

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper • Israel Edition

PUBLISHED IN ISRAEL

www.dental-tribune.com

January 2014, No. 2 Vol.1



עולם ללא כספית
להוריד בהדרגה שימוש עולמי בכספית

עמ' 3



ראיון אישי
להגיע לנקודה שבה שימוש בחומרי שיקום ברפואת שיניים יהפכו לנדירים

עמ' 2



מכשירים אורתודונטים אסתטיים

eClinger - 3D digital Clear Aligner
עמ' 18

משרד הבריאות: זדון או רשלנות (ואיפה ההסתדרות?)

ד"ר דן חפץ וד"ר אמיל ליטבק
ישראל

תגובת ממשד הבריאות

י"ט-שבת-תשע"ד
20 ינואר 2014
סימוכין:03615114

אל:
ד"ר אמיל ליטבק

שלום רב,

במענה לפנייתך,

סעיף 32א(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי שר הבריאות בהסכמת שר האוצר, רשאי להכיר בחברה לתועלת הציבור, כתאגיד ייעודי שפעילותו תוגבל למתן שירותים למבוטחיו בתחום בריאות השן (בלבד). חובתו של משרד הבריאות כלפי המבוטחים העתידיים של גוף שכזה, לוודא מראש שלתאגיד שכזה יש יכולת כלכלית לספק את השירות לאורך זמן, כמו גם יכולת ניהולית מוכחת באספקת שירותי בריאות השן בהיקף נרחב ובפריסה ארצית, עם תשתית ארגונית המאפשרת פיקוח נאות על רמת השירות, זמינות ואיכות.

בהתאם לכך, פירסם המשרד את הקריטריונים להכרה בתאגיד ייעודי. עד כה, הוגשו רק הצעות ספורות ולא נמצא ביניהן תאגיד שעומד בתנאים שהוגדרו.

מממצאי הבקרה המבוצעת באופן שוטף על ידי משרד הבריאות עולה שקופות החולים מספקות את השירות ברמה מקצועית נאותה ובזמינות ראויה, בין במסגרת מרפאות שיניים של הקופה או מטעמה ובין באמצעות מאות רופאי שיניים עצמאיים הקשורים עם קופות החולים בהסכם לאספקת שירותי בריאות השן לילדים מכוח הסל הבסיסי.

גם מיעוט התלונות מצד מבוטחים בנושא זה מעיד על שביעות רצון שלהם מהשירות עד כה. מסתבר גם שלפי עדות קופות החולים כמעט ולא היו פניות אליהם מצד רופאי שיניים נוספים המבקשים להצטרף לשירות זה.

למען הסר ספק, המשרד אינו מתנגד להקמת תאגיד ייעודי ויפעל להכרה בגוף שכזה ובלבד שהוא יעמוד בקריטריונים שנקבעו על ידי המשרד. המודל שהוצג עד כה על ידי הר"ש, אינו עומד בקריטריונים בסיסיים כגון הון עצמי ואיתנות פיננסית לאורך זמן. המשרד ימשיך לבחון הצעות שיגיעו אליו ולעמוד על חובתו לוודא את כשירותו של הגוף שעתידי לספק שירותי בריאות שיניים לילדים מכוח הסל הציבורי.

הכנסת על מנת לזכות בתמיכתם לתיקון החוק שבו מופיע גם סעיף של הקמת "תאגיד ייעודי". בתאריך ה-1 בדצמבר 2010 בישיבת וועדת הבריאות והרווחה של הכנסת אמרה חברת הכנסת אורלי לוי-אבקסיס. ציתות: "כלומר הצגתם לפנינו מה שרצינו לשמוע, "רק תעבירו את הרפורמה בבריאות השיניים. אני אומרת לכם באופן גלוי ואמיתי, גידו מה שיגידו, לא הייתי תומכת בהסדר זה כי הוא מנופול, אין לי מילה אחרת.

כשמרמים אותי אני כועסת. אני חושבת שאני הייתי חברת הכנסת הראשונה שתמכה בסגן השר יעקב ליצמן בעניין זה. הייתי הראשונה ובהתחלה גם היחידה כי חשבתי שזה ראו. אני עדיין חושבת שהרפורמה הזאת ראויה, אבל בדרך שאתם מבצעים אותה, חברים הדרך אינה ראויה. אני יודעת מתחום המשפט שכאשר מציעים מצג שווא שלולא אותו מצג לא היתה חותם על ההסכם, ההסכם מבטל, בטל. עשיתם כאן גניבת דעת, מצג שווא ואולי ואחד דברים. חברים אם יכולתי להחזיר את הגלגל אחורה הייתי מחזירה אותו אחורה מבחינה אחת, אז היינו מכריחים אתכם לקיים את זה טרם, ואז הייתם רואים איך גלגלי הרכבת זאת נוסעים מהר מהר, כדי לא לתקוע את הרפורמה הייתם דואגים שההסכמים האלה יבוצעו". סוף ציתות.

אם נניח שמשרד הבריאות לא התכוון לתקוע את הקמת התאגיד הייעודי מההתחלה אז מה קרה כאן? ההיגיון אומר שהאופציה הנוספת היא - רשלנות. ההיגיון גם אומר שהקמת "התאגיד" הייתה אמורה להתרחש מייד עם הפעלת הרפורמה. אז מה קרה כאן שוב? רשלנות או כוונת מכון (אולי כוונת זדון?)

טרם הוקם, הורה ראש הממשלה למנהל הכללי של משרדו לפעול בתוך חודש ימים להסדיר את הכללת רופאי השיניים העצמאיים בהסדר טיפולי שיניים משמרים לילדים. ראש הממשלה הנחה כי אם לא ימצא פתרון בתוך פרק הזמן הנקוב, יובא העניין שוב בפניו. התוצאה נכון לעכשיו, כי על אף שכבר חלפו כמעט 3 שנים מאז תוקן החוק, טרם הוקם התאגיד הייעודי למתן שירותים בתחום בריאות השן. ניתן להסיק מהאמור לעיל ומעובדות נוספות המופיעות במכתבו של ח"כ צחי הנגבי לשרת הבריאות יעל גרמן, (הערת מערכת) כי למעשה, המדינה הפקיעה בפועל את מקצוע רפואת השיניים מידי רופאי שיניים העצמאיים - בשלב זה, לפחות לגבי הילדים המקבלים טיפולי שיניים חונים במסגרת סל בריאות, ובעתיד, כשהשירותים חונים יתרחבו לשכבות אוכלוסיה נוספות, אף מעבר לכך - מבלי שהמדינה שילמה לרופאי שיניים העצמאיים כל תמורה או פיצוי בגין אותה הפקעה בפועל". סוף ציתות.

ההסתדרות לרפואת שיניים שיתפה פעולה עם משרד הבריאות כי מי יתנגד לתכנית סוציאלית של הענקת טיפולי שיניים חונים לילדים? התנאי של הר"ש היה שרופאי שיניים פרטיים יקחו חלק פעיל בתכנית באמצעות התאגיד הייעודי. הר"ש והעומד בראשה טוענים להישג תקדימי, אך שלוש וחצי שנים לאחר תחילת התכנית של משרד הבריאות התאגיד לא קיים.

ניסיתי להבין מה קורה פה. האם משרד הבריאות חשב על אי הקמת התאגיד מההתחלה? אם כן, זה אומר שבאמצעות הטעיה גרם משרד הבריאות להריש לתמוך בתיקון לחוק. באותה מידה אנשי משרד הבריאות גם הטעו את חברי

ב-4 שנים אחרונות חלו שינויים משמעותיים במקצוע רפואת שיניים בישראל. עד שנת 2010 למעשה רפואת שיניים התבססה על מרפאות פרטיות. נכון ש-3 מתוך 4 קופות חולים מפעילות מרפאות שיניים, אך למעשה אלה מרפאות שיניים של תאגידים ומנהלות על פי עקרונות כלכליים פרטיים. כסף ציבורי לא תומך באופן ישיר בתאגידים אלה. באופן לא ישיר חלק מהכסף של ביטוחים משלימים מסבסד את טיפולי השיניים במרפאות קופות חולים באמצעות הנחות למטופלים. ברור שזה מעמיד את קופות החולים במצב עדיף מבחינה כלכלית ושיווקית לעומת רופאי שיניים עצמאי. אך אפילו במצב לא הוגן זה, מרפאות פרטיות עמדו בתחרות.

ביולי 2010 המצב השתנה. אושר שינוי בחוק באמצעות תיקון מס' 50. באותה ישיבה בכנסת התחייב סגן שר הבריאות דאז ח"כ הרב יעקב ליצמן לכלול רופאי שיניים עצמאיים כנותני שרות טיפול שיניים לזכאים במסגרת החוק. משרד הבריאות הפעיל תכנית טיפולי שיניים חונים לילדים עד גיל 8. בשנים שלאחר מכן גיל הילדים הזכאים לטיפול שיניים חונים עלה ל-12. טיפול שיניים בסיסי עבור ילדים הפך לחלק מסל בריאות לפי חוק. הטיפוליים החינמיים הוצעו לאוכלוסיה באמצעות קופות חולים בלבד. קופת חולים לאומית, אשר לא מפעילה מרפאות שיניים באופן ישיר, חתמה הסכמים עם רופאי שיניים עצמאיים למתן שירות רפואת שיניים בכלל וטיפול חונים לילדים בפרט. יתר קופות החולים חתמו על הסכמים דומים עם רופאי שיניים פרטיים באזורים בהם אין לקופות חולים מרפאות שיניים (בעיקר בפריפריה). נכון להיום יש 4000 מרפאות שיניים שמעניקות טיפול חונים לילדים בהתאם לתיקון לחוק שכאמור אושר ביולי 2010. יתר אלפי רופאי השיניים העצמאיים או מרפאות שיניים בבעלות פרטית מנועים מלהשתתף בפעילות מבורכת וכלכלית זו.

