in children. *Int J Paediatr Dent*, 21(4), p. 284-8.
8. Delli, K., et al. (2013). Facts and myths regarding the maxillary midline frenum and its treatment: A systematic review of the literature. *Quintessence Int*, 44(2), p. 177-87.
9. LeTran, V., et al. (2019). Ankyloglossia: Last three-years of outpatient care at a tertiary referral center. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 126, p. 109599.
10. O'Callahan, C., Macary, S., & Clemente, S. (2013). The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 77(5), p. 827-32.
11. Webb, A. N., Hao, W., & Hong, P. (2013). The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 77(5), p. 635-46.
12. Dean, J. A. (2021). *Dentistry for the Child and Adolescent*. 11th ed. Elsevier. 752.
13. Visconti, A., et al. (2021). A systematic review: The effects of frenotomy on breastfeeding and speech in children with ankyloglossia. *Int J Speech Lang Pathol*, 23(4), p. 349-358.
14. Finigan, V., & Long, T. (2013). The effectiveness of frenulotomy on infant-feeding outcomes: A systematic review. *Evidence Based Midwifery*, 11(2), p. 40-45.
15. Messner, A. H., & Lalakea, M. L. (2000). Ankyloglossia: Controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 54(2-3), p. 123-31.
16. Chinnadurai, S., et al. (2015). Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: A systematic review. *Pediatrics*, 135(6), p. e1467-74.
17. WHO (2021). *Infant and young child feeding*, 9 June 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
18. Section on, B. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), p. e827-41.
19. Ochi, J. W. (2014). Treating tongue-tie: Assessing the

ושלד ומטרתו לחזק ולקדם את הבשלת מערכת העצבים, הדם והלימפה (41).

הסיבוכים הנלווים לפעולת התרת לשון, על פי המתואר בספרות

באופן מוחלט, שכיחות הסיבוכים המתוארת נמוכה יחסית, אך אין מספיק מחקרים המשווים בין פעולות המבוצעות על ידי אנשי מקצוע שונים (רפאי א.א.ג, רפאי ילדים, רפאי שיניים, כירורגים ועוד) או בשיטות שונות. מחקר פרוספקטיבי שנערך בניו זילנד ועקב אחר תוצאות התרת לשון בילדים מתחת לגיל שנה (2), מצא 13.9% סיבוכים ב-100,000 מקרים. ההערכה היא כי רמת הסיבוכים הבינוניים עד קשים עומדת על כ-1% מהמקרים.

בין הסיבוכים המתוארים בספרות אפשר למנות:

דימום - מיידי, כתוצאה מהחיתוך עצמו, או דימום שיימשך ויגרם לאיבוד דם ואף לשוק היפולמי (תת-נפחי) בתינוקות (42,43). במצבים חריגים, שבהם מבוצעת פעולת חיתוך ראשונה בתינוקות עם בעיית קרישה לא ידועה, ייתכן דימום מאוחר שיחל כמה שעות או אפילו ימים לאחר החיתוך הראשוני.

זיהום - ייתכן זיהום באזור החתך או ברצפת הפה. הזיהום עלול להתפתח מהפעולה עצמה או בשלב עיסוי הלשון על ידי ההורים בימים שלאחר הפעולה (44,45).

כאב - מוזכר בפעולה כואבת. חלק מהמידע מבוסס על דיווח הורים. נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין דיווח ההורים על כאב לאחר התרת לשון באזור אחורי לעומת התרה באזור קדמי (46).

פגיעה בפתחי צינוריות בלוטות הרוק - עלולה להתרחש במהלך פעולת החיתוך או מזיהום שנוצר בסביבת החתך. קיים דיווח אחד בספרות על התפתחות של מוקוצלה (Mucus Extravasation cyst) כתוצאה מהצטלקות פתח בלוטת הרוק לאחר חיתוך הלשון (47).

קושי בהנקה או סירוב הנקה - לא ברור אם סירוב ההנקה הוא כתוצאה מכאב או מחיתוך סיבי עצבים הנמצאים באזור (44). קיים דיווח על קשר שנמצא בין סירוב ההנקה לשימוש בלייזר / electro surgery לעומת שימוש במספרים (46).

התאחות בחזרה והצטלקויות - יכולות להגרם עקב חיתוך לא מספק או חיתוכים חוזרים (44).

חנק - יש דיווח בספרות על שני מקרי חנק לאחר חיתוך לשון בילדים עם סינדרום פייר רובין (48). ילדים אלו אומנם מועדים לחנק עקב לסת תחתונה קטנה, דחיקת לשון וחרך שסוע, אך זהו סימן אזהרה חשוב גם לגבי תינוקות רגילים.

הסיבוכים המדווחים בספרות יכולים להיות מיידיים או מאוחרים, עד שבועיים לאחר החיתוך (45), כך שיש חשיבות למעקב אחרי החיתוך.

לסיכום

לשון קשורה עלולה להיות מכשול להנקה טובה ויעילה. ייתכנו גם הפרעות באכילה וליקויי הגייה.

המצב האנטומי של הלשון אינו בחזקת אינדיקציה ברורה וחד-משמעית להחלטת הקלינאי אם לבצע התערבות כירורגית של התרת הלשון. בכל מקרה של קושי בהנקה וחדש ללשון קשורה, יש להפנות את הילוד בשלב הראשון ליועצת הנקה, ואם זו תראה לנכון - יש להפנות לבדיקת רפא מנוסה בתחום.

ילדים עם ליקויי הגייה יש להפנות לקלינאית תקשורת, להערכה ולטיפול אם לא ניתן לפתור את הליקוי בטיפול שמרני, יופנה הילד להתערבות כירורגית.

34. Kummer, A. (2005). Ankyloglossia: To clip or not to clip? That's the question. *The ASHA Leader*, 10, p. 6-7+30.
35. Melong, J., Bezuhly, M., & Hong, P. (2021). The Effect of Tongue-Tie Release on Speech Articulation and Intelligibility. *Ear Nose Throat J*, 15; 1455613211064045.
36. Salt, H., et al. (2020). Speech production in young children with tongue-tie. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 134, p. 110035.
37. Dollberg, S., et al. (2011). Evaluation of speech intelligibility in children with tongue-tie. *Acta Paediatr*, 100(9), p. e125-7.
38. Chaubal, T. V. & Dixit, M.B. (2011). Ankyloglossia and its management. *J Indian Soc Periodontol*, 15(3), p. 270-2.
39. Olivi, G., Margolis, F. S., & Genovese, M. D. (2011). *Pediatric Laser Dentistry, A User's Guide*. 1st ed. Quintessence Publishing, 224.
40. Marmet, C., Shell, E., & Marmet, R. (1990). Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *J Hum Lact*, 6(3), p. 117-21.
41. Herzhaft-Le Roy, J., Xhignesse, M., & Gaboury, I. (2017). Efficacy of an Osteopathic Treatment Coupled With Lactation Consultations for Infants' Biomechanical Sucking Difficulties. *J Hum Lact*, 33(1), p. 165-172.
42. Kim, D. H., et al. (2021). Delayed Hemorrhage Following Laser Frenotomy Leading to Hypovolemic Shock. *Breastfeed Med*, 16(4), p. 346-348.
43. Opara, P. I., Gabriel-Job, N., & Opara, K.O. (2012). Neonates presenting with severe complications of frenotomy: A case series. *J Med Case Rep*, 6, p. 77.
44. Van Biervliet, S., et al. (2020). Primum non nocere: Lingual frenotomy for breastfeeding problems, not as innocent as generally accepted. *Eur J Pediatr*, 179(8), p. 1191-1195.
45. Solis-Pazmino, P., et al. (2020). Major complications after tongue-tie release: A case report and systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 138, p. 110356.
46. O'Connor, M. E., Gilliland, A. M., & LeFort, Y. (2022). Complications and misdiagnoses associated with infant frenotomy: Results of a healthcare professional survey. *Int Breastfeed J*, 17(1), p. 39.
47. Stokes, S., Gowrishankar, S., & Anand, P. (2017). Mucus Extravasation cyst as a complication of lingual frenectomy. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 55(10), p. e184.
48. Genter, D. J., et al. (2015). Airway obstruction after lingual frenulectomy in two infants with Pierre-Robin Sequence. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 79(9), p. 1592-4.
- relationship between frenotomy and breastfeeding symptoms. *Clinical Lactation*, 5(1): p. 20-27.
20. Ghaheeri, B. A., Cole, M., & Mace, J.C. (2018). Revision Lingual Frenotomy Improves Patient-Reported Breastfeeding Outcomes: A Prospective Cohort Study. *J Hum Lact*, 34(3), p. 566-574.
21. Ghaheeri, B. A., et al. (2017). Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *Laryngoscope*, 127(5), p. 1217-1223.
22. Mills, N., et al. (2019). Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clin Anat*, 32(6), p. 824-835.
23. Coryllos, E., Genna, C., & Salloum, A. C. (2004). Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding*, p. 1-6.
24. Kotlow, L. A. (1999). Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int*, 30(4), p. 259-62.
25. Drazin, P. (1994). The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice. *Journal of Human Lactation*, 10(1), p. 54-54.
26. Amir, L. H., James, J. P., & Donath, S. M. (2006). Reliability of the hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *Int Breastfeed J*, 1(1), p. 3.
27. Ingram, J., et al. (2019). The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). *Int Breastfeed J*, 14, p. 31.
28. Ingram, J., et al. (2015). The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 100(4), p. F344-8.
29. Yoon, A. J., et al. (2017). Ankyloglossia as a risk factor for maxillary hypoplasia and soft palate elongation: A functional-morphological study. *Orthod Craniofac Res*, 20(4), p. 237-244.
30. Yoon, A., et al. (2017). Toward a functional definition of ankyloglossia: Validating current grading scales for lingual frenulum length and tongue mobility in 1052 subjects. *Sleep Breath*, 21(3), p. 767-775.
31. Kupietzky, A., & Botzer, E. (2005). Ankyloglossia in the infant and young child: Clinical suggestions for diagnosis and management. *Pediatr Dent*, 27(1), p. 40-6.
32. Messner, A. H., & Lalakea, M. L. (2002). The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 127(6), p. 539-45.
33. AK, H. (2010). *Tongue-Tie Morphogenesis, Impact, Assessment and Treatment*. Aidan and Eva Press.

צרי עוד היום קשר והצטרפי!

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



בואי והצטרפי עוד היום לאיגוד השיננות הישראלי -
 הבית היחיד ששומר על האינטרסים המובהקים של השינניות בישראל

www.idha.org.il 050-2006389 idha.org.il@gmail.com



סרטן הפה: מה ידוע עליו ואיך מטפלים?

תקציר

סרטן הפה הוא גידול ממאיר המופיע בשפה או בחלל הפה. הסוג הנפוץ ביותר (מעל 90% מהמקרים) הוא קרצינומה של תאי קשקש (Squamous Cell Carcinoma - SCC). לגידול זה דרגות התמיינות היסטולוגיות שונות והוא שולח גרורות דרך מערכת (קשריות) הלימפה (8,9).

אפידמיולוגיה

סרטן הפה נפוץ פי 2-3 יותר בגברים מאשר בנשים ברוב הקבוצות האתניות (10). מדיווחים ברחבי העולם עולה כי סרטן בכל אזורי הפה והלוע, קבוצה אחת, הוא הגידול הסרטני השישי בשכיחותו (11,12). על פי דיווחי האיגוד הבינלאומי למחקר בתחום הסרטן (IARC - International Agency for Research on Cancer), היארעות העולמית של סרטן הכולל את הפה, הלשון, החניכים, רצפת הפה ובלוטות הרוק היא מעל 400,000 מקרים בשנה, עם שכיחות גבוהה במיוחד בדרום-מזרח אסיה (סרילנקה, הודו, פקיסטן וטאיוואן), מזרח-אירופה (הונגריה, סלובקיה וסלובניה) ודרום-אמריקה (10,11). יתר על כן, זהו סוג הסרטן השכיח ביותר בהודו (35%-40% מכלל מקרי הסרטן) (13). אף שקצב היארעות של סרטן הפה והלוע התחתון נמצא במגמת ירידה קלה, קצב היארעות של סרטן הלשון והשקדים נמצא בעלייה מתמדת (14). בסקירה שנעשתה בארכיון המחלקה לפתולוגיה אורלית בבית הספר לרפואת שיניים באוניברסיטת תל-אביב, אשר כלל את כל הביופסיות שהתקבלו בשנים 1988-2007 (רובן מהמחלקה לכירורגית פה ולסתות, המרכז הרפואי שיבא, תל-השומר), אובחנו 310 (1.4%) מקרים של SCC בחלל הפה מתוך סך של 21,889 ביופסיות. הלשון הניידת הייתה האתר הנפוץ ביותר (111 מקרים, 36%) ואחריה החניכיים/הרכסים מחוסרי השיניים (86 מקרים, 27%). בסך הכול נמצאו 22 מקרים (7%) של חולים עד גיל 45 (15).

שכיחות סרטן הפה נמצאת במקום השישי בעולם מבין סוגי הסרטן השונים. סקירה זו מציגה היבטים בסיסיים הקשורים בסוג גידול זה, בדגש על קרצינומה של תאי קשקש בחלל הפה (Oral Squamous Cell Carcinoma - OSCC), שהיא השכיחה ביותר בין גידולי חלל הפה. במאמר זה יוצגו הגדרות, אפידמיולוגיה, אופן ההיווצרות וההתפתחות של הגידול, מצבים טרום-ממאירים, שיטות מחקר, טיפול ואתגרים עתידיים. יש חשיבות רבה להיבטים אלו, שכן סרטן בחלל הפה הוא מחלה הניתנת למניעה. גורמי הסיכון שלה ומהלכה מוכרים, וגילוי מוקדם, בין היתר על ידי שינויות ורפואי שיניים, הוא גורם מכריע בהתמודדות עם המחלה.

נקודות מרכזיות:

- סרטן הפה היא מחלה הניתנת למניעה.
- גורמי הסיכון החשובים ביותר הם עישון וצריכת אלכוהול קבועה.
- שילוב ביניהם הוא בעל אפקט החמרה.
- נפוץ יותר בקרב מטופלים בני 50 ומעלה.
- מופיע פעמים רבות כנגע לבן או אדום בחלל פה.
- נגע שאינו חולף מעצמו בפרק זמן של יותר משלושה שבועות חשוד כממאיר. יש לפנות מיידית לאבחון.
- מופיע לרוב על הלשון, רצפת הפה והשפה התחתונה.
- אבחנה סופית מתקבלת לאחר ביופסיה ובדיקה היסטופתולוגית.
- במרבית המקרים, האבחון נעשה מאוחר, כשהמטופלים נמצאים בשלבים מתקדמים יחסית של המחלה.
- בדיקות סקר וגילוי מוקדם הם גורם משמעותי בהורדת התמותה.
- הטיפול היעיל ביותר הוא כריתה בהליך ניתוחי, שלעיתים נלווים אליו טיפולים משלימים - קרינה ו/או כימותרפיה.