לא זו היתה כוונת המחוקק. בתיקון לחוק נכתב שהמטופלים יזכו לטיפול באמצעות תאגיד ייעודי או מקופת חולים. הכוונה היתה שכל רופא שיניים יכול לתחום הסכם עם תאגיד ייעודי וכך לקחת חלק בתכנית זו. משרד הבריאות אומנם החל ליישם את התכנית אך ללא התאגיד הייעודי.

ציתות מתוך מכתבו של ח"כ צחי הנגבי לשרת הבריאות יעל גרמן בתאריך 15 יולי 2013: "סגן שר ליצמן ומנכ"ל משרד הבריאות פרופ' גמזו התחייבו בפני הוועדה שבתוך כמה חדשים יוקם ה"תאגיד הייעודי" לבריאות השן. משרד הבריאות אכן פרסם "קול קורא" בעניין הקמת התאגיד הייעודי לבריאות השן אך הוצבו בו תנאים קשים בפני כל חברה לתועלת הציבור (כקבוע בסעיף 32 א' לחוק) המבקשת לקבל הכרה כתאגיד ייעודי בתחום בריאות השן. כל חברה לתועלת הציבור, בהיותה גוף ללא מטרת רווח, תתקשה לעמוד בתנאים אלה, דוגמת הדרישה להבאת הון עצמי של 10 מיליון ש"ח ולהעמדת ערבויות בהיקף של 15 מיליון ש"ח.

בישיבת ממשלה שהתקיימה ב-12.12.17 משנודע לראש הממשלה ושר הבריאות דאז מר בנימין נתניהו, שהתאגיד הייעודי לבריאות השן

להגיע לנקודה שבה שימוש בחומרי שיקום ברפואת שיניים יהפכו לנדירים

ראיון עם Christofer H. Fox ראש הרגון העולמי למחקר ברפואת שיניים



Christopher H. Fox

זמן רב יותר משמעותית לקבלת אישורים רגולטוריים של יעילות ובטיחות. גם לרופאי שיניים קלינאים יש תפקיד חשוב, הם יכולים להשתתף ברשתות מחקר באמצעות הערכת חומרים חדשים מבחינה קלינית, שלא לדבר על השפעתם על קובעי מדיניות בכל מדינה למימון מחקריהן בתחום.לחשובה מלאה יותר לשאלתך, הייתי מפנה את הקוראים למאמרים אשר פורסמו בתוסף אינטרנטי של Journal Advances in Dental Research of Dental Research.

DTI: בעידן רפואת שיניים מניעתית, מחקר בתאי גזע ותחליפי שיניים מתוחכמים, האם חומרים משקמים יהפכו למיושנים יום אחד? חומרים משקמים הם כבר כמעט מיושנים בהרבה מדינות מפותחות בדור הפלאוריד. האתגר הגדול ביותר שלנו להגיע לרמות בריאות הפה באוכלוסיות נחשלות וחלשות. האגינדה המחקרית של IADR הינה הפחתת הפער והאי שיוויון בין אוכלוסיות ואנו מקווים שנגיע לנקודה בזמן שחומרים משקמים יהפכו למיושנים ונדירים עבור כל האוכלוסיות. [DTI](#)

הבא, עדיין היינו נזקקים במרפאותינו למכשירי הפרדה לפחות למשך דור נוסף כדי ששיחזורי אמלגם הקיימים בפיות בני האדם היו מגיעים לסיום תיפקודם הטבעי והיו נזקקים להחלפה.

DTI: על פי האמנה, יאסר שימוש וסחר במספר מוצרים מכילי כספית עד 2020. האם אתה מאמין שאמלגם עדיין יהיה חומר בעל תפקיד מרכזי ברפואת שיניים בזמן זה? שבע שנים הוא זמן קצר אם אנו מסתמכים על מחקר ופיתוח לספק למקצוע תחליף הולם. מבלי להיות פסימי מדי, מסגרת מחקר ופיתוח של מוצרי פרמא מההמצאה ועד חומר קליני הוא כ 17 שנים. לכן, אני מאמין שאמלגם עדיין יהיה איתנו ב2020, אבל אני אופטימי שזה ישחק תפקיד מופחת בהרבה ברפואת שיניים משקמת.

DTI: תחליפים לחומרי מילוי המכילים כספית נדון בשנה שעברה בסדנת חומרים דנטליים של IADR-FDI. האם יש חלופה מעשית, ומה צריך לעשות כדי ליישם ולקיים את השימוש בחומרים תחליפיים בעתיד? הסימפוזיון בכנס FDI השנתי העולמי שהתקיים באיסטנבול לאחרונה, היה למעשה

עבור כל פסולת רפואית אחרת.

DTI: אתה מצוין שאמלגם הוא עדיין נחשב כיעיל ו בטוח. אז למה להפחית את השימוש בו בכלל?

אמלגם הינו חומר יעיל ו בטוח כחומר משקם. המכון הלאומי למחקר ברפואת השיניים ופנים ולסתות מימן שני מחקרים גדולים על בטיחות אמלגם בילדים. במחקרים לא נמצא כל ממצא בריאותי שלילי בעקבות שימוש באמלגם בילדים שנחקרו. הסיבה להסכם על הפחתת שימוש באמלגם הינה סביבתית, ההשפעה על בריאות בשל סיבות סביבתיות ולא השפעה ישירה של השימוש באמלגם בחלל הפה.

DTI: רעלת כספית מאמלגם נמצאה בעיקר במדינות שבהן מיחזור של החומר אינו מספק. האם אין זה נושא חשוב יותר להתייחסות גלובלית?

הטיפול ההולם בפסולת אמלגם חייב להיות חלק בלתי נפרד ממקצוע רפואת שיניים ומתקני בריאות בהם אנו עובדים. נוסף לקריאה לניהול הולם יותר של המרפאות ביחס לאיכות הסביבה

מכל סוג. הדגש הרב על מניעת עששת וקידום בריאות הוא אכן מבורך ובכך היתרון הגדול ביותר לאוכלוסיות. חזון נוסף הינו קידום מחקר ופיתוח של חלופות לאמלגם ברפואת שיניים משקמת ומשמרת, כך שבטווח ארוך, רפואת השיניים והעסקים במקצוע יזכו במגוון חומרים משופרים עבור המטופלים שלהם.

DTI: היית מעורב במשא ומתן בין ממשלתי ובפגישות ובוועדת הרצה של האמנה. מה היה הנושא הנדון ביותר בבישוב האמנה, והאם התוצאה והציפיות תאמו בתחום רפואת שיניים? הנושא המרכזי היה איסור שימוש לעומת הפחתת שימוש. ד"ר פול אריק פטרסון, האחראי על תכנית הגלובלית לבריאות הפה של WHO, הוביל קואליציה של ארגוני רפואת שיניים מודאגים שטענו ואף הראו הוכחות לכך שאיסור שימוש באמלגם יזקק לבריאות פה של כלל הציבור. אמלגם הינו חומר דנטלי בטוח ויעיל ומהווה את החלופה הטובה ביותר לטיפול במקרים רבים. כמו בכל משא ומתן מורכב, התוצאה עננה על ציפיות רוב המשתתפים כאשר ברור שהיו

נכתב על ידי כריסטופר פוקס אימוץ אמנת Minamata ביפן, לאחרונה, סללה את הדרך לאיסור שימוש במוצרים המכילים כספית ברחבי העולם. חלק מהאמנה מתייחס גם להפחתת סחר ושימוש באמלגם דנטלי. ל-Dental Tribune International הייתה ההזדמנות לדבר עם מנכ"ל האיגוד הבינלאומי למחקר דנטלי Christofer H. Fox (IADR), שנכח בארבעה מפגשים בין ממשלתיים של ועדת משא ומתן בתחום רפואת שיניים אשר דנה על ההשפעה שתהיה על רפואת שיניים ואמלגם דנטלי כתוצאה מאימוץ האמנה.

DTI: אימוץ אמנת Minamata בנושא כספית, כולל הוראות להפחתה הדרגתית של שימוש באמלגם דנטלי בקנה מידה עולמי. מה דעתך על ההשפעה שתהיה על קהילת רפאי השיניים ובמיוחד על רפואת שיניים משקמת בטווח הארוך?

כריסטופר פוקס: אני חושב שראשית יש לציין שאמנת Minamata הינה הסכם רחב מאוד שנועד להפחית שימוש וסחר בינלאומי בכספית, כמו גם את הביקוש לכספית במוצרים ותהליכים תעשייתיים. בנוסף, הוא אמור לתת מענה על הצורך להפחתת פליטת כספית לאטמוספירה, אדמה ומים. אמלגם דנטלי נכלל בהסכם כמוצר עם תוספת כספית התורם לביקוש עולמי לכספית. בעניין הזה, חשוב לציין כי האמנה קוראת להפחתה הדרגתית בשימוש באמלגם, זאת לעומת הפחתה מוחלטת או איסור השימוש בו. זה ייתן לתעשייה ולמקצוע רפואת השיניים זמן לבצע מעבר הדרגתי ולשמר מצב של אלטרנטיבות משקמות עבורנו ועבור מטופלים. החזון הנובע מההחלטה להפחית שימוש באמלגם דנטלי, הוא להגדיר מטרות לאומיות שנועדו לקדם בריאות בכלל ומניעת עששת בפרט, וכך לצמצם את הצורך בטיפול שיניים

"הסיבה לאמנה שהתקבלה לאחרונה, הינה איכות הסביבה והשפעת איכות הסביבה על בריאות האדם ולא השפעה ישירה של אמלגם על הבריאות"

כאלה שהיו מעדיפים איסור שימוש מוחלט לעומת אחרים שהיו שמחים לו לא היו הגבלות כלל על אמלגם. תחום נוסף של דיון היה הצורך בשיטות עבודה במרפאות שיניים כדי להפחית את זליגת כספית ותרכובות כספית למי תהום וקרקע. רפואת שיניים מחויבת לאיכות הסביבה באמצעות שיטות ניהול מרפאתיות עבור אמלגם כמו גם

המופיעה בהסכם Minamata, יש הוראה להשתמש באמלגם במצב encapsulated. רק חלק מהמדינות מחייב להשתמש במתקני הפרדה בעוד שארגונים דנטליים רבים קוראים לשימוש יותר אוניברסלי בהם. גם אם היינו מוצלחים בקידום תכניות בריאות הפה שלנו והיינו מפסיקים להשתמש באמלגם מחר באמצעות החדרה מיידית של חומרי הדור

International Imprint				
Licensing by Dental Tribune International		Publisher Torsten Oemus		
Group Editor/Managing	Daniel Zimmermann newsroom@dental-tribune.com +49 341 484 74-107	Copy Editors	Sabrina Raaff Hans Motschmann	Regional Offices
Clinical Editor	Magda Wojtkiewicz	President/CEO	Torsten Oemus	
Online Editors	Yvonne Bachmann Claudia Duschek	Media Sales Managers	Matthias Diessner Peter Witteczek Maria Kaiser Melissa Brown Weridiana Mageswki Hélène Carpentier	
International Editorial Board	Dr Nasser Barghi, Ceramics, USA Dr Karl Behr, Endodontics, Germany Dr George Freedman, Esthetics, Canada Dr Howard Glazer, Cariology, USA Prof. Dr I. Krejci, Conservative Dentistry, Switzerland Dr Edward Lynch, Restorative, Ireland Dr Ziv Mazor, Implantology, Israel Prof. Dr Georg Meyer, Restorative, Germany Prof. Dr Rudolph Slavicek, Function, Austria Dr Marius Steigmann, Implantology, Germany	CFO/COO	Dan Wunderlich	
Israel Editorial Board	Dr Eli Fridvald, Periodontics, Implantology Dr Oren Peleg, Maxillofacial surgery, Implantology Dr Tzahi Abramovich, Endodontics Dr Emil Litvak, Managing editor	Marketing & Sales Services	Esther Wodarski	רח' ירושלים 39, קרית אנו, 55424 ישראל טל: +972-54-2951144 · פקס: +972-3-7361025 Email: dtiisrael@gmail.com Marketing & Sales Services: Mirit Matana
DENTAL TRIBUNE The World's Dental Newspaper • Israel Edition		Accounting	Karen Hamatschek	
Published by Dental Tribune Israel.		Business Development	Claudia Salwiczek	
© 2015, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.		Executive Producer	Gernot Meyer	
Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.		Ad Production	Marius Mezger	Asia Pacific DT Asia Pacific Ltd. c/o Yonto Risio Communications Ltd, 20A, Harvard Commercial Building, 105-111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong Tel.: +852 3113 6177 · Fax: +852 3113 6199
		Designer	Franziska Dachsel	
		Dental Tribune International		
		Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany Tel.: +49 341 48474-302 · Fax: +49 341 48474-173 Internet: www.dental-tribune.com E-mail: info@dental-tribune.com		
				The Americas Dental Tribune America, LLC 116 West 23rd Street, Suite 500, New York, NY 10001, USA Tel.: +1 212 244 7181 · Fax: +1 212 224 7185

ארגון רופאי שיניים אמריקאי מברך על יוזמה של האומות המאוחדות להוריד בהדרגה שימוש עולמי בכספית

בתי ספר וארגונים בתחום רפואת שיניים לחנך ולהכשיר אנשי מקצוע וסטודנטים בתחום, להשתמש בחומרים משקמים ללא כספית ולקדם שיטות ניהול של מרפאות שיניים ע"מ להפחית פליטת כספית למים ואדמה ובכך לתרום לקידום איכות הסביבה. לדברי Robert Faiella, שיטות ניהול מתקדמות של מרפאות שיניים שנקבעו ע"י הארגון רופאי השיניים האמריקאי, יכולות למנוע עד 99 אחוזים מפסולת דנטלית מלזהם את הסביבה.

על מנת למזער את הצורך בשחזורי שיניים בכלל, ובכך גם שימוש באמלגם דנטלי. בנוסף יש לעודד שימוש ומחקר על חומרי שחזור יעילים קלינית וכלכלית ללא כספית. "בטווח ארוך, חשוב מאוד להעלות את המודעות העולמית לחשיבות של בריאות פה כחלק מהבריאות הכללית, כולל דרכים למניעת מחלות שיניים וחלל הפה. מעשים אלה יקטינו צורך בחומרי שחזור שיניים וחומרים משקמים אחרים, כולל האמלגם", הוא הצהיר. יתר על כן, על מדינות לקחת אחריות לעידוד

באיחוד אירופי, טיטת ההסכם מפרטת מספר צעדים שעל מדינות חברות באו"ם לנקוט כדי להפחית שימוש באמלגם. על המדינות להתחייב לפחות לשני צעדים מאלו המופיעים ברשימה. נשיא האיגוד האמריקאי לרפואת שיניים ד"ר Robert Faiella, אמר כי הוא שמח מאוד שההסכם זיהה את הצורך בתוכניות לאומיות למניעת מחלות חלל הפה וקורא למחקר ופיתוח של אפשרויות טיפול חדשות. בין היתר, הנציגים הסכימו כי מדינות צריכות לקבוע יעדים לאומיים שמטרתם מניעת עששת שיניים



כספית. לצד תעשיית הפחם ומכרות זהב בכרייה ידנית, גם המקור הגדול ביותר מעשה ידי אדם של כספית, האמלגם, נדון במהלך הפגישה. לאור הפעולות שכבר ננקטו במדינות רבות

שיקגו, אילינוי, ארה"ב / זינבה, שווייץ: האיגוד האמריקאי לרפואת השיניים הודיע על שביעות רצונו מתוצאות הפגישה האחרונה של האו"ם על הפחתה ומניעת חשיפה לכספית. הנציגים הסכימו, בין יתר ההחלטות, על דרישות המחייבות מדינות לשלב אמלגם דנטלי בתכנית הימנעות חשיפה לכספית.

בשבוע שעבר, נציגים מלמעלה מ-130 מדינות השתתפו בישיבה של ועדת המשא ומתן הבינלאומית בנושא כספית בזינבה. מטרת הפגישה הייתה הסכם על הגבלת פליטת

נחתמה האמנה הבינלאומית בנושא כספית

MINIMATA, יפן: מוצרים מסוימים המכילים כספית יהיו אסורים משנת 2020, על פי אמנה בינלאומית חדשה שנחתמה על ידי ממשלות במינמאטה ביפן בשבוע שעבר. התקנות חלות על ייצור וסחר של סוללות, קוסמטיקה ומנוחות פלואורסצנט המכילות את החומר הרעיל כספית בין יתר המרכיבים. אמלגם דנטלי אינו נכלל באמנה כחומר האסור לשימוש, עם זאת, ההסכם כולל מספר הוראות כדי להקטין שימוש בחומר השנוי במחלוקת זה. האמנה, שקדמו לה



חמישה סבבי משא ומתן בין ממשלתיים אשר הגיעו להסכמה סופית בפגישה בזינבה בחודש ינואר 2013, נחתמה על ידי 87 מדינות. עכשיו יש לממשלות שלוש שנים כדי לפתח וליישם אסטרטגיות לאומיות לצמצום ולמניעת ייצור ושימוש תעשייתי בכספית. פליטת כספית ממפעלי תעשייה בקנה מידה גדול שהיו המקור העיקרי של זיהום כספית ברחבי העולם, תבוקר גם היא. ארגוני רפואת שיניים הגיבו באופן חיובי להחלטה, אשר תאפשר שימוש באמלגם בשנים הקרובות. ד"ר סטיארט ג'ונסטון מהאגודה הבריטית לרפואת שיניים, שלקחה חלק במשא ומתן מטעם FDI (הפדרציה העולמית של רופאי שיניים), אמר: "אנו שמחים כי אמנת מינמאטה מאפשרת שימוש מקצועי באמלגם המכיל כספית, ברפואת השיניים. האמלגם הוא חומר בטוח ויעיל: הוא נמצא בשימוש במשך יותר מ-150 שנים, ואף מחקר לא הוכיח כל נזק לבריאות אדם".