מבוא

סרטן הפה הוא אתגר משמעותי לבריאות הציבור העולמית ומדורג בקביעות בין עשרת סוגי הסרטן הנפוצים בעולם (1,2). שיעורי ההישרדות בקרב החולים עם סרטן הפה והלוע התחתון לא השתנו במהלך ארבעת העשורים האחרונים ונאמדים ב-50% לחמש שנים, על אף ההתקדמות בשיטות הטיפול והעלייה בהישרדות במחלה ממארת באתרים אחרים בגוף (3-6). מטרת מאמר זה היא להציג את ההיבטים החשובים בנושא סרטן הפה ולדון במידע הקליני, ההיסטולוגי והמולקולרי הקיים, עם דגש על חשיבות האבחון המוקדם הנעשה על ידי המטפלים השונים בתחום הדנטלי, לרבות שינויות ורפואי שיניים (6,7).

הגדרות

1. המחלקה לכירורגיה פה, פנים ולסתות, המרכז הרפואי צפון ע"ש ברוך פדה, פוריה.
2. היחידה לכירורגיה, פה, פנים ולסתות, האגף הדנטלי, המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא), צריפין.
3. הפקולטה לרפואה ע"ש עזריאלי, אוניברסיטת בר-אילן, צפת.



SCC באזור רטרומולרי במנדיבולה בצד שמאל. רקע של שתיית אלכוהול ועישון כבד

אלכוהול

אלכוהול (אתנול) הוא גורם סיכון מקומי וסיסטמי. הוא מעלה את החדירות של המוקצה האורלית, ממייס את המרכיבים השומניים של הרירית, גורם לאטרופיה של הרירית ומתערב ביצירה ובתיקון של החומר הגנטי (DNA). נוסף על כך יש לו טוקסיות לגנים ואפקטים מוטגניים, הוא גורם לזרימת רוק מופחתת ופוגע ביכולתו של הכבד להתמודד עם חומרים רעילים או קרצינוגניים, כך שבטווח הארוך נגרמת פגיעה במערכת החיסון המולדת והנרכשת ונוצרת פגיעות גבוהה יותר לזיהומים ולגידולים (23). מחקרים בעבר הראו כי צריכה יומית של מעל 170 מ"ל וסקי גורמת לעלייה של פי 10 בסיכון לסרטן הפה (13).

גורמים נוספים

בין הגורמים האחרים אפשר לציין את וירוס הפפילומה (מדווח כי הוא קשור בעיקר לסרטן הלוע (24) וקרינה אולטרא-סגולה. ה-IARC מגדיר את וירוס הפפילומה 16 (HPV16) כגורם לסרטן של חלל הפה והשקדים ואת וירוס הפפילומה 18 (HPV18) כגורם לסרטן הפה (10). נוכחות של וירוס הפפילומה הוא סמן ידוע לפרוגנוזה טובה יחסית במקרי סרטן מתקדמים של הפה והלוע (25).

קביעת דרגת ההתקדמות של המחלה

האתרים השכיחים ביותר להופעת סרטן בפה הם הלשון (בעיקר צידי הלשון, ב-40% מן המקרים), רצפת הפה (30% מן המקרים) והשפה התחתונה (26,27).



SCC לשון לטרלית, צד ימין. ללא גורמי סיכון ידועים

פעמים רבות, האבחון של גידולים אלה נעשה בשלבים מתקדמים יחסית של המחלה. הסיבות הנפוצות לכך הן אבחון לא נכון או התעלמות של המטופל או המטפל (28). התוצאה היא ירידה בסיכוי השרידות, ללא קשר לכל טיפול שיבוצע (29).

הערכת ההתקדמות של המחלה מבוצעת לפי שיטת TNM (Tumor-lymph Node-Metastasis) ומבוססת על ההערכה הראשונית של הגידול, הפיזור הלימפטי והגרורתי שלו טרם ביצוע הטיפול וממצאים בבדיקה המקיפה. ההערכה הראשונית מתבצעת באמצעות הסתכלות ומישוש, כאשר הפיזור הלימפטי והגרורתי נקבע ברובו באמצעות אמצעי הדמיה כמו CT ו-MRI, כתוספת למישוש יסודי במקרה של פיזור לימפטי



SCC באזור רטומולרי במנדיבולה בצד שמאל

גורמי סיכון

סרטן הפה היא מחלה הניתנת למניעה. עישון וצריכת אלכוהול נחשבים לגורמי סיכון משמעותיים ומופיעים בכ-90% מהמקרים, כאשר לשילוב ביניהם יש אפקט סינרגיסטי של החמרה (13,16,17).

טבק ומוצרי

מחקרים מראים כי הסיכון לפתח סרטן בפה גבוה פי שלושה במעשנים (18). יתר על כן, הסיכון לסרטן הפה יורד ב-35% בקרב אנשים שהפסיקו לעשן לפני למעלה מארבע שנים ביחס לאלו שממשיכים לעשן. כמו כן, לא נמצאה שכיחות גבוהה יותר באנשים שהפסיקו עישון לפני יותר מ-20 שנה ביחס לאנשים שלא עישנו מעולם (19). גם עישון פסיבי הוא בגדר סיכון: יש עלייה של 87% בסיכון לסרטן בקרב אנשים שמעולם לא עישנו אך נחשפו באופן קבוע לעשן סיגריות (20). עשן סיגריות מחליש את החיסונית בחלל הפה וגורם לדלקת חניכיים, למחלות חניכיים ולסרטן. אחד המנגנונים שנפגעים הוא רירית הפה, הנחשפת לרדיקלים חופשיים של חמצן וחנקן הפוגעים במנגנוני ההגנה הטבעיים בפה. רמות גבוהות של רדיקלים חופשיים נמצאו ברקמת פה סרטנית וטרנס-סרטנית (21,22).



SCC בשפה תחתונה. רקע של עישון כבד



רשימת המקורות

- Ghantous, Y., & Abu Elnaaj, I. (2017). Global incidence and risk factors of oral cancer. *Harefuah*, 156, 645–649.
- Sankaranarayanan, R., Ramadas, K., Amarasinghe, H., Subramanian, S., & Johnson, N. (2015). Oral cancer: Prevention, early detection, and treatment. In *Disease Control Priorities: Gelband, H., Jha, P., Sankaranarayanan, R., Horton, S., Eds.; The World Bank: Washington (DC), Vol. 3, pp. 85–99.*
- Rivera, C. (2015) Essentials of Oral Cancer. *Int J Clin Exp Pathol* 2015, 8, 11884–11894.
- Bello, I. O., Soini, Y., & Salo, T. (2010). Prognostic evaluation of oral tongue cancer: Means, markers and perspectives (I). *Oral Oncol*, 46, 630–635.
- González-Moles, M.Á., Aguilar-Ruiz, M., & Ramos-García, P. (2022). Challenges in the early diagnosis of oral cancer, evidence gaps and strategies for improvement: A scoping review of systematic reviews. *Cancers (Basel)*, 14.
- Su, Y. F.; Chen, Y. J., Tsai, F. T., Li, W. C., Hsu, M. L., Wang, D. H., & Yang, C. C. (2021). Current insights into oral cancer diagnostics. *Diagnostics*, 11.
- Holmes, J. D., Dierks, E. J., Homer, L. D., & Potter, B. E. (2003). Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 61, 285–291, doi:10.1053/joms.2003.50056.
- Thompson, L. D. R. (2006). World Health Organization classification of tumours: Pathology and genetics of head and neck tumours. *Ear Nose Throat J*, 85, 74.
- Lingen, M. W., Kalmar, J. R., Karrison, T., & Speight, P. M. (2008). Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol*, 44, 10–22.
- Cancer stat facts: Oral cavity and pharynx cancer. available online: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html> (accessed on 26 January 2023).
- Warnakulasuriya, S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol*, 45, 309–316.
- Siegel, R. L., Miller, K. D. & Jemal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*, 66, 7–30, doi:10.3322/caac.21332.
- Rahman, Q. B., Iocca, O., Kufta, K., & Shanti, R. M. (2020). Global burden of head and neck cancer. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 32, 367–375.
- Rethman, M. P., Carpenter, W., Cohen, E. E. W., Epstein, J., Evans, C. A., Flaitz, C. M., Graham, F. J., Hujuel, P. P., Kalmar, J., Koch, W. M., et al. (2010). Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. *The Journal of the American Dental Association*, 141, 509–520, doi:10.14219/jada.archive.2010.0223.
- Vered, M., & Dayan, D. (2013). Tongue cancer: An ongoing problem which needs new therapeutic approaches. *Harefuah*, 152, 352–355, 368, 367.
- Koontongkaew, S. (2013). The tumor microenvironment contribution to development, growth, invasion and metastasis of head and neck squamous cell carcinomas. *J Cancer*, 4, 66–83.
- Dissanayaka, W. L., Pitiyage, G., Kumarasiri, P. V. R., Liyanage, R. L. P. R., Dias, K. D., & Tilakaratne, W. M. (2012). Clinical and histopathologic parameters in survival of oral squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 113, 518–525, doi:10.1016/j.oooo.2011.11.001.
- Gandini, S., Botteri, E., Iodice, S., Boniol, M., Lowenfels, A. B.,

צווארי. דירוג TNM קליני (cTNM) מאפשר סיווג של המטופלים לשלבים שונים של המחלה, במטרה להתוות אסטרטגיה ראשונית לטיפול. החלוקה הראשונית והחיונית היא בין מחלה מקומית (שלבים 1+2) למחלה מתקדמת (שלבים 3+4) (29). אם המטופל עובר ניתוח כריתה, תיעשה הערכה מחדש (pTNM) על בסיס הבדיקה הפתולוגית של הפרפרט הניתוחי, לרבות קשריות לימפה מעורבות שאותרו ומאפייניהן השונים. ההערכה מחדש חיונית לצורך קביעת טיפול המשכי וכן להערכת הפרוגנוזה של המטופל (30).

טיפול

כפי שצוין, הפרוגנוזה במטופלים עם OSCC עודנה ירודה, למרות ההתקדמות המשמעותית שיש בטיפולים האונקולוגיים המודרניים. גילוי ואבחון מוקדמים הם עדיין גורם משמעותי ביותר לשיפור השרידות של המטופלים (5,31).

אפשרויות הטיפול המקובלות היום כוללות טיפול כירורגי, קרינת (קרינה חיצונית או ברכיתרפיה) או כימותרפי (32,33). ההחלטה על סוג הטיפול נקבעת לא רק בהתייחס למיקום, לגודל או לדירוג של הגידול הראשוני, אלא גם כתלות במצבו הכללי של המטופל, מצבו התזונתי, יכולתו לשאת את הטיפול וההעדפות שלו ושל משפחתו (32). במצבים שבהם אפשר לטפל כירורגית, ניתוח הוא הטיפול הטוב והיעיל ביותר (37-34). בעת האבחון, כשליש מהמטופלים מאובחנים עם מחלה מקומית (דרגה 1/2), כאשר הטיפול כולל כריתה/קרינה או שילוב שלהן. למטופלים אלו פרוגנוזה טובה יחסית, עם סיכויי החלמה (cure) של 80% למטופלים בדרגה 1 ו-65% למטופלים בדרגה 2 (38). למרבה הצער, מרבית מקרי OSCC מאובחנים בשלבים מתקדמים, כשסיכויי השרידות לחמש שנים יורדים ל-50% וסיכויי ההחלמה ל-30% (7,34,38,39). במטופלים עם מחלה גרורתית, השרידות הממוצעת ללא טיפול עומדת על ארבעה חודשים (6,40).

הטיפול הכירורגי במרבית המקרים (כריתה הגידול בשלבים ראשוניים) כולל ביתור צווארי - הוצאה של קשריות לימפה בצוואר כדי לזהות/למנוע את ההתפשטות הלימפטית של הגידולים (41,42), וכן שחזור של אתר הכריתה. אפשרויות השחזור מגוונות: החל מסגירה ראשונית על ידי תפירה, דרך העברת רקמה מקומית במתלים, תותבים למיניהן ועד לטיפול העברת מתלה חופשי מאתר מרוחק דוגמת האמה, הירך או עצם השוקית (32,34,43,44).

מניעה ואתגרים עתידיים

יש כיום ידע רב לגבי גורמים היכולים למנוע כשליש מכלל מקרי הסרטן בעולם, וכן מידע מספק המאפשר גילוי וטיפול מוקדם בעוד כשליש מהמקרים (2,45). בסרטן הפה, יש הוכחות לכך שבדיקה פשוטה על ידי הסתכלות מורידה משמעותית תמותת מטופלים הנמצאים בסיכון למחלה (46). נוסף על כך, יש משמעות לחינוך ולהסברה לשינוי באורחות החיים.

לאור זאת, יש משמעות רבה מאוד למעורבות של כלל המטופלים באזור חלל הפה, לרבות שינויות, בגילוי מוקדם של נגעים חשודים והפניה של המטופלים לקבלת הטיפול המתאים. נוסף על כך, הסברה מתמדת על גורמי הסיכון מחד גיסא ועל הצורך בפנייה לעזרה במצבים המתאימים מאידך גיסא עשויה להציל את חייהם של מטופלים רבים, וכמובן - להשפיע באורח דרמטי על איכות חייהם לאחר קבלת הטיפול האונקולוגי.