הוא אמר עוד כי למרות שהאמנה לא אוסרת להשתמש באמלגם ברפואת שיניים, מקצוע רפואת השיניים מחויב להוריד בהדרגה את השימוש באמלגם, ולהשקיע בפיתוח חומרים חלופיים וניהול נכון של פסולת האמלגם. הנחיות בעניין זה לאנשי מקצוע, אנשי בריאות והציבור נמצאות בשלבי הכנה מתקדמים ויפורסמו על ידי הארגון בקרוב. הצעדים הראשונים כבר ננקטו באמצעות פריקט פיילוט שהושק לאחרונה על ידי FDI בשותפות עם תכנית האו"ם לאיכות הסביבה במזרח אפריקה. מטרת הפריקט הינה להכשיר אנשי מקצוע בניהול ומחזור פסולת אמלגם בצורה יעילה יותר. אמלגם דנטלי נשאר אחד החומרים המשקמים השימושיים ביותר ברחבי העולם ובמיוחד במדינות המתפתחות, הוא לעתים קרובות האמצעי הסביר היחיד לטיפול בעששת, למרות הזמיות של שיטות אחרות, כגון ART Atraumatic Restorative Treatment. למרבה הצער, זה גם מקור משמעותי של זיהום כספית. מבחינה ברמה לאומית שנערכו לאחרונה בפקיסטן, למשל, מצאו כי רמות כספית במרפאות שיניים ציבוריות ועירוניות היו עד פי 20 גבוהות מהרמות המקובלות, וזאת, כנראה עקב ניהול כושל בטיפול בפסולת אמלגם. על פי הערכות של תכנית הסביבה של האו"ם, בין 300 ל-400 טונות של כספית משמשות ברפואת שיניים בכל שנה ברחבי העולם, כעשירית מהצריכה השנתית של העולם.

אם טכניקת הצחצוח של הפציינטים שלך היא כזו, היום...

המברשת החשמלית של Oral B יכולה להעניק להם היגיינת פה טובה יותר ממחר.

המלץ על המברשת הנטענת של Oral-B כדי להבטיח למטופלים שלך תוצאות ניקוי מצוינות בכל פעם.

- מסירה פי 2 יותר פלאק בהשוואה למברשת ידנית רגילה*
- 93% מהמשתמשים מפחיתים בכוח הצחצוח בתוך 30 יום**
- 92% מהמשתמשים מצחצחים בצורה יסודית יותר בתוך 30 יום**
- משתמשים במברשת הנטענת נוטים פי 5 יותר בממוצע לצחצח במשך 2 דקות פעמיים ביום**

One recommendation. A lifetime of oral health.

*Results achieved using Oral-B Triumph with SmartGuide.
References: 1. Data on file, P&G. 2. Janusz K et al. J Contemp Dent Pract. 2008;9(7):1-8. 3. Walters PA et al. J Contemp Dent Pract. 2007;8(4):1-9.

continuing the care that starts in your chair

פעילות מוצלחת לסילוק פסולת אמלגם: דיווח מגרמניה

יעיל יותר עבור מרפאות שיניים, כדי שניתן יהיה לצבור כל חומרי הפסולת בתוך מכלים ולאסוף אותה בתוך 24 שעות בלבד. לדברי מנכ"ל Enretec מרטין דייטרך, הליך זה הוא לא רק אוריינטציה צרכנית יותר, אלא גם תורם לשינוע חוקי ובטוח, וכן לסילוק מקצועי יותר של הפסולת הרעילה. "אנחנו נטפל בתהליך מחזור בהתאם לחוק ובמטרה לצמצם את הסכנה של סילוק פסולת אמלגם לסביבה", הוא אומר.

על פי הנתונים של המכון לרפואה סביבתית והיגיינה של בתי החולים במרכז הרפואי האוניברסיטאי בפרייבורג בגרמניה, יש לגרמנים 200-300 מיליון סתימות אמלגם. בכל שנה, יותר מ-70 טונות של כספית, חומר המוגדר רעיל מאוד ע"י התקנות הגרמניות לשמירת חומרים מסוכנים, משמשות להכנת סתימות חדשות. הנתונים מדאיגים מראים עד כמה חשוב להפריד פסולת אמלגם ממחזור המים באמצעות מפרדים המיועדים לכך, כי מספיק גרם 1 של כספית כדי לזוהם 1 מיליון ליטרים של מים. באמצעות אכילת דגים ופירות הים, שאריות כספית אלה עלולות להיכנס לבני אדם.

לטענת המומחים בתחום, כ-80 עד 90 אחוזים של כספית במערכת הביוב הגרמנית מקורה ממרפאות שיניים. בשנת 1990 חוקק חוק המחייב מפרדי פסולת אמלגם לכל יחידת טיפול, הענות לחוק גרמה לעלויות גבוהות יותר לרופא השיניים מחד גיסה ועלו שאלות בנוגע לריקון ומיחזור של מכלי איסוף מאידך גיסה. נכון להיום רוב המפעלים מפיקי אמלגם בגרמניה מציעים לרופאי שיניים את האפשרות להחזיר פסולת אמלגם באמצעות קבלני סילוק, אך אלה אינם ממלאים את הדרישות הקיימות להיגיינה ובטיחות. לעתים קרובות, ההובלה מרופא השיניים למפיק היא באמצעות חבילות דואר רגילות.

באמצעות המערכת שלנו מצאנו אמצעי שינוע בטוח יותר בהתאם לחוקים להובלת פסולת, אומר דייטרך. "רופא השיניים לא יהיה אחראי להובלת הפסולת הרפואית באמצעות מערכת ההובלה המוצאת וגם הסוחרים בחומרים דנטליים פטורים מאחריות. אריזה מתאימה לסילוק פסולת תורמת לבטיחות גבוהה יותר".

Enretec, מספקת רק את השלב הראשון במיחזור אמלגם. "אנחנו פותחים את המכלים, מרוקנים את התוך, מרכיזים, מייבשים, ומשנעים את התוצר למפעלי מחזור ייחודיים כמו GMR", אומר דייטרך. ב-GMR, הובצה מופרדת למרכיבים. המפעל בלייפציג, שהיה ציבורי בעבר, הוא בעל ניסיון רב של עשרות שנים במחזור של פסולת המכילה כספית. לאחר איחוד גרמניה בשנת 1989, המפעל מיחזר את רוב הציוד והתחמושת שנשארה אחרי הצבא הסובייטי שהיה מוצב וברפובליקה הדמוקרטית הגרמנית לשעבר. לדברי מייסד החברה ד"ר Mothes Wolfgang, אמלגם תורם 8 אחוז למחזור כלכלי של פעילות שנתית של החברה. באשר לשימוש באמלגם, דייטרך רואה שינוי: "חומרים משקמים מודרניים בצבע שן, הפכו פופולריים יותר בשנים האחרונות, מה שאומר שנושא מחזור כספית מאמלגם יאבד משמעות בעתיד, לא רק ברפואת שיניים בגרמניה, אלא גם ברחבי העולם. כמות האמלגם המגיעה למיחזור יורדת בכל שנה ב-5-7 אחוז. כמובן שמדע גם צריך למלא את תפקידו, ז"א שכל עוד נחשב האמלגם כחומר עמיד ביותר לסתימות בשיניים, זה יהיה מסובסד על ידי כל ספק שירותי בריאות", הוא אומר.

ב-GMR, טרם הגיעו לנקודת המפנה. בשש השנים האחרונות, כמות האמלגם שמגיעה למפעל נשארה קבועה. כ-30 עד 35 טונות של כספית ממוחזרת משמשת שוב לייצור סתימות אמלגם חדשות.

ד"ר Mothes ממשיך להסביר: "תחושת" היא שכמות הכספית תלך ותרד. האיסור שחל על יבוא כספית למדינות האיחוד האירופי לא יהיה בעל השפעה משמעותית על התפתחות זו. אבל מה יקרה אם הכספית לא תוחזר לתעשייה? איך נוכל להבטיח השמדה בטוחה של הפסולת? יש למצוא תשובות לתרחישים אלה, אך לאיחוד האירופי עדיין אין תשובות. www.dental-tribune.com

כתבה זו הופיעה ב-www.dental-tribune.com ב-20 לאוגוסט 2009



בתהליך מסוים ולאחר מכן נארות כדי להחזירה לשימוש חוזר בתעשייה. כ-20 עד 25 טונות של בוצת אמלגם ממוחזרות על ידי GMR בכל שנה. הובצה מועברת מדי יום על ידי חברות המתמחות בכך. דוגמת חברת Enretec מהעיר Velten ליד ברלין, אשר מתמחה זמן רב במחזור פסולת שמקורה ברפואת שיניים. הפסולת כוללת חומרים לפיתוח סרטי רנטגן, מזרקים ופסולת אמלגם. לפני שנתיים וחצי, Erentec יחד עם קבוצת NWD, אחד מחברות הגדולות ביותר למסחר בתחום רפואת שיניים, יזמו פרויקט פיילוט. הרעיון מאחורי הפרויקט היה להפוך את המיחזור לתהליך

נכתב על ידי Schiemann Anke גרמניה: נוזלים רותחים באיטיות בחדר קטן של המפעל. זהו סוד של החברה אילו נוזלים משתתפים בתהליך אין סופי של הזיקוק, אבל את המוצר הסופי על פני שלושה אנגי מים בהחלט נראה כמו כסף. אולי, ההשראה לספרו של הסופר הגרמני Karl May "האוצר של אגם הכסף" לא הייתה המתכת היקרה אלא כספית טהורה.