36. Rivera, C. (2015). The challenge of the state of susceptibility to oral cancer. *Journal Oral Of Research*, 4, 8-9, doi:10.17126/joralres.2015.003.
37. Ettinger, K. S., Ganry, L., & Fernandes, R. P. (2019). Oral cavity cancer. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 31, 13-29.
38. Güneri, P., & Epstein, J. B. (2014). Late stage diagnosis of oral cancer: Components and possible solutions. *Oral Oncol*, 50, 1131-1136.
39. Viet, C. T., & Schmidt, B. L. (2012). Biologic mechanisms of oral cancer pain and implications for clinical therapy. *J Dent Res*, 91, 447-453.
40. Kowalski, L. P., & Carvalho, A. L. (2000). Natural history of untreated head and neck cancer. *Eur J Cancer*, 36, 1032-1037, doi:10.1016/S0959-8049(00)00054-X.
41. Holmes, J. D. (2008). Neck dissection: Nomenclature, classification, and technique. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 20, 459-475.
42. Afzali, P., & Ward, B. B. (2019). Management of the neck in oral squamous cell carcinoma: Background, classification, and current philosophy. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 31, 69-84.
43. Likhterov, I., Roche, A. M., & Urken, M. L. (2019). Contemporary osseous reconstruction of the mandible and the maxilla. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 31, 101-116.
44. Patel, S. Y., Meram, A. T., & Kim, D. D. (2019). Soft tissue reconstruction for head and neck ablative defects. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 31, 39-68, doi:10.1016/j.coms.2018.08.004.
45. Petersen, P. E. (2009). Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol*, 45, 454-460, doi:10.1016/j.oraloncology.2008.05.023.
46. Brocklehurst, P., Kujan, O., O'Malley, L. A., Ogden, G., Shepherd, S., & Glenny, A.-M. (2013). Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, CD004150, doi:10.1002/14651858.CD004150.pub4.
- Maisonneuve, P., & Boyle, P. (2008). Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *Int J Cancer*, 122, 155-164, doi:10.1002/ijc.23033.
19. Marron, M., Boffetta, P., Zhang, Z. F., Zaridze, D., Wünsch-Filho, V., Winn, D. M., Wei, Q., Talamini, R., Szeszenia-Dabrowska, N., Sturgis, E.M., et al. (2009). Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *Int J Epidemiol*, 39, 182-196, doi:10.1093/ije/dyp291.
20. Lee, Y. C. A., Marron, M., Benhamou, S., Bouchardy, C., Ahrens, W., Pohlbeln, H., Lagiou, P., Trichopoulos, D., Agudo, A., Castellsague, X., et al. (2009). Active and involuntary tobacco smoking and upper aerodigestive tract cancer risks in a multicenter case-control study. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 18, 3353-3361, doi:10.1158/1055-9965.EPI-09-0910.
21. Choudhari, S. K., Chaudhary, M., Gadail, A. R., Sharma, A., & Tekade, S. (2014). Oxidative and antioxidative mechanisms in oral cancer and precancer: A review. *Oral Oncol*, 50, 10-18.
22. Lee, J., Taneja, V., & Vassallo, R. (2012). Cigarette smoking and inflammation: Cellular and molecular mechanisms. *J Dent Res*, 91, 142-149.
23. Reidy, J., McHugh, E., & Stassen, L. F. A. (2011). A review of the relationship between alcohol and oral cancer. *Surgeon*, 9, 278-283.
24. Dalianis, T. (2014). Human papillomavirus and oropharyngeal cancer, the epidemics, and significance of additional clinical biomarkers for prediction of response to therapy (review). *Int J Oncol*, 44, 1799-1805, doi:10.3892/ijo.2014.2355.
25. Kang, H., Kiess, A., & Chung, C. H. (2015). Emerging biomarkers in head and neck cancer in the era of genomics. *Nat Rev Clin Oncol*, 12, 11-26, doi:10.1038/nrclinonc.2014.192.
26. Bagan, J., Sarrion, G., & Jimenez, Y. (2010). Oral cancer: Clinical features. *Oral Oncol*, 46, 414-417, doi:10.1016/j.oraloncology.2010.03.009.
27. Yellowitz, J. A., Horowitz, A. M., Drury, T. F., & Goodman, H. S. (2000). Survey of U.S. dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *J Am Dent Assoc*, 131, 653-661, doi:10.14219/jada.archive.2000.0239.
28. Markopoulos, A. K. (2012). Current aspects on oral squamous cell carcinoma. *Open Dent J*, 6, 126-130, doi:10.2174/1874210601206010126.
29. Rivera, C., & Venegas, B. (2014). Histological and molecular aspects of oral squamous cell carcinoma. *Oncol Lett*, 8, 7-11.
30. Patel, S. G., & Shah, J. P. (2005). TNM staging of cancers of the head and neck: Striving for uniformity among diversity. *CA Cancer J Clin*, 55, 242-258, doi:10.3322/canjclin.55.4.242.
31. Mehrotra, R., & Gupta, D. K. (2011). Exciting new advances in oral cancer diagnosis: Avenues to early detection. *Head Neck Oncol*, 3, 33.
32. Huber, M. A., & Tantiwongkosi, B. (2014). Oral and oropharyngeal cancer. *Medical Clinics of North America*, 98, 1299-1321.
33. Huang, S. H., & O'Sullivan, B. (2013). Oral cancer: Current role of radiotherapy and chemotherapy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 18, e233-40, doi:10.4317/medoral.18772.
34. Yao, M., Epstein, J. B., Modi, B. J., Pytynia, K. B., Mundt, A. J., & Feldman, L. E. (2007). Current surgical treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Oral Oncol*, 43, 213-223.
35. Bozec, A., Culié, D., Poissonnet, G., & Dassonville, O. (2019). Current role of primary surgical treatment in patients with head and neck squamous cell carcinoma. *Curr Opin Oncol*, 31, 138-145, doi:10.1097/CCO.0000000000000531.

ISRAELI DENTAL HYGIENE ASSOCIATION
אגודת היגיינת השיניים הישראלית
שמירה על בריאות הפה והשיניים בפרט ובקהילה

SAVE THE DATE
12.06.2023

הכנס המדעי השנתי ה-33 של
אגודת היגיינת השיניים הישראלית

מרכז הקונגרסים
אאוני
קריית התעופה

יום
שני

12
יוני

SPHERA
CONFERENCES LTD
ספירה קונפרנס בע"מ

סדרת מוצרי הילוקומוד

לטיפול בעיניים יבשות

HYLO-GEL
Lubricating eye drops
Compatible with all contact lenses
10 ml sterile, phosphate-free eye drops for application into the conjunctival sac
URSAPHARM

HYLO-CARE
Lubricating eye drops
For lubrication and support of healing of a damaged surface of the eye due to dry eyes or surgical procedures.
Compatible with contact lenses.
10 ml sterile solution for application into the eye
KIVEMA

HYLO-FRESH
Lubricating eye drops
For relief of irritated eyes.
10 ml sterile, phosphate-free solution for ocular use.
Without preservatives.
Compatible with contact lenses.
10 ml / - 300 drops
KIVEMA

HYLO-COMOD
Sodium hyaluronate 0.1 %
Preservative-free
Phosphate-free
10 ml sterile solution for applying onto the eye
KIVEMA

מוצר השנה בחירת הצרכנים 2022

HYLO-PARIN
Lubricating eye drops
For moderation and care of cornea and conjunctiva in irritated eyes with hyperemia and itching.
Compatible with contact lenses.
10 ml sterile, phosphate-free solution for ocular use
10 ml / - 300 drops
KIVEMA

Fresh-COMOD
Lubricating eye drops
Compatible with all contact lenses
10 ml sterile, phosphate-free solution for application into the eye
KIVEMA

HYLO-DUAL
Lubricating eye drops with ectoine
Moisturizes dry eyes, stabilizes the tear film and reduces inflammatory and allergic symptoms such as itching and burning.
Without preservatives.
Compatible with contact lenses.
10 ml - 300 drops
STERILE A
KIVEMA

פארין-פוס
5 g eye ointment with Vitamin A
without preservative
KIVEMA

פארין-פוס
5 g sterile eye ointment with heparin
Preservative-free
Store at room temperature
Can be used up to 6 months after
KIVEMA

לקריפוס גיל
Lakripos® Gel
KIVEMA

סדרת CLEARUP לניקוי העיניים והעפעפיים

CLEARUP Baby Eyelid Wipes
20 טישו
KIVEMA

CLEARUP Baby Eyelid Wipes
20 טישו
KIVEMA

CLEARUP Baby Eyelid Wipes
20 טישו
KIVEMA

CLEARUP
Foaming Wipes for Cleaning Lashes & Eyelids
20 טישו
KIVEMA

CLEARUP
Foaming Wipes for Cleaning Lashes & Eyelids
20 טישו
KIVEMA

CLEARUP
Special formulated wipe caring lashes and eyelids
20 טישו
KIVEMA

CLEARUP
Clear Up® Eyelid Soap
50 ml
KIVEMA

KIVEMA
איכות בריאות
www.kivema.biz

ת.ד. 1806, קדימה 6092000 | טל' 09-9664162 | פקס: 09-9580778



סדרת דקפינול

לקבלת דוגמאות נא צרו קשר למייל: office.kivema@gmail.com



דקפינול ג'ל



דקפינול שטיפת פה



דקפינול משחת שיניים



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

* הדוגמאות לחופאי שיניים ושינניות בלבד * בתוקף עד 30 ביוני 2023



השתלות שיניים ביום אחד

לרצפת הסינוס. לעיתים קרובות, מרחק זה הוא קטן ביותר.

לפעמים אפשר להתגבר על מכשלה זו על ידי שימוש בשתלים קצרים, אך לעיתים כמות העצם אינה מספיקה אפילו לשתלים כאלה. במקרים אלו, נדרש לבצע ניתוח להרמת רצפת הסינוס ולייצר מקום לשתלים בין רכס הלסת לבין רצפת הסינוס החדשה, לאחר הרמתה. הרמה של רצפת הסינוס הוא ניתוח מקדים להשתלה, שלאחריו יש להמתין שישה חודשים לריפוי לפני שמבצעים את השתלת השתלים הדנטליים.

בלסת התחתונה, לכל אורכה ועד אזור הניבים, עובר עצב. מרווח ההשתלה העומד לרשותנו הוא משיא הרכס ועד למרחק ביטחון מהעצב. פעמים רבות, מרווח זה קטן מאוד ומצריך שתלים קצרים, אך לפעמים הוא אינו מספיק גם לשתלים כאלה. הניתוח להגבהת רכס הלסת התחתונה הוא קשה, מסובך ועתיר כשלונות.

שיטת אול און 4

שיטה זו הומצאה לפני כ-25 שנים על ידי ד"ר פאולו מאלו מליסבון, פורטוגל. חישוב הכוחות שערך הראה כי ארבעה שתלים ארוכים וחזקים יכולים לתמוך בשיקום של לסת שלמה, ולכן נקראת השיטה אול און 4; כלומר, שיקום לסת שלמה על ארבעה שתלים.

שתלים אלה אינם שתלים רגילים: שני השתלים הקדמיים הם ארוכים וחזקים, והם מושתלים באזור הקדמי של הלסת, שבו בדרך כלל אין בעיה של חוסר עצם. שני השתלים האחוריים נמצאים בקדמת הסינוס בלסת העליונה ובקדמת מוצא העצב בלסת התחתונה. אלה הם שתלים אלכסוניים וארוכים, המנצלים בשיפוע את העצם המצויה בקדמת הסינוס ובקדמת מוצא העצב.

בשיטה זו אנו עוקפים את הסינוס ואת העצב ומנצלים את העצם המצויה קדמית להם. על ארבעת השתלים הארוכים והחזקים אנחנו יכולים לשקם לסת שלמה. עם זאת, פעמים רבות ניתן לבצע חמישה או שישה שתלים באזור הקדמי של הלסתות, ואז נקראת השיטה אול און 5 או אול און 6. לפי חישובי הכוחות של ד"ר מאלו אין אומנם צורך ביותר מארבעה שתלים, אך הרופאים המבצעים את הטיפול חשים ביטחון רב יותר אם באפשרותם להעניק לגשר תמיכה רבה יותר.

יתרונות השתלת השיניים ביום אחד:

- בתום יום העבודה יוצאים עם מערכת שיניים מלאה, יפה, אסתטית ופונקציונלית.
- שיפור איכות החיים - לא עוד ריבוי טיפולים, ללא המתנות לריפוי שלבים קודמים.
- ביטול הצורך בנימוחים רבים, השתלות עצם, הרמות סינוס. כל ניתוח כזה הוא פוטנציאל לכישלון, זיהום, כאבים ואינחוחות.
- חיסכון גדול בזמן עקב ביטול הצורך בביקורים רבים במרפאה.
- השתלת שיניים ביום אחד מתבצעת בהרדמה כללית, והמתרפא אינו סובל מכאב, אינחוחות או כל קושי אחר במהלך הטיפול. הוא מתעורר כשבפיו השיניים החדשות - וכל אשר בוצע במהלך הטיפול נמחק מזיכרונו.

התנאים לביצוע השתלת שיניים ביום אחד

- מצב רפואי כללי תקין, המאפשר ניתוח ארוך והרדמה כללית.
- קיום מסת עצם מתאימה לביצוע השתלים הארוכים והחזקים הנדרשים לצורך טיפול מסוג זה.
- הטיפול אינו מתאים למעשנים כבדים, שיכולת קליטת השתלים שלהם נפגעת. רופאים רבים נמנעים מלבצע טיפול זה במעשנים בכלל, גם במעשנים קלים.
- הטיפול יקר יחסית. ביום הניתוח נמצאים בחדר הניתוח הרופא המשתיל וסייעת, טכנאי שיניים המלווה את הניתוח לכל משכו, רופא מרדים ואחות. לצוות גדול כזה, כמו גם למכשור ולציוד הנדרשים לאורך יום עבודה ארוך, יש עלות כספית ניכרת.

השתלות שיניים ביום אחד בשיטת ALL ON 4

לשם הבנת הרציונל של השיטה, צריך להסביר את הבעייתיות של השתלת שיניים באזורים האחוריים של הלסתות. בחלקה האחורי של הלסת העליונה יש חלל אוויר הנקרא סינוס. רצפת הסינוס היא הגבול העליון שאפשר להגיע אליו עם שתל. כלומר, גובה העצם העומד לרשותנו לצורך השתלה הוא המרחק שבין שיא הרכס של הלסת

מתרפאים הזקוקים לשיקום פה מלא מתכוננים להליך ארוך: עקירות שיניים, המתנה לריפוי, השתלות שיניים, שוב המתנה לריפוי, ולבסוף - קבלת השיקום הסופי. כך היה בעבר, ולעיתים זה כך גם בהווה.

סוג זה של טיפול שיניים אינו מתאים עוד לטמפרמנט של ימינו. כיום, המתרפאים רוצים הכול מייד ומהר. האם זה אפשרי? לא תמיד, אבל לעיתים קרובות אכן כן.

במאמר זה נדון בביצוע השתלות שיניים ביום אחד ושיקום מלא של הפה באותו יום. שיטת הטיפול מאפשרת למתרפא להיכנס למרפאה כשהוא מחוסר שיניים - ולצאת בסופו של יום עם מערכת שיניים מלאה.

ביצוע השתלות שיניים ביום אחד ושיקום פה מלא ביום אחד

בעבר, במצב של לסת מחוסרת שיניים או עם שיניים שכולן מיועדות לעקירה, היינו עוקרים את השיניים, מתקינים תותבת זמנית, ממתנינים כארבעה חודשים לריפוי אזורי העקירה, משתילים שתלים דנטליים, ממתנינים כשישה חודשים לקליטתם, חושפים את השתלים ובונים כתרם על השתלים. משך הטיפול - שנה לפחות.

המשמעות: להיות שנה בתוך טיפולים, לשאת תותבת נשלפת (פלטה) לאורך כל התקופה ולקבל שיניים קבועות לאחר כשנה, במקרה הטוב. וגם זאת בהנחה שיש בלסת מקום לשתלים ולא נדרשים ניתוחים מקדימים כגון הרמת סינוס. אם יש צורך בנימוחים מקדימים, משך הטיפול מתארך לשנה וחצי לפחות.

הפרוצדורות הכירורגיות הנדרשות הן עקירות, הרמת סינוס בחלק גדול מהמקרים, השתלות שתלים דנטליים, חשיפת השתלים ושיקום שלהם.

זהו תהליך ארוך, מתיש ויקר, הדורש פגישות טיפוליות רבות. האם הוא מתאים לאורך החיים של המאה ה-21? ממש לא.

ד"ר דורון אבניאלי - רופא כללי, בוגר אוניברסיטת תל אביב, ורופא שיניים בוגר הדסה. בעבר היה חלק מצוות המחלקה לכירורגיה פה ולסתות בבית"ח איכילוב. פעיל בתחום ההשתלות, דיפלומט של האיגוד הבין לאומי להשתלות שיניים ICOI. חבר פעיל באיגוד הגרמני להשתלות שיניים החל משנת 2003 ונותן חוות דעת לבתי משפט. מזה 35 שנים מנצב השתלות במגוון שיטות, כולל השתלות שיניים ביום אחד בהרדמה כללית.

ביצוע הטיפול בפועל

לשם כך נדרש יום עבודה ארוך, במיוחד אם אנחנו משקמים פה שלם. תחת הרדמה כללית עוקרים את כל השיניים בלסת (או בפה, אם משוקם פה שלם), משתילים את השתלים, לוקחים מיידה לגשר זמני ומסיימים את ביצועו באותו יום.

הניתוח נמשך שעות רבות, בהשתתפות צוות גדול הכולל רופא משתיל ומשקם, סייעת, טכנאי דנטלי, רופא מרדים ואחות. בסיומו של היום יוצא המתרפא מהמרפאה עם גשר זמני, המוברג לשתלים שהותקנו בפיו בבוקרו של אותו יום. לאחר חצי שנה מוחלף הגשר הזמני בגשר קבוע. יש לציין כי הגשר הזמני הוא יפה, אסתטי, נוח ושמיש מיום הניתוח ולאורך כל חצי השנה.

החלפת הגשר הזמני בקבוע היא פרוצדורה שיקומית שבמהלכה מפרקים את הגשר הזמני, לוקחים מידות ומייצרים גשר קבוע המותאם ללסת (או לפה) לאחר הריפוי מהניתוח.

מהם סיכויי ההצלחה של השתלת שיניים ביום אחד?

השתלת שיניים ביום אחד בשיטת אול און 4 היא שיטת טיפול ששיעור ההצלחה שלה קרוב ל-100%. כמובן, בתנאי שהיא מבוצעת בצורה הנכונה, עם:

- רופא משתיל ותיק, מנוסה ובקיא במלאכתו. עליו לדעת לבצע הן את השלב הכירורגי והן את השלב השיקומי.
- תכנון טיפול טוב ונכון, כאשר נתוני ה-CT נבדקים בצורה יסודית ומבוצע תכנון מדויק של מהלך הניתוח.
- שימוש בשתלים איכותיים ובחלקי שיקום מתאימים.
- נוכחות של טכנאי שיניים מומחה, המסוגל לבצע את העבודה הטכנית של ביצוע הגשר הזמני במהלך יום הניתוח.
- נוכחות של רופא מרדים מומחה, בעל ידע וניסיון, שיבצע הרדמה אשר תאפשר עבודה שקטה ויעילה.

כאשר כל הגורמים המשתתפים בניתוח הם בעלי ידע, ניסיון ומומחיות - הטיפול יצלח והמתרפא ייהנה ממערכת שיניים חדשה, יפה, אסתטית ופונקציונלית, הכול בתוך יום אחד.

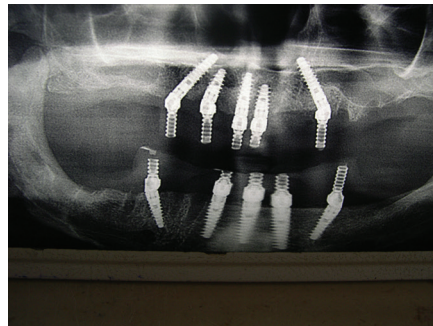
שיטת ALL ON 4 מיושמת מזה שנים רבות,



לפני הטיפול



בסיום הטיפול - הגשר הזמני והסופי בוצעו באמצעות גשר מוברג



צילום פנורמי בתום הטיפול



חצי שנה לאחר הטיפול

עם אלפי מתרפאים, בהצלחה רבה ולאורך זמן. חישוב הכוחות שעשה ד"ר מאלו מוכיח את עצמו. כל זאת, כאמור, אם נתוני הלסת או הפה מאפשרים להשתמש בשיטה.

השתלות שיניים ביום אחד שינו לחלוטין את פני עולם השתלות השיניים. לא עוד המתנות ארוכות, טיפולים מתמשכים וריבוי ניתוחים. יום עבודה ארוך אחד - וסיימו.

חשוב לזכור ולהדגיש שמפאת אורכו, הטיפול חייב להתבצע בהרדמה מלאה. אין מתרפא שיוכל לשמור על פה פתוח לאורך שעות רבות כל כך. עם זאת, החיסרון הוא גם יתרון: נרדמים - וקמים עם פה חדש.

עוד חשוב לזכור שהשיטה מתאימה לשיקום לסת שלמה או פה שלם. מי שזקוק לשיקום שן בודדת או כמה שיניים יסתפק בשיטה המסורתית, שגם בה חלו שינויים והתפתחויות. **מי שזקוק לשיקום לסת שלמה או פה שלם - השתלות שיניים ביום אחד, בהרדמה מלאה, הן הפתרון עבורו.**

מי יכול ליהנות מהשתלת שיניים ביום אחד בהרדמה כללית?

מצבי בריאות מסווגים לפי ASA -

American Society Anesthesiology:

1 ASA - אנשים בריאים, ללא כל בעיה רפואית.

2 ASA - אנשים עם בעיה רפואית קלה, ללא מגבלה, כגון יתר לחץ דם מאוזן.

3 ASA - אנשים עם בעיה רפואית ועם מגבלה כגון סוכרת לא מאוזנת.

4 ASA - אנשים עם בעיה רפואית משמעותית, עם מגבלה חמורה כגון אי ספיקת לב.

לפי הנחיות משרד הבריאות, הרדמה כללית אמבולטורית תבוצע רק לאנשים עם ASA 1 ו-2.

רשימת המקורות

1. All on 4 treatment concept - Noblebiocare.com
2. Everything about the All on 4 Implant technique. WWW. M-M-M.co.il
3. Surgical procedure and denture conversion. Youtube.com



ריפוי בעיסוק והיגיינת הפה

וההגעה לטיפולים בזמן וכן ליווי ותמיכה על ידי אחות פסיכיאטרית, בן/בת משפחה או חבר/ה. יתר על כן, צריכה להיות לצוות המטפל היכרות עם מחלות נפש והשפעתן על בריאות השן כדי שישגל לעצמו גישת טיפול סבלנית, מכבדת ומוסברת, שתצמצם את תחושות האיום, הזלזול והבושה שדיווחו עליהם המשתתפים במחקר.

ממחקר אחר, שנעשה באוניברסיטת קמברידג'³, עלה כי גורמים נוספים המשפיעים על היגיינת הפה ובריאות השן בקרב אוכלוסייה פסיכיאטרית הם עישון מחובה, טיפול תרופתי הגורם לתופעת לוואי של יובש בפה ונטייה לפתח עששת וכן תזונה דלה, נעדרת פירות וירקות, או צריכת מאכלים עם רמת סוכר גבוהה.

פתרונות מעולם הריפוי בעיסוק

ריפוי בעיסוק הוא מקצוע טיפולי מקבוצת מקצועות הבריאות הנסמך על גופי ידע מדעי: העיסוק, הרפואה, החברה וההתנהגות. במהותו, המקצוע עוסק בקידום בריאות (הכללית, לא רק דנטלית) ואיכות חיים על ידי מעורבות בעיסוקים משמעותיים. הטיפול בריפוי בעיסוק ניתן למגוון אוכלוסיות: ילדים (מילדים) על הרצף האוטיסטי ועד ילדים עם כתב יד בעייתי, ילדים עם מוגבלות שכלית התפתחותית וילדים עם בעיות קשב וריכוז, ילדים לאחר פגיעה פיזית (ועוד), מבוגרים (לאחר שבר ביד, תאונה שהביאה לפגיעת ראש או לשיתוק בחלקי גוף, לאחר כוויות, שבץ מוחי ואוכלוסייה בגיל השלישי) ומתמודדי נפש - התחום שבו מתמקד מאמר זה. בשאיפה לשיפור התפקוד בשמירה על היגיינת הפה נדגול בשיטת "מזעור הנזקים", מתוך אמירה ש"כל דבר עדיף משום דבר...". אדם שאינו מוכן/מסוגל לצמצם פעמיים ביום נעודד קודם כול להגיע לצחצוח אחד (עם עדיפות ללילה, כמובן). לאישה שאינה מסכימה לצחצוח כלל (אולי כואב לה בחניכיים, אולי היא נגעלת מהמשהה) נציע להשתמש במי פה. יתר על כן, נעודד הגעה לטיפולים סדירים גם כאשר האדם אינו שומר על היגיינת הפה בין הטיפולים. כמרפאות בעיסוק, נתמקד בבחינת הגורם

תפקודים אלה מתייחסים לקבוצת מיומנויות קוגניטיביות גבוהות ומטה-קוגניטיביות: תכנון, יזימה, קבלת החלטות, בקרה ושליטה בהתנהגות, זיכרון עבודה, מהירות עיבוד, יכולת התבוננות אישית, שליטה ועיכוב התנהגותי, גמישות מחשבתית, בקרה של פעולה ועוד. התפקודים הניהוליים קשורים גם לוויסות רגשי, למשל דחיית סיפוקים, ואף לתפקוד חברתי. ליקויים בתפקודים ניהוליים נפוצים בקרב חולים עם סכיזופרניה, דיכאון, ביפולריות ומגוון הפרעות אישיות וכן באנשים עם בעיות קשב וריכוז. כל אלו עשויים להשפיע על התפקוד בהיגיינת הפה.

לפי מחקר שהתפרסם ב-Scandinavian Journal of Caring Sciences², המניעים לטיפול בבריאות השיניים מתחלקים לשני סוגים: הראשון - פרקטי/לוגיסטי, והשני - יחסים עם הצוות המטפל (רופא/ת שיניים ושיננית). קשיים פרקטיים כוללים קושי בקביעת התורים, בהגעה לתור, בתיאום זמנים ובתשלומים. כפי שצוין לעיל, במצב של פגיעה בתפקודים ניהוליים או סימנים שליליים נוכל לראות קשיים ביזימה (עיכוב בקביעת התור), בתכנון (עלול לעכב גם את קביעת התור, במיוחד אם מדובר במערכת קביעת תורים מורכבת), קבלת החלטות (לאיזו מרפאה ללכת ומתי) ועוד. לדוגמה, ההתמודדות אל מול מערכת קביעת תורים אונליין או דרך אפליקציה יכולה להיות מכשול לאוכלוסייה מבוגרת. כמו כן, אנשים עם לקויות קוגניטיביות עלולים להתקשות הן בקביעת התור והן בהבנת דרכי ההגעה למקום.

בהיבט הרגשי, יש אנשים שדיווחו על הימנעות מטיפולי שיניים עקב תחושות של בוששה מצב פיהם או חשש שהצוות המטפל ימהר, יכאיב להם או יהיה ביקורתי. כמו כן, משתתפי המחקר לעיל שיתפו בתחושות של זלזול מצד אנשי הצוות, שפנו אליהם באופן ילדותי, בחוסר הבנה של הקשיים שהם חווים בשמירה על היגיינת הפה וכן בתחושות של חרדה ואיום מהטיפול. היו שצינו כי בתקופות של חרפה במחלתם, הטיפול בשיניים ושמירה על היגיינת הפה אינם בראש סדר העדיפויות שלהם ("בימים שבהם אתה חסר תקווה וחושב להתאבד, צחצוח שיניים וקביעת תורים לרופא לא נראים לך חשובים"). תוצאות המחקר הראו צורך בתיווך קביעת התורים

לפי סטטיסטיקה משנת 2011¹, במדינת ישראל יש למעלה מ-250,000 אנשים עם תיוג פסיכיאטרי. מאז, מספר זה הלך וגדל, ובמיוחד לאחר תקופת הקורונה, שבה חוינו עלייה במספר הפניות לטיפול בבריאות הנפש, בעיקר סביב חרדות ודיכאון. לאנשים אלו יש קשיים ייחודיים ומגוונים בכל הנוגע לשמירה על היגיינת הפה. במאמר זה אפרט כמה מוקדי קשיים בשמירה על בריאות השיניים והפה בקרב אוכלוסייה זו ואציע כלים מתחום הריפוי בעיסוק, שצוותי טיפול יכולים להשתמש בהם כדי להקל על לקוחות עם רקע פסיכיאטרי.

בקרב אוכלוסייה עם תיוג פסיכיאטרי יש שכיחות גבוהה של רגישויות סנסוריות, העוללות להקשות על המטופל במהלך טיפולי שיניים: אורות גבוהים, הרעשים של כלי הטיפול וכן מגע וקרבה פיזית עם אנשים זרים. לעיתים קיימת רגישות גבוהה לכאב. קשיים אלו יכולים גם להקשות על צחצוח סדיר בין הטיפולים.

כמו כן, סימנים שליליים של מחלות פסיכיאטריות עלולים להוביל לחוסר יזימה והקפדה על בריאות הגוף בכלל, ובריאות הפה בפרט. סימנים שליליים הם תסמיני מחלה הכוללים השטחה רגשית, דלות בתוכן המחשבות וברגשות, הזנחה אישית (היגיינה ירודה, לבוש מרשל), היעדר מוטיבציה, חוסר הנאה כללי ונסיגה חברתית. בהיבט הקוגניטיבי, ייתכנו קשיים בהקפדה על צחצוח שיניים (לדוגמה, עקב קשיים בהתמדה או בזיכרון), בהבנה של אופן הצחצוח הנכון ושל שלבי הפעולה ובהבנת החשיבות של שמירה על היגיינת הפה. סימנים חיוביים של מחלות נפש (כגון הזיות אודיטוריות ו/או ויזואליות, פרנויות ומחשבות של גדלות או יחס) עלולים לגרום לפחדים, בלבול או מחשבות לא רציונליות, אשר יקשו את השמירה על היגיינה.

תחום נוסף שבוולטים בו ליקויים בקרב אוכלוסייה של מתמודדי נפש הוא התפקודים הניהוליים (executive functions). מדובר באוסף של מיומנויות קוגניטיביות הנדרשות כדי לנתב התנהגות מכוונת-מטרה.

1 <https://www.themarket.com/labels/advanced-health/2020-07-06/ty-article-labels/0000017f-f88a-d887-a7ff-f8eef86b0000>

עליזה הירש שברו - מרפאה בעיסוק, עובדת במחלקת פסיכיאטריה גברים של המרכז הרפואי הרצוג ובבית ספר לילדים עם הפרעות התנהגות. בעבר עבדה במב"ן, מחלקות פסיכיאטריות בבתי הסוהר השייכות למרחבים - המרכז הרפואי לטיפול במוח ובנפש, באר"עקב נס ציונה.

3 <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/advanced-dental-disease-in-people-with-severe-mental-illness-systematic-review-and-metaanalysis/64FACA102967E92D5BD265C3304447A6>

2 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12960>

והתהליך הצפוי באמצעות שליחת חומרים מראש, עם קביעת התור. אם אפשר, כדאי גם לציין את שם השיניית ולצרף תמונה שלה. צריך לקבוע זמני טיפול מעט ארוכים מהרגיל, כדי לאפשר למטופלים להיכנס בצורה רגועה יותר ולהרגיש בנוח במהלך הטיפול. חשוב לספק הסבר על מה תעשה השיניית ולקבוע את האופן שהמטופל יוכל לבקש הפסקה במידת הצורך. כמו כן, יש להציע מראש דרכי הרגעה: משככי כאבים או הרדמה (מקומית או מלאה), מסכת פנים למי שמרגיש שהאור מפריע לו (בזהירות, כדי שלא יחוש מאוים עוד יותר מכך שלא יוכל לראות), שמיעת מוזיקה לפי בחירתו או הפצת ריח שניעים לו. בכל אלה יש לברר העדפות מראש ולתמלל את כל שלבי הפעולה במהלך ניקיון הפה. יש להתייחס למטופל בכבוד ובהבנה ולדבר אליו בצורה ברורה וישירה (לא לפנות למלווה!), וכמובן - להיות רגישים לשלל המחסומים המונעים ממנו לשמור על פה נקי ובריא באופן עצמאי. חשוב לחזק את האדם על הגעתו לטיפול ולא לגלות שיפוטיות כלפי רמת ההשתתפות שלו בהקפדה על היגיינת הפה.