באתר המפעל של החברה למחזור מתכות (GMR) הממוקם באזור תעשייה של העיר המזרח גרמנית לשעבר - לייפציג, כספית מזוקקת מאמלגם ומפסולת תעשייתית אחרת



DENTAL TRIBUNE
DT STUDY CLUB
COURSES | DISCUSSIONS | TECHNOLOGY | ON-DEMAND

www.DTStudyClub.com

Live, Interactive Webinars and On Demand Courses

A growing education platform where you can find more than 400 dental courses, live Webinars, live Education Symposia.

Interested in C.E. credits and quality learning?

Learn from the experts:

Richard Niederman
Louis Malkmacher
Eduardo Mahn
Robert Horowitz
Paul Weigl
Shamshudin Kherani
Christian Coachman
Ron Kaminer
Edgar Garcia Hurtado
Glenn van As
Marc Gottlieb
John Fluke

Marius Steigmann
David Hoexter
Dwayne Karateew
Fotinos S. Panagakos
George Freedman
Howard S. Glazer
Lynn Mortilla
Maria Emanuel Ryan
Michael Glick
Peter Barry
Barry Levin
Fay Goldstep

Register for FREE on www.DTStudyClub.com

Some of our partners:



"83% of the dentists visited the exhibiting sponsors as a result of attending the Symposia."

this is what we've learned from our customers



How to receive your C.E. Credits?

1. Go to www.DTStudyClub.com and log in.
2. Not a member yet? Register for a free account.
3. Find the courses you're interested in and register to access them.
4. Watch the course.
5. Take the Quiz and print the C.E. certificate.

ADA CERP®

Continuing Education Recognition Program

ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

עתיד רפואת שיניים בעולם ללא כספית



Anita Vazquez Tibau
USA

על מנת לדון בעתיד רפואת שיניים ללא אמלגם, עלינו להסתכל קודם על ההיסטוריה של השימוש בכספית ברפואת שיניים. כספית היא מספר 80 בטבלה המחזורית של יסודות. זהו החומר הלא רדיואקטיבי הרעיל ביותר הידוע לאדם והאלמנט הנחקר ביותר מאז תחילת האלכימיה.

שימוש בכספית ברפואת השיניים תועדה בסין העתיקה בשושלת מינג. עם זאת, זה היה רק בשנת 1830 כאשר האחים Crawcour מצרפת השתמשו בשילוב של כספית, כסף, בדיל ואבץ כדי ליצור תערובת אמלגם דנטלית. הם הגיעו לנו יורק ושם החל מסע השייוק שלהם כדי לקדם את החומר הדנטלי החדש. האחים Crawcour היו משווקים מבריקים וקראו לחומר שלהם Royal Mineral Sucedaneum (תחליף מינרלי) והעסקים פרחו.

באותה תקופה בארה"ב, רופאי שיניים נחלקו לשתי קבוצות שייכות אירגונית: חברי האגודה של מנתחי (רופאי) שיניים או בעלי מלאכה שעסקו גם בריפוי שיניים. בקבוצה השנייה היו רופאים, ספרים, בנאים, מתקני פרוטות לסוסים, וכו'. באותם זמנים טיפול שיניים הסתכם בעיקרות ללא אלחוש או בסתימת חורים ע"י רידי זהב. כאשר האחים Crawcour הביאו חומר מילוי חדש לנוי יורק, האגודה האמריקנית של מנתחי שיניים הכריחה את חבריה לחתום על שבועה אתית שלא להשתמש בחומר זה בגלל תוכן הכספית הרעיל, עם זאת, בעלי המלאכה של שיניים מצאו שהדבר מהווה דרך קלה וזולה כדי לסתום את החורים בשיניים והבינו את היתרונות הכלכליים של החומר. זה אפשר לבעלי מלאכה לקבל תמיכה בקרב חברי האגודה וגם לגרום לפירוק אגודת מנתחי שיניים ולהקים בסוף התהליך את האיגוד האמריקני לרפואת השיניים (ADA) המבוסס על השימוש בכספית. ADA אפילו הייתה בעלת הפטנט על כספית לשימוש דנטלי. זה נחשב למלחמת האמלגם הראשונה.

מלחמת האמלגם השנייה התרחשה בשקט כאשר פרופ' Alfred Stock, מדען גרמני, שבעצמו סבל מהרעלת כספית וכתב למעלה מ-50 מאמרים על הנושא, ניסה, ללא הצלחה, לעודד רופאי שיניים גרמנים לנטוש את השימוש בכספית ברפואת שיניים. גם מערכה זו הסתיימה בכשלון מתנגדי האמלגם. רחוק מאוד מגרמניה, באותה העת בשנות העשרים של המאה הקודמת רופא שיניים בריזילאי, ד"ר Pinto Olympio Domingues, ואשתו, ד"ר Pinto Faissol Martha, גם היא רופאת שיניים, שמו לב לשיפור בבריאותם של חולים כאשר סתימות אמלגם הוחלפו בסתימות זהב. מקרה מסוים אחד היה של נערה צעירה שאובחנה כחולת סרטן דם. לאחר ביקור אצל ד"ר פינטו שכלל סילוק אמלגם משיניה, היא נכנסה להפוגה מהמחלה באורח פלא. כשסתימות כספית הוחזרו לשיניה, הילדה שוב אובחנה כחולת לוקמיה. פינטו לאחר מכן הסייר את סתימות האמלגם והחליף אותן בזהב, ושוב הייתה הפוגה במחלתה. זה גרם לד"ר פינטו לעודד את בנו, Pinto Faissol Olympio, לחקור את הנושא בזמן לימודיו בארה"ב באוניברסיטת ג'ורג'טאון.

בהיותו באוניברסיטת ג'ורג'טאון, מצא פינטו הצעיר כמה ספרים בנושא, אחד של Stock, ועוד אחד של ד"ר O. Frykholm Karl, שני הספרים דנו בנושא כספית ברפואת שיניים. פינטו רצה לענות על שאלה דחופה של אביו וגם לסיים את עבודת המאסטר בנושא אמלגם ברפואת שיניים. למרות שאף פעם לא קיבל מספיק זמן מעבדה כדי לחקור את הנושא, הוא מעולם לא נטש את רצונו לפרסם את ההצלחות שהיו לו לאחר החלפת סתימות

אמריקניות (FDA) וה-ADA, שפיקה על החומרים דנטליים, קיימו לכאורה קשרים עם התעשייה. ADA הוא למעשה ארגון סחר, כמו איגוד נהגי המשאיות, ולא סוכנות ממשלתית, כפי שאנשים עשויים לחשוב. האנשים שמסדירים את ענף רפואת השיניים הם רופאי שיניים, ולא מדענים או טוקסיקולוגים, ולכן האובייקטיביות שלהם על בטיחות מוצר או מטופל מוטת מההתחלה. חשוב להדגיש שהחסות של ה-FDA על אמלגם דנטלי נבעה מהיותו "מוכר ובטוח" (Generally Recognized as "Safe" (GRAS)). וזאת עקב שימוש ארוך שנים בחומר. נכון להיום, ה-FDA לא סווגה מחדש את הכספית בשימוש בסתימות שיניים.

באותו זמן, ה-ADA נלחם נגד גילוי למטופלים שמרכיב העיקרי של האמלגם הינו כספית, וגם היום, יותר מ-20 שנים לאחר מכן, הם עדיין נלחמים לא לגלות למטופלים שכספית היא המרכיב העיקרי של האמלגם. אני יודעת זאת, כי כשאני הרצאתי בפני חברי מועצת העיר בברקלי בקליפורניה, נציגי איגוד קליפורניה לרפואת שיניים וה-ADA טענו שמטופלים



יחששו אם הם יידעו מהו החומר העיקרי באמלגם. למה בעצם להתווכח? אם אין שום דבר לא בסדר עם כספית בשיניים, אפשר פשוט להגיד למטופלים שאמלגם מכיל כספית ולאפשר להם להחליט בעצמם.

ההבדל היחיד בין עכשיו לבין לפני 20 שנים הוא הבא: נכון לעכשיו, לאחר ארבע שנים של משא ומתן, אושר הסכם גלובלי מחייב מבחינה משפטית באמצעות תכנית איכות הסביבה של האומות המאוחדות (UNEP), המכונה בצדק אמנת מינמאטה (Minamata), בנושא כספית. שמו של ההסכם הינו על שם עיירה חמורה בשל התרחשה הרעלת כספית חמורה בשל פליטת פסולת כספית של חברת Chisso מפעל כימי במינמאטה, יפן, לתוך מימי מפרץ מינמאטה. למעשה הזיהום החל בשנות שלוש, ובשנות החמישים אנשים ובעלי חיים בעיירת הדייגים הקטנה החלו להציג תסמינים מזוהים. ראשית, אלה היו החתולים שהתנהגו מזרז ואפילו היו קופצים למים וטובעים. לאחר מכן, אנשי הכפר התחילו לפתח רעידות בשל חשיפת מערכות העצבים המרכזיות שלהם לכספית תקופה ארוכה. הופיעו גם סימני מחלה נוראים נוספים, ובסופו של דבר אובחנה הרעלת כספית מאכילת דגים מזוהמים בכספית מהמפרץ.