שיצחצחו חזק מדי ויגרמו לכאב ולדימום, שירתיעו אותם מלהמשיך. נעבוד איתם על אחיזת המברשת באופן שיפחית את רמת הכוח המופעל וכך גם ידרוש פחות מאמץ ויפחית כאב, או שנציע מברשת חשמלית. כמו כן, נשים לב לסביבת המטופל/ת: האם יש גורמים בסביבתו הפיזית אשר מקשים על צחצוח שיניים (לדוגמה, האם הכיור גבוה מדי, או שיש מדרגות וקיים קושי פיזי לעלות לשירותים?). אולי צוות המקום נועל את חדר השינה בשעות הבוקר והאדם אינו מספיק לצחצח מיד לאחר הקימה? כאן, למשל, נעודד אותו לחשוב על צרכיו ולבקש מהצוות לפתוח את החדר כדי להוציא את המברשת. כל אלו הן פעולות הקשורות לתפקוד השוטף. יש לקחת בחשבון גם את נושא קביעת התורים וההגעה בזמן למרפאת השיניים. אלה דורשים תפקודים ניהוליים, וכן ניהול תקציב לתשלום על טיפולי השיניים. מרפאות בעיסוק יכולות לסייע בביצוע פעולות אלו ובמתן הדרכה כיצד לבצען באופן עצמאי. לפני שהאדם מגיע למרפאה, על צוות המרפאה לדאוג להנגשת המידע על אודות הטיפול

המעכב בשמירה על בריאות הפה: האם האדם מתקשה בגלל פגיעה קוגניטיבית? בגלל קשיים בוויסות הסנסוריו? או אולי קיימים גורמים מעכבים בסביבתו? (לדוגמה: אין לו גישה קבועה למברשת שיניים או למשחה). לאחר שנברר מהו הגורם המעכב ומהם הגורמים המאפשרים, נתכנן תוכנית טיפול. למשל, אם יש בעיה בשימוש במברשת, ננסה לחשוב על פתרון שיקל על המטופל ונאלתר מברשת שיצליח להשתמש בה. לאדם עם קשיים קוגניטיביים בזכירת רצף הפעולות נבנה טבלה עם תמונות של שלבי הצחצוח. לאישה שאינה זוכרת לצחצח, נפעיל תזכורת בפלאפון או נתלה טבלת מעקב ליד השירותים. אם מדובר בקשיים ביזימת הפעולה - נתחיל בעידוד מרובה ולאט לאט נפחית את כמות העידוד הנדרשת (אם מדובר באדם שחי במגורים טיפוליים, ייתכן שתמיד נמשיך להזכיר ולעודד). אם יש קושי בפן הסנסוריו, למשל אם המשחה מגעילה אותו, נוכל להציע משחה בטעם אחר או משחה נוזלית יותר. יש אנשים שמתקשים לווסת את רמת הכוח שהם מפעילים ויתכן

האקדמית אשקלון

צעד חכם. עתיד מבטיח!

- ◀ **2 ימי לימוד בשבוע ב-3 שנים**
- ◀ **כיתות קטנות ויחס אישי**
- ◀ **תכני הלימוד יישומיים ורלבנטיים**
- ◀ **סיורים מקצועיים וביקורים
במוסדות בריאות**



***9990**

B.A.
בבריאות הציבור



התמודדות עם מטופל חרדתי



בהכשרתי אני שיננית וכן מגשרת מוסמכת. המובא להלן מבוסס על ניסיוני המקצועי האישי. ברצוני להודות למטופלים היקרים, שמהם למדתי איך להתייחס למטופל בכלל, ולמטופל החרדתי בפרט.

במאמר זה אציג מעט רקע על נושא הפחד, אציין התנהגויות העשויות להעיד על פחד וחרדה בקרב מטופלים במרפאת השיניים, אציע רעיונות שיסייעו לנו לא לאבד סבלנות וכן "מפת דרכים" - שעשויה לעזור למטופלים להתמודד עם התחושות ולאפשר לעצמם לקבל מאיתנו טיפול מיטבי.

רקע

פחד הוא רגש נורמלי שמטרתו להרחיק אותנו מסכנה. אדם חסר פחד עלול לחצות כביש סואן ברמזור אדום מבלי להסתכל ימינה ושמאלה. נסו להיזכר ברגעי פחד (ניסיון פריצה לבית, ילד רץ לכביש או כל דבר אחר). באותם רגעים, הגוף שלנו חווה תופעות פיזיות ייחודיות: דופק מהיר, זיעה קרה, בחילה, קושי לבלוע או לדבר, דריכות, קיפאון, עילפון ועוד.

לצד הפחד, קיימת בנו תחושת ההכחשה: "לי זה לא יקרה". ללא תחושה זו, אדם לא יחצה גם כביש ריק במעבר חצייה וברמזור ירוק. הוא יהיה משוכנע שאם יחצה - יקרה לו אסון.

פחד וחרדה עלולים למנוע מהאדם לעשות דברים שהוא מעוניין לעשות. איזון נכון בין פחד להכחשה יאפשר לנו להתנסות בדברים שאנו רוצים להתנסות בהם, תוך שנהג בזהירות הגיונית ומותאמת.

לעיתים יש חוסר איזון בין תחושת הפחד ליכולת ההכחשה. תחושת פחד ממושגו ספציפי, באופן חוזר ולאורך זמן וחרף היעדר הגורם המאיים - מוגדרת כחרדה (לדוגמה, חוויית הפחד מנחשים גם אם אין נחשים באזור).

כאן ראוי לציין שפלישה לתחום הפה, אפילו במראה דנטלית, או בדיקת רקמות רכות בפה בעזרת אצבעות מכוסות כפפות, יכולות להיות טריגר קשה לאנשים שעברו פגיעה מינית.

ג'ודי פולסטר - שיננית מוסמכת, מגשרת מוסמכת ונציגת מקצוע השיננות בוועדת המשמעת של משרד הבריאות. עובדת כשיננית במגזר הפרטי.

- מטופל שהתיישב בכיסא ומתחיל להסביר איפה לא לגעת, שואל אם אני יודעת לזהות שתל, מביע ספקות לגבי המקצועיות שלי.
- מטופל שמבקש לשטוף את הפה בתדירות גבוהה מהרגיל, להחליף את הכוס כמה פעמים במהלך הטיפול או לקבל עוד ועוד נייר טישו.

מה עובר על מטופל כזה?

מההיכרות שלי עם הנושא, אני יכולה לומר שמטופל כזה חווה תחושות של האשמה עצמית. למשל, "אני אשם בכך שהפה שלי מוזנח". כמו כן, הוא מתבייש בעצמו וחווה חוסר מסוגלות והנמכה. מבחינתו, כל עמיתיו לעבודה, כל בני משפחתו, כל מכריו, כל הלוחמים ביחידה - כל מי שהוא מכיר וכל מי שהוא אינו מכיר - בא לטיפול שיננית באופן סדיר ואינו חווה קושי בהקשר לכך אותו אדם - אולי קצין בצה"ל, אולי איש עסקים מצליח, אדם מאוזן וחיובי בכל תחום אחר בחייו - סובל מסיסטים בלילה, כאבי ראש, רעידות ובחילה בעקבות המחשבה שיש לו תור לטיפול. פגשתי לא מעט מטופלים הפוחדים מטיפולי שיניים וחווים בדידות עמוקה ואמיתית עקב הבושה, ההאשמה העצמית והסתרת החרדה אפילו מבת הזוג.

איך מזהים מטופלים החווים פחד מטיפולי שיניים?

לפעמים המטופל מספר לנו בעצמו. לפעמים הפחד קיים, ואפילו חזק מאוד, אך קשה למטופל להודות בכך ולשתף אותנו במילים. אני ממליצה לפתח ולחדד מיומנויות הקשבה - הן למה שהמטופל אומר לנו והן למה שהוא אינו אומר בקול רם. בהקשבה פעילה, נוכל לזהות סימני פחד בהתנהגות המטופל, בהתנהלותו במרחב המרפאה ובשפת הגוף שלו.

כמה דוגמאות אופייניות:

- אדם שבאופן סדרתי מבטל את התור ברגע האחרון. הוא מעוניין לקבל טיפול (ולכן קבע תור), אך בפועל - החרדה גוברת עליו והוא מבטל פעם אחר פעם.
- מטופלת שמוגיעה לחדר ההמתנה ומביעה אי-שקט. למשל, מתווכחת עם המזכירה, משוחחת בנייד בקול רם, אינה פושטת את מעילה או מניחה את התיק מידיה, מתהלכת בחדר ההמתנה, ואם היא יושבת - אפשר לראות שידיה אינן רגועות.
- אדם שנכנס לחדר הטיפול אך נשאר עומד צמוד לדלת.
- מטופלת שנכנסת לחדר ונזכרת שהיא צריכה ללכת לשירותים.

ברמת הרציונל, אותה גברת מטופחת להפליא באמת מעוניינת בחיך אסתטי ובפה בריא. היא מבינה שאת זה ניתן להשיג בעזרת טיפולי שיניים, אבל ברגע האמת - החרדה גוברת על הרציונל והיא מבטלת את התור. ככל שהתגברה והצליחה להגיע, היא תדחה את הכניסה לחדר, את הישיבה בכיסא וגם את תחילת הטיפול, בעזרת דיבורים מיותרים.

מה זה יכול לעורר בנו, המטפלות?

כל עוד בעומק הלב הגדרנו את האנשים האלה כחצופים, מרגיזים, חושבים שהעולם סובב סביבם וכדומה, התנהגויות כאלה עלולות לעורר בנו כעס, או לכל הפחות חוסר סבלנות.

הן יכולות לגרום לנו לתגובות מעין אלה:

"חבל שלא חשבת להודיע על הביטול מראש, היו אנשים ברשימת המתנה".

"המזכירה שלנו מצוינת, אתה לא צריך להתווכח איתה. היא יודעת להגיש את הטפסים לביטוח".

"במרפאה שלנו לא מקובל לשוחח בקול רם בנייד בחדר המתנה".

"עדיף שתלכי לשירותים אחרי התור, כי גם ככה אנחנו באיחור".

"כן, אני שיניתי כבר כמה שנים ובוודאי שאני מזהה אתר ושתל".

"אין סיבה לשטוף את הפה כל רגע. חבל שזרקת את הכוס. אולי תשטפי פעם אחת בסוף הטיפול".

אולם אם זיהינו שהמטופל חרדתי ונרצה להתייחס למקרה כאל אתגר מקצועי, יהיה עלינו לשנות גישה, להתייחס למטופל באמפתיה ולסייע לו להתמודד עם החרדה.

מפת דרכים - מנקודת המוצא אל היעד

אני מציעה כאן מפת דרכים - שתסב את תחושות העצבנות וחוסר הסבלנות לאמפתיה ותאפשר לך לבנות אמון וליצור ברית טיפולית עם המטופל.

ב"מפת הדרכים" נגיד מראש את נקודת המוצא ואת היעד, נבחן את הנתביים הקיימים ביניהם, ניערך למחסומים ולאיתגרים שנפגוש בדרך ונבחן כמה ובמי נוכל להיעזר.

בפעם הבאה שגיגי אלך מטופל חרדתי, במקום לגלגל עיניים, להתרגז ולהתכונן לטיפול קשה ומתיש "כי הוא לא ייתן לי לעבוד" - אם תרצי בכך, תדעי איך לעזור לו.

כנקודת המוצא, אני ממליצה לראות באופן חיובי את העובדה שהוא בכל זאת הגיע, ואף התיישב בכיסא, ולומר לו באדיבות וברוגע: "אני שמחה שבאת". חשוב לא להתנשא ולא לזלזל

בגודל המאמץ שלו לא לבטל ברגע האחרון ולהגיע למרות הכול. תגובות כמו "הגיע הזמן", "חבל שלא באת לפני שנתיים" או "הייתי בטוחה שתבטל כמו תמיד", לא יקדמו דבר.

בהגדרת היעד, כדאי להזכיר לעצמנו ולהסביר למטופל שמטרת טיפול השיניים היא בראש ובראשונה קידום בריאות הפה. אם נאמר שמטרת הטיפול היא הסרת כל האבנית (ובהנחה שלמטופל כזה יהיה קשה לעמוד בכך), הוא ייצא מאיתנו בתחושת כישלון ויתקשה לשוב בעתיד.

אם נציג את מטרת הטיפול כקידום בריאות הפה, הרי שגם אם רק לימדנו אותו איך לחצח את שיניו והסרנו מעט אבנית משן אחת - המטרה הושגה. גם השיניים וגם המטופל עברו חוויה חיובית. נציין שהשגנו את מה שתכננו להשיג היום ונתאם את התור הבא.

בבחינת הנתביים האפשריים מנקודת המוצא אל היעד, או במילים אחרות - מהן תוכניות הטיפול המתאימות, אפשר להציע למטופל מגוון אפשרויות לבחירה. כדי שנוכל להתאים את התוכנית הטובה לו, חשוב להבין ממה הוא פוחד. לדוגמה, לאישה שפחדת מהורדת כיסא הטיפולים למנח שכיבה אין טעם להציע הרדמה מקומית. נוכל להציע לה כמה אפשרויות:

א. אני אוריד את הכיסא לתנוחה המתאימה לטיפול, ורק אז את תתמקמי בכיסא.

ב. שבי על הכיסא ואני אניח יד על כתפך בזמן שאני מורידה את הכיסא.

ג. תוכלי ללחוץ בעצמך על לחצן הורדת הכיסא, ואני אומר לך מתי לעצור.

אפשר גם לשאול את המטופלת אם יש לה רעיון משלה, שיכול לעזור לה.

כשהמטופלת מבינה שהקשבת לה, שהצעת אופציות ריאליות ושהיא שותפה לבחירת התוכנית המתאימה לה, היא תצליח להתמודד טוב יותר עם החרדה ולשתף פעולה במהלך הטיפול.

יתכן שהמטופלת תבחר שתניחי יד על כתפה, אולם "ברגע האמת" תרגיש שזה לא נעים לה ותבקש לעצור. תוכלו לחשוב ביחד ולבחון מחדש אפשרויות שכבר עלו וכן אפשרויות נוספות. לא תמיד אפשר לחזות מבעוד מועד את התקלות והאתגרים שנפגוש בדרך. חשוב מאוד לומר למטופלת שלנו: "אני איתך, ואם מאיזושהי סיבה תרצי שאעצור, אני מתחייבת לעצור מייד".

כמה ובמי נוכל להיעזר? גם כאן, טוב לשאול את המטופל ולהקשיב לתשובתו. יש לי מטופל שמביא לתור אוזניות, יש לי מטופלת שבקריזה יושב איתנו בחדר הטיפולים.

המלצות מעשיות נוספות:

• אני מקבלת מטופל חרדתי בדיוק בזמן. לא לפני הזמן ולא באיחור.

• כדי להכין את עצמי ולהיות פנויה רגשית לקבלת מטופל חרדתי, אני מוצאת לפני כן רגע לשתות כוס מים, לשטוף פנים ולנשום.