שוב, זה לקח עשרות שנים עד לנקיטת צעדים משפטיים והטלת אחריות והאשמה על התאגיד Chisso. עם זאת, אנשי הכפר ממשיכים לשלם במותם ובנזקים בריאותיים גם חצי מאה אחרי הגילוי! ההשפעה על הסביבה הייתה כה הרסנית שממשלת יפן נאלצה לסבסד את הדייגים המקומיים, כך שהם לא היו צריכים להשתמש בדגה מהמפרץ המזוהם בכספית לפרנסתם.

היתה לי את ההזדמנות להשתתף בכל פגישות המשא ומתן של הוועדה הבין ממשלתית (INC) בנושא UNEP. בהיותי ב Chiba, Japan פגשתי באופן אישי קורבן של האסון מינמאטה. המפגש הקצר שלי עם הניצול מהאסון הנורא הזה השאיר רושם עמוק עלי ושינה את חיי לנצח.

הוצגו סרטים על הטרגדיה במינמאטה והלקחים הרבים והחשובים שהעם היפני הפציר בעולם ללמוד. אחד החשובים ביותר היה לא לחזור על מה שקרה במינמאטה, וזאת באמצעות הפסקת השימוש בכספית!

במהלך המשא ומתן של UNEP, ל-IAOMT הייתה נוכחות והשפעה משמעותית ביותר ורבת עוצמה בהפצת המידע הרלוונטי והעדכני ביותר על שימוש בכספית ברפואת שיניים. IAOMT סיפק לצירים חומר מדעי ועסק באופן פעיל בהגשת מסמכים באמצעות התערבויות שונות על ידי בעלי העניין.

במהלך הפגישה הרביעית של INC הבינו חברי IAOMT את הצורך בפיתוח פרויקט שיסייע למדינות מתפתחות, מדינות במעבר, ובמדינות עם כלכלות המתעוררות להמיר חומרים מכילי כספית לחומרי שיקום שיניים ללא כספית. כך נולדה תכנית סיועה טכנית (TAP). ה-TAP לא רק מספק מידע חיוני על איך להשתמש ביעילות בחומרים דנטליים שאינם מכילים כספית, אלא גם מחנך את אנשי המקצוע ברפואת שיניים לסילוק מבוקר של סתימות כספית ובכך להגן על המטופל, על צוות מרפאת שיניים ורופא השיניים, כמו גם כיצד לטפל בפסולת כספית.

UNEP כבר שיבח את מחיבותה של IAOMT לעבודה זו. IAOMT משיק את TAP בריו דה ז'נרו החודש באמצעות סדנה בינלאומית שמוצגת על ידי ד"ר Grube Blanche מארה"ב וד"ר David Warwick Associação Brasileira de Odontologia (האגודה הברזילאית לרפואת שיניים) תארח אירוע זה במשך יומיים. לא ניתן להתעלם מחשיבותו של פרויקט זה, כי בברזיל יש כמעט 200 בתי ספר לרפואת שיניים וכמעט 10,000 בוגרי לימודי רפואת שיניים בשנה.

לאחר שנציגי IAOMT נפגשו עם חברת קונגרס ד"ר Camargo Aspasía מריו דה ז'נרו בתחילת יולי, Camargo נקטה פעולה מידית והתחייבה לדיון על הסכנות של כספית. ב-9 ז'נבה, שווייץ: בנוסף לצעדים לביטול הדרגתי של שימוש באמלגם לאחר חתימת אמנת מינמאטה בנושא כספית ב-10 באוקטובר השנה, ארגון הבריאות העולמי (WHO) השיק יוזמה חדשה. המטרה מניעת שימוש בכספית בכל מכשירי המדידה הרפואיים: כגון מדחומים ומכשירים למדידת לחץ דם, עד שנת 2020.

על פי הארגון הבריאות העולמי, האמנה

באוגוסט, היא לא רק קיימה דיון ציבורי, אלא גם הציעה חוק שיאסור על מוצרים ותהליכים המכילים כספית במדינת ריו דה ז'ניירו. היא חשה צורך לנקוט בפעולה אפילו לפני חתימה על האמנה וזאת עקב הדחיפות לנוכח סכנות הכספית לא רק לבני אדם באופן ישיר אלא גם לסביבה כולה.

אזור שיניים ללא כספית באחת הערים החשובות ביותר בעולם יהפוך אותה לעיר מודל שיכול להיות משוכפל ברחבי העולם. אני השתתפתי באופן אישי בפרויקט פיילוט זה בריו דה ז'נרו ואני מוצאת את זה מתאים ביותר שההיסטוריה הארוכה של המאמצים של Pinto Olympio Faissol לאסור כספית ברפואת השיניים תתממש בעיר, העיר הראשונה באמריקה הלטינית שהולכת בעקבות נורבגיה, דנמרק ושבדיה, שכבר אסח על שימוש בחומר רעיל זה, יחד עם מדינות רבות אחרות, שמגבילות באופן משמעותי את השימוש בכספית בשיניים.

אנשים רבים ברחבי העולם עבדו ללא לאות כדי להביא לאיסור על שימוש בכספית בשיניים. אני רוצה לדבר על כמה מהמדענים המובילים והרפאים אשר עשו עבודות חלוציות במלחמת האמלגם השלישית ובזכותם הנושא זכה להתקדמות: Dr. Mats Hanson, Dr. Lars Friberg, Dr. Boyd Haley, Dr. Mats Berlin, Dr. Fritz Lorscheider, Dr. Vasken Aposhian, Dr. Murray Vimy, Dr. David Kennedy, Sam Ziff, Dr. Mike Ziff, Dr. Mark Geier, David Geier, Leo Cashman ורבים רבים אחרים, שעליהם ניתן למצוא מידע נוסף באמצעות חיפוש פשוט בגוגל.

יש בעולם פעילים וקורבנות רבים של הרעלת כספית שתורמתם לתנועה נגד כספית לעולם לא זכתה לתשומת לב ראויה. אלמלא ההקברה האישית שלהם ומסירות עוצמה לחינוך, פעילות ברמת השטח כדי לשנות את המדיניות הציבורית. אני מצדיע לכולם ואמשיך לעשות את חלקי כדי להשיג את המטרה - עולם ללא כספית. [\[1\]](#)

ארגון הבריאות העולמי ה-WHO רוצה לחסל את המדחומים המכילים כספית

לכספית נקשרו לפגיעה במערכת העיכול וכלי. "עם החתימה על אמנת מינמאטה על בנושא כספית, אנחנו התחלנו את הדרך הארוכה להגנת העולם מההשלכות הבריאותיות ההרסניות של כספית", אמרה ד"ר Margaret Chan, מנכ"ל ארגון הבריאות העולמי. "כספית הינה אחת מעשרת הכימיקלים שגורמים דאגה רבה ביותר לבריאות הציבור.



זהו חומר שמתפזר ונשאר במערכת האקולוגית לדורות וגורם לקויי בריאות חמורים ופגיעה אינטלקטואלית באוכלוסיות שנחשפו".

בנוסף, ארגון הבריאות העולמי ושותפיו בתחום הבריאות, ישתדלו להגביל את הכספית בחומרים אנטיספטיים שטחיים וקוסמטיקה המיועדת להבהרת עור. הם גם יפתחו אסטרטגיות בריאות ציבור לטיפול בהשלכות הבריאותיות של שימוש בכספית במכרות קטנות לכריית זהב. [\[1\]](#)

חדש מבית אלפא-ביו טכ.: NICE שתל צר ייחודי (Ø3.2) המרחיב את האפשרויות הקליניות של הרופא המשתיל

ד"ר גדי שניידר

D.M.D., מומחה לפריודונטיה, רכז אקדמי ומחקרי באלפא-ביו טכ.

בשנים האחרונות אנו עדים לעליה משמעותית בשימוש בשתלים צרים (שתלים שקוטרים צר מקוטר 3.5 מ"מ), המהווים פתרון אידאלי לרכסים ולמרווחים צרים. השימוש בשתלים צרים מרחיב את אפשרויות הטיפול במקרים בהם שתלים בקוטר סטנדרטי (שתלים שקוטרים גדול מ-3.5 מ"מ), אינם יכולים לספק מענה לרכסים צרים או למרווח צר בין שניים סמוכים, במיוחד באזורים קדמיים בהם דרושה תוצאה אסתטית גבוהה במיוחד. הספרות המדעית אף תומכת בשימוש בשתלים אלו עבור מגוון רחב של מצבים קליניים נוספים, בכדי לאפשר נוכחות מירבית של עצם סביב השתל.

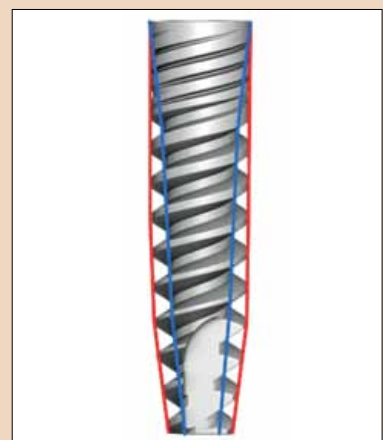
שתל ה-NICE של חברת אלפא-ביו-טכ, תוכנן בכדי לספק לרופא המשתיל אפשרות חדשנית ויעילה, המרחיבה את האפשרויות הקליניות העומדות בפניו במטרה לספק למטופל טיפול מתקדם ברמה הגבוהה ביותר. השתל מאגד בתוכו את כלל התכונות שנבדקו בעשור האחרון ומצוטטות בספרות המקצועית העדכנית, כמעניקות את התוצאות הקליניות וההיסטולוגיות הטובות ביותר.