• אני משתדלת לא להציע שיניים במועד התור שנקבע מבעוד מועד. הצעות כאלה יכולות לערער את הביטחון ולהיות פתח לביטול הפגישה, כגון: "טוב שהתקשרת, באמת תכננתי להודיע שלא אוכל לבוא".

• אם יש במרפאה כמה שיניים, חשוב לא להעביר את המטופל משיניית אחת לאחרת, אלא אם ביקש זאת ביוזמתו.

• במרפאה עם כמה חדרי טיפול, עדיף לקבל את המטופל החרדתי תמיד באותו חדר. אם זה לא מתאפשר, מומלץ להודיע לו עוד בחדר ההמתנה ש"הפעם ניפגש בחדר השמאלי, כי שם אני עובדת היום". עקביות משדרת יציבות ותומכת בבניית ביטחון טיפולי.

• אני מבקשת מצוות המרפאה לא להיכנס לחדר בזמן טיפול כזה. לא כדי לבדוק מתי אני מסיימת, לא כדי להכניס כלים למגירה. דלת שנפתחת בדיוק כשהמטופל משתף שקשה לו, יכולה להיתפס כפלישה למרחב הפרטי ולמנוע את המשך השיחות.

• אני מבקשת מהמטופל לספר לי מה בדיוק קשה לו בטיפול, או מה במרפאת השיניים מפחיד אותו. לרוב אנחנו מניחות שהפחד הוא מכאב, אך לפעמים הפחד הוא ממהשהו אחר: מאובדן שיניים, מחיתוך או פציעה של הלשון, מהורדת הכיסא למנח שכיבה, מחנק, מאיבוד שליטה ועוד.

• בשיחת ההיכרות, כיסא הטיפולים יהיה ישר, המנורה תהיה כביה ואני לא אעטה כפפות או ארכיב משקפיים. במקרה של הנחיות קורונה תקפות וככל שהן מתירות, עדיף שהשיחה תתקיים טרם עטיית המסכה.

• לאחר שיחת ההיכרות ובניית מפת הדרכים שלנו, אני אומרת ומדגימה: עכשיו אעטה את הכפפות שלי, ארכיב את המשקפיים, אעטה מסכה ואז אוריד את הכיסא. לכל פעולה - Tell-Show-Do. להגיד, להראות ורק אז לבצע.

• חשוב להקשיב למטופל ברגישות רבה, מבלי להפריע לרצף הדיבור שלו. אני ממליצה לא להכניס לו/לה מילים לפה - זהו שיח חוסם, שאינו מעודד פתיחות ושיחות. אל תשאל: "האם את מפחדת להיחנק בגרור המים?" עדיף להמתין שהדברים יגיעו מהמטופל עצמו.

• לאחר שהקשבנו ואנחנו מניחים שהבנו, חשוב לבצע שיקוף ולוודא שיש התאמה בין מה שהמטופל רצה שנבין לבין מה שהבנו בפועל. משפטי שיקוף, לדוגמה: "אם הבנתי נכון, מה שקשה לך הוא טיפול עם מים בפה, האם לכך התכוונת?" או: "אם הבנתי נכון, יעזור לך שאני אזהר לא להישען על השפה התחתונה שלך, במקום שהיו לך תפירים בעבר. האם זה מה שרצית



ברור או לא קראתי את התייעוד לפני תחילת הטיפול הבא, אני עלולה להפר את האמון שהשגתי בפעם הקודמת ולהעצים את הקושי של המטופל לקבל את הטיפול שלי. במסגרת המצורפת תמצאו דוגמה לתייעוד מפורט טיפוס.

לסיכום

כשהמטופל מזהה שבאמת חשוב לי להקשיב לו ושהתייחסתי למהות דבריו - תתאפשר בניית אמון ואוכל לסייע לו להתמודד עם הפחד ולשתף פעולה.

אני מציעה שביום הקליניקה הבא שלך, תחדדי את החושים. למשל, תסתכלי בגיליון ותבדקי אם יש הרבה ביטולים. שימי לב: אולי היה מישהו שנכנס עצבני והתלונן שהמתין זמן רב בחוץ, כשלמעשה היה איחור של חמש דקות בלבד? אולי הייתה מישהי שזרקה את הכוס כל כמה דקות וביקשה כוס חדשה, מפית אחרת, כיסוי נוסף למשענת הראש? אולי זו ההזדמנות שלך לטפל במטופל חרדתי בצורה טובה יותר!

ממשיכה לצד ימין. טוב להכין את המטופל כשמתקרבים לסוף הטיפול: "עוד מעט נסיים את הטיפול להיום. כשאסיים, איישר את הכיסא ותוכל לשטוף את הפה לפני שאסיר את המפית". ההכנה הקטנה הזאת מספקת תחושת ביטחון והתמצאות בזמן.

- לחיצת יד במעמד ההיכרות יכולה לסייע מאוד בבניית אמון, ככל שזה מתאים לשני הצדדים מבחינה תרבותית/דתית.
- אני תמיד מתחילה את הטיפול מהמיקום של השעה 08:00, שמאפשר קשר עין עם המטופל, וכשאני צריכה לעבור לאזור 11:00, אני מסבירה מראש: "אעביר את הכיסא שלי למקום שנמצא מאחוריך, כדי שיהיה לי שדה ראייה לכל אזורי הפה. בהמשך, אשוב לשבת בצד הקדמי".
- חשוב ביותר לתעד את מהלך הטיפול באופן מפורט ולקרוז את הדברים לפני הטיפול הבא. אני אומרת למטופל שעברתי על מה שעשינו בפעם הקודמת ומסבירה לו (למשל) שבהתאם, גם היום אסדר את הכיסא לפני שהוא יזמן לשבת. אם לא תיעדתי באופן



שעשה?" כך נאפשר למטופל לדייק את הדברים או להבהירם מחדש. זה חיוני להמשך בניית האמון.

- אני מסבירה למטופל מראש שהוא יידרש לשלם גם אם הטיפול יסתכם בשיחה בלבד, ומחדדת שלפעמים, במקרים מסוימים, עדיף להסתפק בשיחה. חשוב לוודא שהמטופל מבין ומסכים לכך.
- חשוב מאוד לומר את האמת. אמירות סרק כגון "אל תדאג, זה לא יכאב", אינן בונות אמון. אם מטופל שואל: "האם זה יכאב לי?" אני לרוב בוחרת להשיב כך: "אני עושה מאמץ לטפל בעדינות. עדן אותי אם כואב לך, ואוכל לעזור". קורה שמסמנים לי - ואז אני עוזרת מייד.
- במהלך הטיפול, אני מעדכנת מדי פעם במה שכבר נעשה: "עד כה אפשרת לי לנקות את כל השיניים מצד שמאל, ועכשיו אני

חשוב מאוד לתעד! לדוגמה, כך:

טיפול שיננית אחרון היה לפני יותר מעשר שנים, במרפאה אחרת. הגיעה אליי בהמלצת חברה (ורדה ג'), עם היגינה ירודה וחרדה דנטלית על רקע פחד מנשירת שיניים. על רקע הפחד מנשירת שיניים, יש לשים לב במהלך הטיפול לא להישען על השיניים הקדמיות התחתונות. ביקשה לשאול אותה כל כמה דקות במהלך הטיפול אם היא בסדר. הצגת תוכנית טיפול: שלוש פגישות במרווחי זמן של חודש. תור ראשון לבניית אמון ולהדרכה לצחצוח אפקטיבי. תור שני לתחילת הסרת אבנית ולימוד ניקוי בין-שיני. תור שלישי להשלמת ניקוי השיניים ואפליקציית פלאוריד, וכן להערכת מצב מתי כדאי להגיע בפעם הבאה. מבינה את התוכנית ומסכימה לה. נתתי כתובת מייל שלי. היום: בניית אמון והדרכה לצחצוח אפקטיבי + הסרת אבנית ראשונית בסגנון קדמי תחתון. יצאה מרוצה וקבעה את התור הבא אצל המזכירה.

נחמה

במהלך פעילותנו המשותפת באש"י ידענו תקופות טובות אך גם מאתגרות עבור האיגוד. נחמה תמיד ידעה להרגיע ולווסת באמירות חכמות, פרי ניסיונה ארוך השנים. בממלכתיות, בנועם, בצנעה, באצילות ובחברות אמת. תרומתה לאיגוד תישאר עימנו גם בהמשך הדרך. נפלה לידי זכות גדולה להכיר ולתרום לצידה ולאורה.

אני מאחלת לנחמה הצלחה ועניין בכל עשייה שתבחר, שפע של אושר ונחת בחיק משפחתה ובריאות איתנה. תודה על הכול!

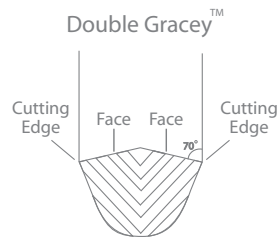
שרון פרידמן-יניב

כדי לגולל כאן את הרגעים המכוננים, המאושרים, המצחיקים, המאתגרים, העצובים וגם ה...מפחידים (כן כן) שעברנו יחדיו, נחמה ואנוכי, כולל שיחות העומק הרבות שניהלנו במהלך העשור שבו כיהנה כנשיאת הכבוד והרבה לפני כן - הייתי נדרשת לגיליון שלם.

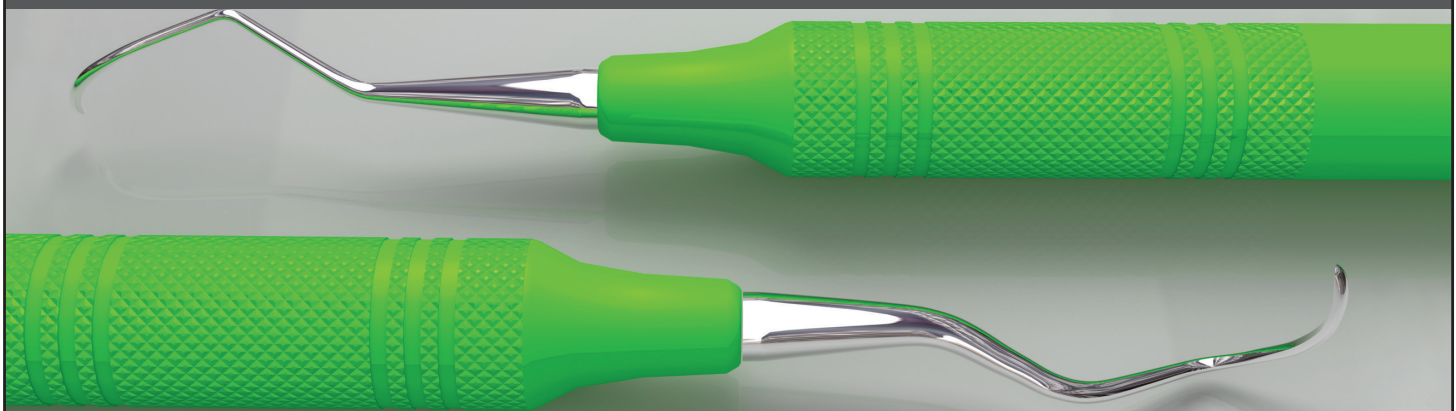
נחמה היא אושיה במקצוע השיננות בישראל, ממייסדות אש"י ומחלוצות המקצוע. התואר נשיאת הכבוד הולם אותה במלוא מובן המילה: ברצון נרתמה לכל פרויקט קהילתי התנדבותי, לכתובת מאמרים, לייצוג בכל פלטפורמה, לצירוף שינניות נוספות לאיגוד. בשמחה תרמה מהידע המקצועי הנרחב שלה לטובת השינניות ולמען קידום המקצוע ותמיד הושיטה יד לעזרה.

Double Gracey™ Innovation

The Double Gracey™ is the latest innovation from American Eagle Instruments. Two instruments combined in one. This allows the operator to follow the Gracey technique, but with the economy of using universal curettes. Graceys™ are raised, thus creating two slightly sloped faces, approximately 110 degrees, measured from the terminal (lower) shank.



IMPLANT INSTRUMENTS



- Medical grade titanium
- Will not damage titanium implants
- 100% made in the U.S.A.

- EagleLite™ resin handles offer a unique ergonomic design that reduces hand fatigue

Blackjack



- ♠ **LONG SHANK DESIGN PROVIDES EXCELLENT POSTERIOR ACCESS**
 - Contra-angle sickle scaler
 - Slip-free handle design
- ♣ **VARIOUS STYLES AVAILABLE**
 - As a complete instrument
 - Quick-Tip™ cone sockets
 - Stainless or resin handles

- ♥ **SHARPEN-FREE XP TECHNOLOGY™**
 - Slimmer blade design
 - Retains factory edge
 - Saves time and money
 - Enhanced instrument surface doesn't require sharpening for the useful life of the instrument
- ♦ **100% HANDCRAFTED IN THE USA**



מדוע עלינו לשמור על העיניים?



הסיכון של רופא או מטפל להידבק ב-HIV כתוצאה מחשיפה של המוקוזה לדם הוא פחות מעשירית האחוז. הסיכון אומנם אינו גבוה, אבל החשש לאחר מעשה הוא גדול. דמיונו לעצמך מסה של חומר שעפה לתוך עיניך ממטופל חדש שאינכם מכירים ושסובל מג'ינגיביטס משמעותית... מעבר לתחושת הגועל, סביר להניח שלא תרצו לעבור בדיקות רפואיות ולקחת טיפול מניעתי בגלל שטות שניתנת למניעה באמצעי כל כך פשוט: משקפי מגן.

ספרות

1. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5217.pdf>
2. Gatto, M.R., Bandini, L., Montevecchi, M., Checchi, L. Occupational exposure to blood and body fluids in a department of oral sciences: results of a thirteen-year surveillance study. *Scientific World Journal*. 2013;2013:459281 Epub 2013 Feb 14.
3. Bond, W.W., Favero, M.S., Petersen, N.J., Gravelle, C.R., Ebert, J.W., Maynard, J.E. Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week [Letter]. *Lancet* 1981;1:550-1.
4. Sartori, M., La Terra, G., Aglietta, M., Manzin, A., Navino, C., Verzetti, G. Transmission of hepatitis C via blood splash into conjunctiva. *Scand J Infect Dis* 1993;25:270-1.
5. Ippolito, G., Puro, V., De Carli, G. The risk of occupational human immunodeficiency virus in health care workers: Italian Multicenter Study, The Italian Study Group on Occupational Risk of HIV Infection. *Arch Intern Med* 1993;153:1451-8.

סייעת, שתוכל להפעיל את מערכת שאיבת הנוזלים ולהפחית ככל שניתן את הצטברות האדים בחלל החדר.

כמו כן ממליצות התקנות (הן האמריקאיות והן הישראליות) להקפיד על שימוש במסיכות פנים, משקפי מגן או מגן פנים בעת הטיפול במטופלים.

במחקר שנערך בבית הספר לרפואת שיניים בבולוניה, איטליה, על פני 13 שנים, אירעו 63 חשיפות לאיחועים הקשורים לחשיפה לזיהום - 89% מהם דרך העור ו-11% דרך הריריות - באמצעות אירוסול ורסס שניתז לתוך עינו של המטפל. מדובר בשיעור חשיפה כולל של 4.78 ל-10,000 מטופלים (2).

אם נתבונן בפתוגנים העיקריים שאיתם אנחנו מתמודדים ביומיום במרפאת השיניים, הווירוסים העיקריים שמעסיקים אותנו כוללים B הפטיטיס, C הפטיטיס ו-HIV. וירוס צהבת B הוא וירוס מידבק ביותר, שמועבר על ידי חשיפה לדם של אדם נשא. ברוב המקרים של עובדי מערכת בריאות שנדבקו בווירוס, הנפגעים לא ידעו לדווח על מקרה מסוים של חשיפה לזיהום הזכור להם. מכיוון שהווירוס עמיד בטמפרטורת החדר על פני משטחים גם לתקופה של כשבוע, מרבית מקרי ההדבקה נובעים מחשיפה של שפשופים בעור ומחשיפה של הריריות לזיהום (3). למזלנו הרב, בשל החיסון היעיל כנגד המחלה, שיעור ההידבקות בקרב עובדי בריאות, המחויבים להיות מחוסנים למחלה, יורד.

יכולת ההדבקה של וירוס צהבת C, לעומת זאת, נמוכה בהרבה משל וירוס צהבת B. בכל זאת, בספרות הרפואית קיימים לפחות שני דיווחים על הידבקות בו בשל התזת דם אל תוך עין המטפל (4, 5).

היווצרותם של חלקיקים הנישאים באוויר החדר במהלך טיפול שיניים היא ברורה מאליה. השימוש במכשירים רוטטים המתיזים מים, בשילוב רוק ודם בחלל הפה, יוצרים חלקיקים קטנטנים הניתנים מחלל הפה לאוויר החדר ויוצרים "ענן של טיפול" סביב ראשו של המטופל וסביב המטפל. ניתן לראות בקלות היווצרות של ענן כזה בעת טיפולים במזרק אוויר-מים, בשימוש בסקייילרים אולטרא-סוניים ובשימוש במערכת המים של היחידה הדנטלית. הענן מורכב למעשה מטיפות איירוסול - המוגדר כחלקיקים שקוטרום קטן מ-50 מיקרון. גם חלקיקים גדולים יותר ניתנים לחלל החדר, ואלה מכונים בעגה המקצועית spatter. בשל משקלם הזעיר, החלקיקים הקטנים יכולים לשהות באוויר החדר שעות רבות לפני שישקעו על המשטחים שבו, ולפיכך הם מהווים מקור להעברת זיהומים שנישאים באוויר לצוות הרפואי ובין מטופלים שונים. הדבקה תיעשה על ידי שאיפתם לדרכי הנשימה והגעתם לריאות, ומשם יתפשט הזיהום ליתר חלקי הגוף.

המרכז לשליטה על מחלות בארצות הברית (CDC) הוציא הנחיות (1) לפיהן כל פעולה הכרוכה ביצירה של spatter צריכה להתבצע באופן שיפחית בצורה משמעותית את פיזור החלקיקים באוויר.

תקנות ה-CDC למניעת זיהומים ברפואת שיניים, שמהדורה מעודכנת שלהן יצאה בחודש יולי 2013, קובעות דרכים להפחתת כמות הרסס. בין היתר כוללות ההנחיות שימוש במערכת שאיבה בלחץ שלילי בעוצמה גבוהה ושימוש בסכר גומי. על פי הנחיות משרד הבריאות הישראלי, חובה על הרופא לעבוד עם

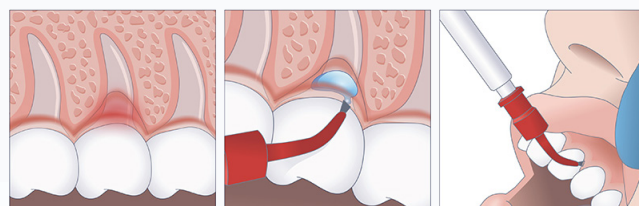
ד"ר שרון אילון - מומחית לרפואת הפה

Pocket-X[®] gel

לטיפול בכיסי חניכיים



בטמפ' החדר החומר נוזלי, מוכנס בקלות לכיס וממלא את כל נפח הכיס, כולל פינות נסתרות ועמוקות.
בטמפ' הגוף הנוזל הופך לג'ל שמתמצק ומתקשה תוך שניות (פורמולציה מוקו-אדהזיבית, תרמו-סנסטיבית)



הפוקט-X ג'ל מבצע 3 פעולות בכיס הפריודונטלי:

- ✓ מכיל חומצה היאלורונית היוצרת שכבת הגנה
- ✓ מכיל חומר אנטימיקרוביאלי Octenidine ששומר על הכיס נקי ואינו מכתים*
- ✓ הג'ל ממלא את הכיס ומונע כניסה חוזרת של חיידקים ופתוגנים

מבצע 5+1

מחיר משוקלל
280 ₪ 233 ₪

חסכוני ביותר!

תכולת אריזה -
3 מזרקים של 1 מ"ל
מזרק אחד מספיק למספר כיסים
עלות חבילה 280 ₪ - 93.33 ₪ בלבד למזרק!

* נבדק במחקר קליני על שטיפת פה המכילה אוקטנידין



פינלנד | נעים להכיר: Tarmo Hitulda

מה חשוב לך בעבודה בקהילה? לתת את הטיפול המונע והמרפא הטוב ביותר האפשרי ולקדם בריאות ציבורית טובה, בדגש על מניעה. איפה יכולה שיננית לעבוד בקהילה? היא יכולה להדריך במגוון מקומות ובתוכניות של חברות וארגונים שונים. כשיש לה תואר שני, יש יותר אפשרויות, כולל ניהול.

מהן מטרות ארגון השיננות הפיני? האיגוד שלנו פועל למען השינניות ונאבק לשיפור ולפתח את המקצוע ולקדם את זכויות השינניות. בין היתר, אנחנו מארגנים ימי עיון והרצאות לחברי האיגוד.

מה אכלת היום לארוחת הצהריים? פסטה ברוטב עגבניות שהכנתי.

האם הספקת היום לעשות את כל מה שתכננת במסגרת יום העבודה? היום עמדתי היטב בלוחות הזמנים. אם למטופל נדרש יותר זמן טיפול, אזמן אותו לתור נוסף.

ככמה מטופלים אתה מטפל ביום עבודה? בעבודה במגזר הציבורי, במרכז הרווחה הציבורית Sodukka, יש לי בדרך כלל 7-8 מטופלים ליום. אם באותו יום אני גם עובד בערב בקליניקה הפרטית בטרוויסטלו, אז אני מטפל בעוד שלושה מטופלים באותו יום.

מה אתה מרגיש אחרי העבודה? שמח לחזור הביתה...

מה הדבר הראשון שאתה עושה אחרי העבודה? מלטף, מפנק ומאכיל את החתולה שלי...

אני מונג בגיטרה ונהנה מטוילים ומסקי בהרי לפלנד. בכל קיץ אני משתתף בתחרות "פינלנדיה קאנו", אירוע קיאקים שנמשך כשבוע. אנחנו מגיעים כקבוצה בשם "קבוצת המשייטים - מסע קיאקים", יחד עם המשפחות. פינלנד ידועה כארץ אלף האגמים, אך בפועל יש בה למעלה מ-168,000 אגמים ומקומות רבים לשיט קיאקים.

♦ **מוטו בחיים:** לחיות חיים ארוכים, לצמוח ולהתפתח.

יום בעבודה

מה הדבר הראשון שאתה עושה בבוקר? מאכיל את החתולה שלי.

מה המוטו שלך בעבודה? מה חשוב לך? אני שואף להעניק למטופלי, במגזר הציבורי והפרטי, את הטיפול הטוב ביותר, בצורה רגועה ומעצימה.

מה משמח אותך בעבודה ביום-יום? אני נהנה מהאתגר ומהעזרה למטופלים שלי. אני נהנה ממטופלים עם תוצאות ריפוי טובות, וכאלה שהצליחו לחולל שינוי בהרגלי היגיינת הפה שלהם ולשמור על בריאות הפה והשיניים. אני אוהב להעניק לילדים חוויה ראשונה טובה בטיפול שיניים, בהסרת אבנית והדרכה להיגיינה אורלית טובה. אני שמח בעבודתי וחש סיפוק רב, וגם נהנה מאוד כשיום העבודה מסתיים...



Tarmo Hitulda, בן 41, הוא שינן פיני, חבר הנהלה באיגוד השיננות הפיני ועורך המגזין המקצועי של האיגוד.

♦ **עבודה:** מרבית עבודתי במגזר הציבורי, כחלק מתוכנית הרווחה של לפלנד. פינלנד ארגנה את שירותי הבריאות שלה ל-21 אזורים, שבהם ניתנים שירותי בריאות ורווחה ציבוריים. זוהי תוכנית חדשה, שהחלה לפעול רק לאחרונה.

אני עובד כשינן במרפאת שיניים הנמצאת במרכז רווחה חדש ב־Sodankylä, במרכז לפלנד (אזור צפוני של פינלנד), כ־140 ק"מ צפונית לרובנימי ולחוג הקוטב הצפוני.

אני עובד גם במשרה חלקית במגזר הפרטי. ♦ **מצב משפחתי:** יש לי חברה בשם Tehri, ויש לנו חתולה מבוגרת בשם לונה.

♦ **תחביבים:** אני חבר בהנהלת איגוד השיננות הפיני (The Finnish Association of FADH Dental Hygienists), וגם העורך והכותב של המגזין המקצועי שלנו - Suuhygienisti-journal.

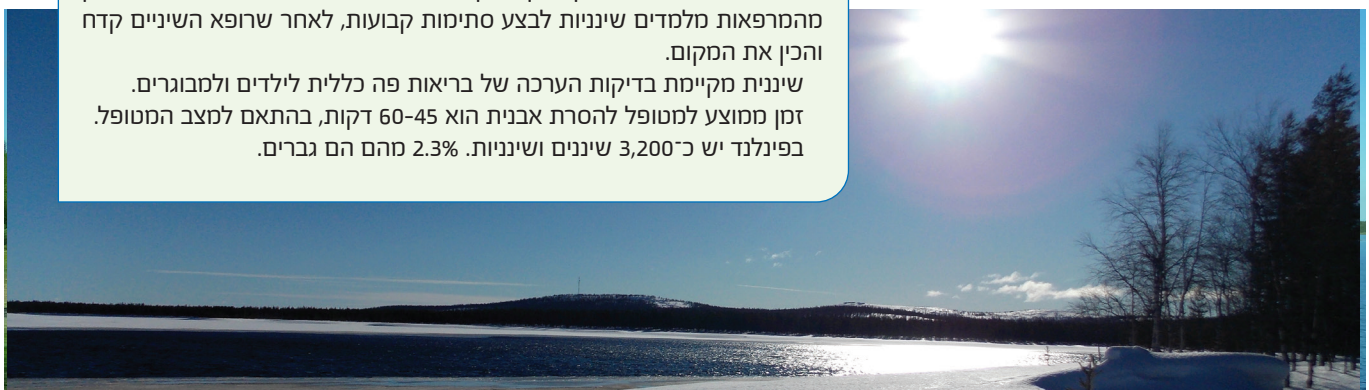
שיננות בפינלנד

לימודי שיננות בפינלנד הם לימודים אקדמיים המזכים בתואר ראשון. בסיומם, צריך להירשם ולהיות מורשים על ידי Valvira - סוכנות לאומית הפועלת תחת משרד הרווחה והבריאות. יש הממשיכים ללמוד לתואר שני.

לימודי שיננות מתקיימים בפינלנד בארבעה מקומות: הלסינקי, אולו, טורקו וקואופיו. מקום נוסף מתוכנן להיפתח בקרוב בטמפרה.

שיננית יכולה להרחיב את לימודיה ולהשתתף בקורסים שיאפשרו לה לבצע פעולות נוספות, כגון מתן זריקות אלחוש או ביצוע סתימה זמנית. בחלק מהמרפאות מלמדים שינניות לבצע סתימות קבועות, לאחר שרופא השיניים קדח והכין את המקום.

שיננית מקיימת בדיקות הערכה של בריאות פה כללית לילדים ולמבוגרים. זמן ממוצע למטופל להסרת אבנית הוא 45-60 דקות, בהתאם למצב המטופל. בפינלנד יש כ־3,200 שיננים ושינניות. 2.3% מהם הם גברים.



הדור הבא של מכשירי הפרופי המקצועיים - PROPHYflex 4



מכשיר ה- **PROPHYflex 4** הופך את ניקוי השיניים לחוויה נעימה!
המכשיר משלב עיצוב ארגונומי וניקוי יעיל במיוחד
הניקוי מדויק ועדין, ומתאים לטיפול על ותת חניכי.



ניתן לכוון את עוצמת העבודה לפי סוג הטיפול, בקלות ובמהירות
המכשיר בנוי היטב וממיטב החומרים, דבר המקנה לו עמידות בשימוש יום-יומי
מאומץ ועמידות בחומרי חיטוי ועיקור באוטוקלב לאורך שנים רבות.
מכשיר הפרופי היחיד בעל 3 אל-חוזרים למניעת סתימות במכשיר!



מגיע במגוון חיבורים: KAVO MULTIflex ו-SIRONA.
למכשיר מתלווה מגוון רחב של אבקות לטיפולים תת ועל-חניכיים
קבילה מתחלפת ע"פ סוג הטיפול - גם לעבודות בכיסים פריודנטלים.

מגוון אבקות פרופי על בסיס סודה וקלציום בטעמים שונים



אלי חביבי חברת א.ח דנטל בע"מ - E.Dental

מעבדת שרות ותיקונים - טכנאים מוסמכים לציווד דנטלי

נותני שירות למוצרי חברות - MELAG, TKD, Mectron, KaVo, Bien Air

נייד: 052-2737007 | טל. 03-6915507 | פקס: 077-3003033 | תל אביב elih@e-dental.co.il e-dental.co.il



כנס יום האישה 2023



נציגות גדולה ויפה של שינניות בכנס יום האישה הבין-לאומי

נשים חזקות ומרשימות

ביום ו', 10 במרץ 2023, ציינו את יום האישה הבין-לאומי בכנס חגיגי של אש"י, שהתקיים בהיכל התרבות מודיעין באיירפורט סיטי. בימים סוערים אלה, עם חשש גובר מפני פגיעה בזכויות האישה והחלשת מעמדן של הנשים בישראל, אנו, חברות האיגוד, ממשיכות לגדול, לצבור ידע - וביחד לעמוד איתנות ומלאות עוצמה מתמיד. ציפינו מאוד לכנס ושמחנו לפגוש בו שינניות רבות. זה היה אירוע חם, מעשיר ומפנק, שהחל בקבלת פנים חמה (וטעימה) ובתערוכה עדכנית. בהמשך עלו על הבמה נשים חזקות ומרשימות, ששיתפו בידע

חשוב ובמחשבות טובות. ראשונת המרצות הייתה ד"ר אורלי ניר שפירא, שסיפרה היכן באים לידי ביטוי שינויי גיל המעבר בקרב נשים וכיצד הם משפיעים על כל רובדי חיינו - וכמובן על בריאותנו הכללית ועל בריאות חלל הפה. כשינניות, עלינו להיות מודעות לשינויים אלה וקשובות למתרחשות שלנו. הרצאתה של ד"ר סיגל מזור עסקה ברפואה מגדרית. למשל, בשוני הקיים בין נשים לגברים בתגובה לתרופות, בשעה שרוב אישורי התרופות מתבססים על מחקרים שנעשו בקרב גברים בלבד. יש גם פערים רבים באבחונים פתולוגיים בין המגדרים, ותמיד צריך להתבונן במקרים גם בראייה זו.