מפתחי השתל הציבו לנגד עיניהם את הצורך במתן מענה למאפיינים הנדרשים הבאים:

- שתל המעניק פתרון מערכתי לפרוצדורות קליניות מורכבות (רכסים ומרווחים צרים מאוד), שעד היום לא ניתן היה להתמודד עימן, ונותן מענה לכל רופא החל מפרוצדורות פשוטות ועד למאפיינים החדשניים והתחכום במצבים מורכבים.
- שתל המאזן בין האקטיביות הנוצרת ליציבות ראשונית גבוהה, לבין העדינות הנדרשת לשמירה על יציבות הרקמות הקשות סביב השתל.
- שתל המתמודד עם בעיית ספיגת העצם הקרסטית, ובכך מספק תוצאה אסתטית מיטבית לטווח הקצר והארוך.

התכונות ההופכות את שתל ה-NICE הצר למתקדם מסוגו בעולם המבנה הייצוני

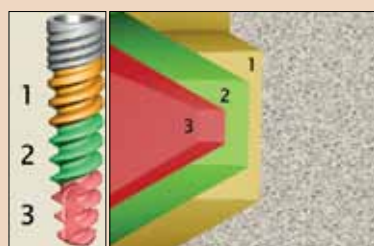
השתל מתכנס בשני שלבים, וצורתו משתנה לאורכו. לכל חלק מותאמת הצורה האידיאלית והמתאימה ביותר למילוי תפקידו. גוף השתל, בעל התכנסות מתונה, פועל כאוסטאוטום ומעניק לשתל יכולת משמעותית של דחיסת עצם במהלך ההשתלה. (תמונה 1)



תמונה 1

"An ideal implant design should provide a balance between compressive and tensile forces while minimizing shear force generation. For instance, tapered implants have been shown to produce more compressive force than cylindrical implants which have more shear forces (Lemons 1993). This may explain why some authors considered cylindrical implants had a higher implant failure rate than tapered screw implants". (Misch et al. 2008). Clin. Oral Impl. Res. 21, 2010 / 129-136

התברנים



תמונה 2

- שתל 2.2 Double thread מ"מ.

המחקרים מראים שככל שכמות התברנים גדלה, ה-BIC גדל והלחץ המועבר לעצם קטן יותר. מצד שני, חדירת השתל לעצם איטית יותר. המלצות מחקרים אלו יושמו בשתל ה-NICE המקיים שילוב האופטימלי בין BIC גבוה ויציבות לבין חדירה מהירה אך נשלטת לעצם. "Kong et al. (2006) considered 0.8mm as the optimal thread pitch for achieving primary stability and optimum stress production."

עומק ורוחב התברנים מהווה שילוב אופטימלי בין אחיזה ראשונית גבוהה לבין חלוקת העומסים המועברים לעצם.

Results revealed that the optimal thread height (depth) ranged from 0.34 to 0.5mm and thread width between 0.18 and 0.3mm, with thread height being more sensitive to peak stresses than thread widths. (Kong et al. 2006)

'The deeper the threads, the wider the surface area of the implant.' Greater thread depth may be an advantage in areas of softer bone and higher occlusal force because of the higher functional surface area in contact with bone. Clin. Oral Impl. Res. 21, 2010 / 129-136

- צורת התברנים הטורפית מעניקה לשתל את האחיזה החזקה והמושלמת בעצם, לצד יכולת חדירה מעודנת.

עיצוב התברנים המשתנה (Variable threads design) מבטא חשיבה חדשנית בהתאמת התברנים בכל אזור בשתל לתפקוד קליני אופטימלי.

- החלק הקורונאלי בעל שנתות מרובעות ועדינות המאפשרות פיזור עומסים, בכדי להקטין את הספיגה הקרסטית.

החלק האמצעי משלב בין צורה מרובעת לחדה, על מנת ליצור שיווי משקל בין האחיזה הטובה בעצם ומינימום כוחות המועברים לעצם.

- החלק האפיקאלי חד ועמוק יותר, להשגת אחיזה אידיאלית באזור בו העצם רכה יחסית ובעלת הגמישות הנדרשת לספיגת הכוחות המועברים אליה.

- שילוב שלושת הצורות תורם ליציבות הראשונית הגבוהה של השתל תוך התחשבות בעומס המועבר לעצם.

- ע"פ שון ואחרים (Chun et al. 2002):

- Other FEA studies also suggested a superiority of the square thread because it had the least stress concentration when compared with other thread shapes (Chun et al. 2002).
- Square thread implants were found to have greater BIC and higher re-verse torque when compared with V-shaped and reverse buttress implants (Steigenga et al. 2004).
- There is a implant system which is characterized by progressive threads, this means threads have higher depth in the apical portion and then decreases gradually coronally. This

design might increase the load transfer to the more flexible cancellous bone instead of crestal cortical bone. Allegedly, this may contribute to less cortical bone resorption. Clin. Oral Impl. Res. 21, 2010 / 129-136

החלק האפיקאלי

החלק האפיקאלי צר מאוד (2 מ"מ) ומאפשר חדירה לקידוח צר ביותר. הודות לכך מתאפשרת יציבות גבוהה גם בעצם רכה. (תמונה 4).

שנתות החלק האפיקאלי חדות ועמוקות ומאפשרות אחיזה ראשונית טובה בעצם, חדירה ראשונית טובה ויציבות ראשונית גבוהה מאוד בהשתלות מיידיות.

החריץ (flute) מגיע עד החלק התחתון ומסייע בחיתוך יעיל של העצם וחדירה עדינה ושוטפת.

החלק הקורונאלי

החלק הקורונאלי הצר מותיר נפח עצם גדול יותר סביב החלק הקרסטלי ובכך מוריד את הלחץ בחלק הקרטיקלי מבלי לפגוע ביציבות הראשונית הגבוהה של השתל. (תמונה 5).

מיקור תברנים בחלקו העליון של השתל תורמים להגדלת פני השטח, לפיזור עומסים ולהקטנה משמעותית בספיגת העצם הקרסטית. המצאות המיקור תברנים תורמת ליציבות העצם הקרסטית ול-BIC גבוה מאוד ועל ידי כך לתוצאה אסתטית יציבה וארוכת טווח.

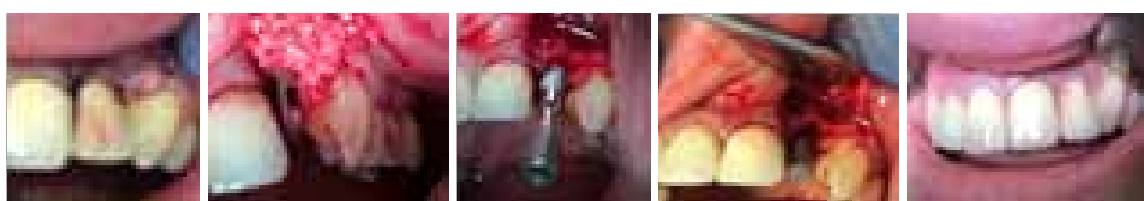
- Many papers seem to suggest that the addition of threads on the neck of the

תיאור מקרים קליניים:

בוצעו על ידי ד"ר גדי שניידר

מקרה 1

עקירת 12,22 השתלת מיידית שתל NICE Ø3.2 על 13 בעמדה 22 והעמסה מיידית 22.



שן 22 סדוקה מרווח פרוטטי צר מאוד השתלה מיידית שתל 3.2 אוגמנטציית עצם העמסה מיידית

מקרה 2

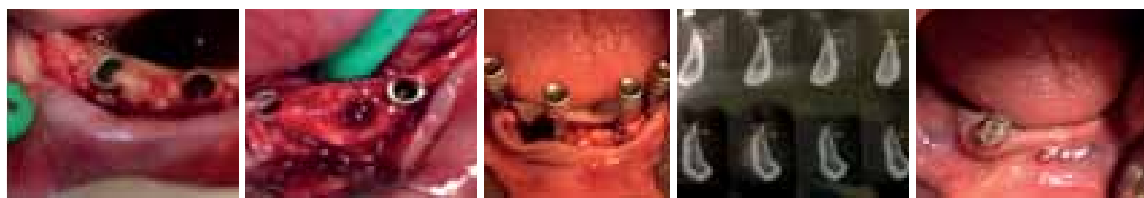
עקירת 14-24, המתנה חודשיים, השתלות רגילות 14,13,24 שתל NICE 12, 22, 23 אוגמנטציית רכס והעמסה מיידית. רכס צר מאוד באזור 12-23 2.9 מ"מ - 3.4 מ"מ.