תודה רבה לכל הדוברות בכנס יום האישה הבין-לאומי

אחריות חברתית (Social Responsibility) - שינניות למען מתמודדי נפש



בריאות הפה למתמודדי נפש

עם אנשי צוות ומתמודדי נפש, במטרה לתת להם כלים ויכולת לתפקד בצורה טובה ויעילה ולאפשר להם חיים של כבוד ובריאות. התוכנית תכלול שלושה-ארבעה וובינרים בחודש מאי, שירחיבו את הידע הרפואי, המנטלי והפיזי של מתמודדי הנפש ויקדמו את בריאותם הדנטלית ואת יכולתם להתמודד ביום-יום. כמו כן, יתקיימו שלוש הדרכות פרונטליות של שינניות במרכזי יום של מתמודדי נפש (תוך התחשבות במקום מגוריהן של השינניות המתנדבות). מידע נוסף וזמני הוובינרים יפורסמו במדיות השונות. שינניות שרוצות להשתתף בתוכנית מוזמנות להיכנס לאתר אש"י ולמלא את הטופס הייעודי (בתוך לשונית "אחריות חברתית").

הדס גולדברג RDH MA

חברתיים, ועד למניעת כאב וחוסר נוחות. מחקרים מצביעים על קשר בין בריאות הפה לבין מחלות כלליות כמו מחלות לב, שבץ מוחי, סוכרת ועוד. טיפול ומניעה של מחלות הפה במבוגרים חשובים לדימוי העצמי, ליכולת התפקוד ולבריאות הכללית. אימוץ הרגלים נכונים, הקפדה על היגיינה אורלית, תזונה בריאה ומעקב רפואי יסייעו בשמירה על בריאות הפה לאורך החיים, ובכלל זה על השיניים או כל שיקום אחר הקיים בחלל הפה. מחלות פסיכיאטריות והתרופות הנלוות משפיעות על בריאות הפה בשל הרגלים לקויים, התמכרויות והשפעות של תרופות. ההשלכות הן תזונה לא מאוזנת, היגינת פה לקויה, עישון, אלכוהול, יובש פה הנובע מטיפול תרופתי והיעדר גישה לשיירות דנטליים מסיבות כגון פחד מטיפול, אי-התמדה במהלך הטיפול הנדרשים לשיקום הפה, עלות הטיפול ומיעוט מרפאות המסוגלות/מוכנות לטפל במטופלים עם מחלות פסיכיאטריות. במסגרת פעילות לקבלת אחריות חברתית, איגוד השיננות הישראלי (אש"י) לקח על עצמו, יחד עם שינניות מכל הארץ, לקיים מפגשי הדרכה לשמירה על בריאות הפה והשיניים

בישראל קיים חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס, 2000. מטרת החוק היא לפעול לשיקומם של אנשים נפגעי נפש ולשילובם בקהילה, כדי לאפשר להם לחיות בעצמאות תפקודית ובאיכות חיים תוך שמירה על כבודם, ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו. לשירותי סל שיקום למתמודדי נפש זכאי כל תושב ישראל מגיל 18 ומעלה המוכר כבעל נכות רפואית על רקע נפשי בשיעור של 40% ומעלה, בהתאם לתקנות הביטוח הלאומי. כל זאת לאחר אישור ועדת השיקום האזורית למתמודדי נפש. שירותי סל שיקום כוללים מסגרות דיוה, תעסוקה, חברה ופנאי, סיוע בהשלמת השכלה, טיפול שיניים ועוד. בתוכנית סל שיקום ניתן לקבל הפניה לאחת ממסגרות המגורים המוגנות בקהילה והשתתפות במימון הפעילות השיקומית בה. מסגרות אלו כוללות הוסטל, קהילה תומכת או דיור מוגן. בכל אחת מהמסגרות קיימות דרגות שונות של ליווי על ידי הצוות. מי שנמצא במסגרת "דיור מוגן" גר בביתו, עם משפחתו, ומקבל ליווי בביתו במהלך השבוע. לבריאות הפה והשיניים יש השפעה גדולה על איכות החיים - משמירה על תפקוד יום-יומי תקין, כולל אכילה, דיבור וקיום קשרים

הסקיילר האיכותי והמקצועי מבית TKD



ידיות סקיילר תואמות EMS ו-Acteon (SATELEC) איכותיות הניתנות לעיקור תאורת ה-LED בגוון אור טבעי ומאירה היטב את איזור העבודה ניתן לרכוש כידית בודדת או כערכה מובנת ביחידה הדנטלית שנתיים אחריות



אלי חביבי חברת א.ח. דנטל בע"מ - E.Dental

מעבדת שרות ותיקונים - טכנאים מוסמכים לצידוד דנטלי

נותני שירות למוצרי חברות - MELAG, TKD, Mectron, KaVo, Bien Air

נייד: 052-2737007 | טל. 03-6915507 | פקס: 077-3003033 | תל אביב elih@e-dental.co.il e-dental.co.il



המצפן המקצועי וצו המצפון

2. **כללי האתיקה** - איגוד השיננות הישראלי:
"לטפל בכל אדם ללא הבדל דת, מין, לאום, גזע, מעמד, גיל ומצב בריאות..." (הקוד האתי - אש"י)

מכאן שיש להבהיר בצורה חדה וברורה כי חובתן המשפטית והאתית של השיננות היא להעניק טיפול שייעודו מניעת מחלות הפה ושיפור בריאות הציבור בהתבסס על הצדקה רפואית ושיקולים מקצועיים בלבד, וזאת ללא משוא פנים ומבלי להפלות בין מטופלים. קשה לחשוב על סטואציות שבהן קיימת התנגשות בין טיפול שייעודו מניעת מחלות הפה ושיפור בריאות הציבור לבין צו המצפון של השיננית.

כאן גם המקום להדגיש כי גם סטואציה הפוכה היא בלתי ראויה ואסור לתת לה יד. המציאות מלמדת שאולי הגיע הרגע לומר את הברור מאלינו: לא כל בקשה של מטופל היא בקשה ראויה למימוש. יש להבחין בין בקשה לגיטימית לבין כזו המבוססת על יסודות של אבחנה ואפליה פסולות. שהרי לא דין בקשת מטופל לקבל הדרכה על היגיינת פה בשפת הבנתו, כדון בקשה של מטופל שלא לקבל שיחות משיננית רק בשל צבע עור, לאום, דת, נטייה מינית וכיו"ב.

מערכת הבריאות אינה יכולה, אינה צריכה - ובמקרים מסוימים אף אסור לה - להיענות לכל בקשה הניצבת לפתחה, בוודאי כשקשה זו נגועה בגזענות או באפליה פסולה. דווקא סירוב מפורש לבקשות הנגועות באפליה פסולה בכוחו למגר בטווח הבינוני והארוך תופעות פסולות בחברה רב־תרבותית כמו ישראל. כן, גם ב"מחיר" מייד של עזיבת המטופל הפוטנציאלי את המרפאה ובחירה במרפאה אחרת. בעניין זה כדאי שכל המרפאות יישרו קו וינהיגו מדיניות אחידה ובלתי מתפשרת, אשר יוצאת כנגד תופעות של אפליה והפרדה. כך יתאים עצמו הציבור לאפשרויות הקיימות. החובה של כולנו היא לצאת כנגד תופעות של אפליה פסולה ולא לאפשר - במפורש או במשתמע, במישרין או בעקיפין - פרקטיקה של אפליה.

בשבועות האחרונים, המרחב המקצועי והציבורי מוצף בהתבטאויות שיש בהן כדי לפלג את החברה הישראלית, כמו גם אמירות של גורמים לא מקצועיים המבקשים לעצב מחדש את פני מערכת הבריאות, לעיתים תוך כרסום הזכות לבריאות, לכבוד, לשוויון ולהוגנות. מכאן גובר הצורך לתת בידי הציבור ואנשי ונשות המקצוע במערכת הבריאות כלים המבוססים על תשתית של מידע מהימן, וכן לחדד סוגיה שלעיתים - משיקולים חיצוניים - לרפואה, לסיעוד ו/או לתחום הבריאות - מקבלת פרשנות משפטית ו/או אתית שגויה. מערכת הבריאות משקפת בצורה הטובה והמהימנה ביותר את כל גוני החברה בישראל. זו מערכת שעובדים בה ומטופלים בה, זה לצד זה, בני כל הדתות (יהודים, מוסלמים, נוצרים, דרוזים, צ'רקסים ועוד) לצד חסרי דת; ילידי הארץ לצד עולים ותיקים וחדשים; עולים מברית המועצות לשעבר לצד עולים ממדינות אפריקה; עשירים לצד עניים, ועוד. זהו ההון האנושי הניצב ביסוד המצוינות של מערכת הבריאות הישראלית. לכן, בראשית הדברים וכדי להסיר כל ספק שאולי ניטע בקרב העוסקים ברפואה, בסיעוד או במקצועות בריאות אחרים ביחס לכללים המשפטיים והאתיים: **רופאי שיניים, ובכלל זאת גם שינניות, אינם רשאים להפלות בין מטופלים.**

חובתו של הגורם המטפל לפעול למימוש זכותו של כל אדם לקבל טיפול שיניים נאות, לרבות היגיינת הפה וטיפול מונע. זו חובה משפטית ואתית הניצבת בליבת העיסוק במקצועות הבריאות. מכאן אף צומחת חובתה של שיננית להעניק טיפול לכל אדם באשר הוא אדם, וזאת בהתבסס על הצדקה רפואית ושיקולים מקצועיים בלבד; חובה שמכוחה אף נגזר האיסור החוקי והאתי להפלות בין מטופלים. איסור האפליה מעוגן בסדרה ארוכה של מקורות, ובראשם:

1. **חוק זכויות החולה, התשנ"ו:** "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית, גיל או מטעם אחר כיוצא באלה" (סעיף 4)

יום האשה - המשך מעמוד 32



הזוכה המאושרת במברשת החשמלית IO החדשה מבית נותנת החסות המרכזית - חברת Oral-B

וניו בן חור פאר מ"הבית של בר", העמותה לסרטן האישה, היא אישה חזקה ומרשימה שהחלימה מסרטן צוואר הרחם. וניה שיתפה בסיפורה האישי ו"עשתה סדר" בסוגי הסרטן המסכנים נשים, עם דגשים על סימפטומים שאסור להתעלם מהם. חשוב לשתף ולהיבדק! שמענו גם את סיפורה המרגש של **אלה מזור**, ששיתפה בהתמודדות המרגשת שלה עם אותו סרטן.

הרצאתה של **אורלי שטרקמן**, חברתנו היקרה שהחלימה מסרטן השד, הייתה לנו מרגשת וחשובה במיוחד. היא דיברה על ההתמודדות עם תופעות הלוואי של תרופות לטיפול בסרטן, ועד כמה חשוב שאנחנו, השינניות, נכיר אותן ונדע כיצד לעזור למתרפאות שלנו. בין השאר למדנו על ההשפעה של חוסר באסטרטגיה על הגוף בכלל, ועל הפה בפרט. החכמו והוספנו כלים חשובים לארגז הכלים שלנו.

לאחר הפסקת קפה וקינוחים צפינו במופע חוויה על-חושית של המנטליסט **אורן שלום**, שהצליח להרשים ולשעשע בהומור השנון שלו.

זה היה מפגש מהנה, בלתי נשכח ומספק מאוד. הוא העשיר אותנו בידע עדכני וחשוב, שאותו נעביר הלאה - לנשים בחיינו ולמטופלותינו בעתיד. להתראות במפגש הבא!

תודה לחברות הדנטליות שעזרו לנו לקיים את הכנס. תודה רבה לחברת Oral-B - שנתנה את החסות הראשית, ולחברות הנוספות שתרכו להצלחת הכנס: קולגייט, תרו, הימליה, פארו, הבית של בר, אברמוב, דנטלון, Haleon ו-Listerine.

דקלה ברזילי RDH

ד"ר עדי ניביגודה - מומחה למשפט רפואי ומדיניות בריאות; הפקולטה לניהול מערכות בריאות במכללה האקדמית נתניה ובבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל-אביב; יועץ למוסדות בריאות.



הבחירה האולטימטיבית לבריאות האשנן

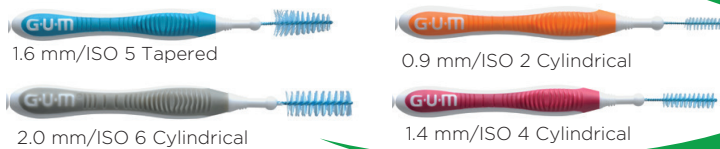


Healthy Gums. Healthy Life.

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



TRAV-LER®



מבחר עשיר של מברשות

ועוזרים דנטלים לניקוי יסודי ולהגינת הפה

SOFT-PICKS® ADVANCED



SOFT-PICKS® ORIGINAL



גם יופי ו-GUM בריאות

ניתן להשיג בכל בתי מרקחת
ורשתות הפארם והדנטלים

פרודנטל ש.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

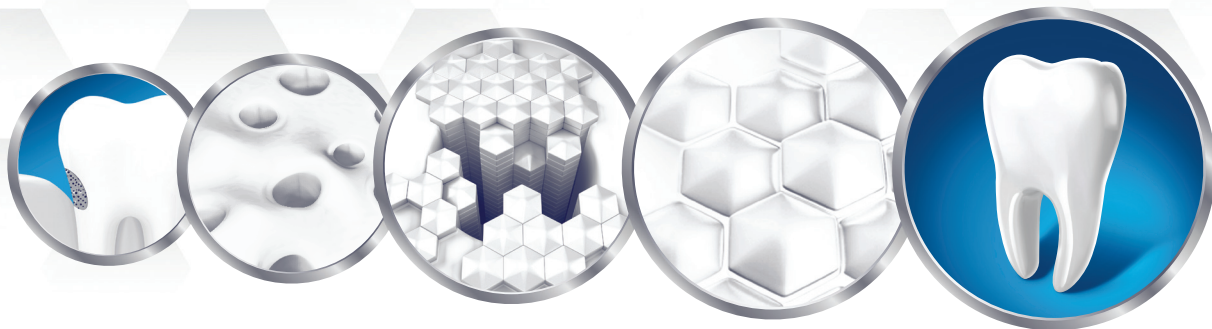


חדש



מסייעת בשיקום עמוק*

והגנה יום יומית לשיניים רגישות**



הסיבה לכאב
רגישות
בשיניים

חורים
זעירים
בדנטין

חודרת עמוק
לתוך החורים
הזעירים

משקמת
שיניים
רגישות*

מסייעת
בהגנה
מפני כאב**



*יוצרת שכבת הגנה מעל האזורים הרגישים בשן.
להגנה מתמשכת מפני רגישות בשיניים בצחצוח יום יומי פעמיים ביום.
**בצחצוח יום יומי פעמיים ביום

PM-IL-SENO-22-00037

החיים קצרים מידי
לרגישות בשיניים