חסר 14-24 קידוח 2 מ"מ החדרת השתלים השתלה מיידית שתל 3.2 אוגמנטציית עצם העמסה מיידית

מקרה 3

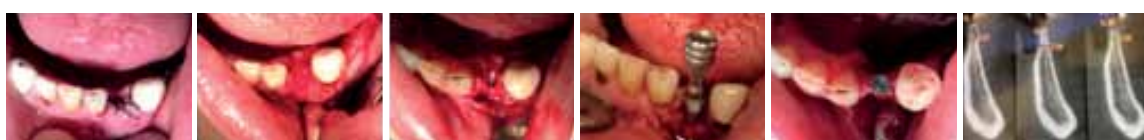
4 שתל NICE Ø3.2 על 11.5 לצורך תותבת על שתלים ברכס צר מאוד ברוחב 2.8-3.6 מ"מ



רכס צר ביותר 2.8 מ"מ CT מדגים 2.8 מ"מ קידוח 2 מ"מ בלבד החדרת 4 שתלים אוגמנטציית עצם

מקרה 4

לסת תחתונה - 32, השתלה רגילה שתל NICE Ø3.2 על 13 ואוגמנטציית עצם



רכס צר מאוד 2 מ"מ קידוח 2 מ"מ בלבד החדרת השתל והרחבת הרכס אוגמנטציית עצם תפירה

coronal portion (81.8%) when compare with control non-microthreaded implants (72.8%).

- A statistically significant lower marginal bone loss was found around the microthreaded implants vs. the non-microthreaded ones (Lee et al. 2007).

המקור תברגי העליון ביותר מפוצל, ליצירת המשכיות וקישור בין המקור למיקור תברנים.

Platform shifting אמיתי ורחב המקטין משמעותית את ספיגת העצם הקרסטית. (תמונה 6).

- Platform switching was effective in minimizing crestal bone resorption compared with matched diameter restorations, irrespective of implant position in relation to the bone crest. The histologic specimens produced from the same experiment (Cochran et al. 2009) were subsequently analyzed, and a reduced loss of bone was confirmed.
- Even with a mismatch of only 0.25

implant may prevent future crestal loss (Clin. Oral Impl. Res. 21, 2010 / 129-136).

- The presence of retentive elements at the implant neck will dissipate some forces leading to the maintenance of the crestal bone height according to Wolff's law (Hansson 1999).

Palmer et al demonstrated maintenance of marginal bone levels with an implant that had retentive elements at the neck (Palmer et al. 2000).

- Abrahamsson & Berglundh (2006) found increased BIC at 10 months in implants with microthreads in the

יכולת דחיסת עצם ויציבות ראשונית גבוהה מאוד

- יכולת חדירה לקידוח מינימלי המאפשרת יציבות גם בעצם רכה
- יציבות ארוכת טווח של העצם הקרסטטית
- תוצאה אסתטית מיטבית וארוכת טווח
- יציבות ראשונית גבוהה הן בהשתלות מיידיות והן בהעמסה מיידית
- איזון מושלם בין אגרסיביות לחלוקת עומסים, בעצם המקנה יכולת אוניברסלית להתמודדות עם מרבית הפרוצדורות הקליניות

אינדיקציות קליניות:

- רכסים צרים במיוחד, המאפשרים קידוח מינימלי של 2 מ"מ.
- יציבות ראשונית גבוהה המשולבת עם התנהגות עדינה ומתחשבת ביכולת הספיגה של העצם, והופכת את השתל למאוזן ולמתאים ביותר להשתלות מיידיות והעמסה מיידית.
- חלקו הקורונאלי המתקדם והחדש של השתל, רשם BIC מהגבוהים ביותר ומשמר את הרקמות התומכות בשתל. הודות לכך מתאפשרת סביב ראש השתל אחיזה עצם צפופה ויציבה, המבטיחה תוצאה אסתטית מעולה לטווח הקצר והארוך.
- תכונות אלו הופכות את שתל ה-NICE לאידיאלי עבור אזורים אסתטיים בהשתלות מיידיות ובהעמסה מיידית.

המלצות שימוש בעת השתלה עם שתל ה-NICE

שתל ה-NICE הינו שתל מתכנס בצורה

מתונה. החלק האפיקאלי מתכנס בצורה חדה יותר מבנה השתל מאפשר יציבות גבוהה בכל סוגי העצם והפרוצדורות הכירורגיות. הקפדה על ההמלצות המפורטות להלן בעת ביצוע ההשתלה, תאפשר לנצל בצורה מיטבית את יתרונות השתל:

- ברכסים צרים במיוחד (>3 מ"מ) מומלץ לקדוח במקדח 2 מ"מ בלבד.
- ניתן להשתמש במקדחים צרים מ-2 מ"מ לצורך קידוח ראשוני בלבד.
- במקדח האחרון בעצם קשה מומלץ לקדוח כ-3 מ"מ פחות מאורך השתל, על מנת להגיע ליציבות מירבית.
- בעצם קשה מומלץ לבצע שחרור קורטיקלי במקדח 3 מ"מ בלבד.
- במקרים של עצם קשה במיוחד וצרה, יש לבצע התאמות בפרוטוקול הקידוח לפי שיקול דעת הרופא.
- במקרים של עצם רכה במיוחד, מומלץ לבצע קידוח מינימלי בשל יכולת השתל לחזור ולהגיע ליציבות מירבית.
- במקרים של השתלות מיידיות, יש לבצע קידוח מינימלי לצורך השגת יציבות מירבית.
- מכיון ששתל ה-NICE מיועד בעיקרו לרכסים צרים, קיימת סבירות גבוהה כי תידרש אוגמנטציית עצם, למרות חדירת השתל במלואו (בהתחשב בתונום הקליניים ובשיקול הדעת של הרופא המטפל).
- כמו בכל מערכות השתלים של אלפא-ביו טכ., פרוטוקול הקידוח מתאים למרבית הפרוצדורות הכירורגיות. ככל שהרופא מנסה יותר ברמה הכירורגית בכלל, ובשתל ה-NICE בפרט, מומלץ לבצע התאמות בפרוטוקול הכירורגי

ולפעול בכל מקרה לגופו.

שתל ה-NICE: שתל המותאם לצרכי המשתל המודרני

הרופא המשתל ימצא בשתל ה-NICE את כלל התכונות הנדרשות לצרכיו ולצרכי מטופליו:

- השתל בעל מבנה חיצוני מורכב המשלב יציבות גבוהה וחדירה עדינה ונשלטת ברכסים ובמרווחים צרים.
- שתל הצר המפגין עמידות גבוהה מאוד לעומסים ויציבות מכאנית מרשימה ביותר.
- החלק האפיקאלי מאפשר חדירה לקידוח מינימלי, המשולב עם יציבות ראשונית גבוהה בהשתלות מיידיות ובהעמסה מיידית.
- תברוגי השתל מאפשרים אחיזה מצוינת בעצם, המשולבת עם התנהגות עדינה ומתחשבת בעומס המופעל על העצם.
- החלק הקורונאלי מאפשר נפח עצם גדול יותר סביב השתל, המשולב עם BIC אופטימלי והפחתה משמעותית מהעומס המועבר לעצם מראש השתל. התוצאה מספקת יציבות קרסטטית מרשימה ותוצאה אסתטית מיטבית וארוכת טווח.
- החיבור הקוני המודרני מדגים התאמה מושלמת בין השתל למבנה, ומאפשר יציבות מכאנית מרשימה וארוכת טווח.
- באמצעות חשיבה יצירתית פורצת דרך, חברת אלפא ביו-טכ. מרחיבה עבור הרופא המשתל את האפשרויות הקליניות העומדות בפניו. שתל ה-NICE מעניק לרופא את הפלטפורמה הטובה ביותר לספק למטופליו מגוון אפשרויות טיפול מתקדמות ברמה הגבוהה ביותר [\[1\]](#)

פרוטוקול הקידוח והתאמתו לאינדיקציות הקליניות:

פרוטוקול קידוח עבור שתל ה-NICE

קוד	מק"ט	Ø 2.0	Ø 2.8
DRX2.0	4204		
DRX2.8	4284		

חשוב:

- במקדחים עם סימון לייזר, אורך המקדח נמדד מהקצה עד לאמצע קו סימון העומק.
- אורך קצה המקדח 0 mm
- יש להפעיל שיקול דעת מקצועי במקרה הצורך ולבצע התאמות לפרוטוקול המוצע.
- במקרים של רכס צר במיוחד, יתכן כי יידרש שימוש בפרוצדורות כירורגיות נוספות, בהתאם לשיקול דעת הרופא.

הערה:

במקרים של עצם קשה במיוחד יש לקדוח במקדח 3.0 מ"מ דרך שכבה קורטיקלית בלבד.

קוד **מק"ט** **מקדח** **Ø 3.0 מ"מ**

DRX3.0 4306

סדר קידוח מומלץ עבור רכס < מ-3 מ"מ

קידוח 2 מ"מ 2.8 מ"מ ל-3 מ"מ 3 מ"מ רק במקרים קיצוניים

סדר קידוח מומלץ עבור רכס > מ-3 מ"מ

קידוח 2 מ"מ קידוח 3 מ"מ

סדר קידוח מומלץ עבור השתלות מיידיות

עקירה והשתלה מיידית קידוח במקדח 2 מ"מ בלבד החדרת השתל והשגת יציבות ראשונית מרשימה

איזור קידמי עליון (עבור אזורים 15-25)

אוגמנטציה לטרלית אוגמנטציה לטרלית

השתלה מיידית והעמסה מיידית איזור קידמי תחתון

טרם העקירה עקירות והשתלות מיידית העמסה מיידית

שיקום שן בודדת

עבור מרווח צר בין שתי שיניים, אזורים 35-45

עבור מרווחים צרים בין שיניים לבין שורשים, אזורים 15-25

שיקום מספר שיניים (עבור אזורים 33-43)

חודשיים אחרי עקירה השתלות לשיקום מושהה העמסה מיידית

שיקום גשר שלם - העמסה מיידית בשילוב שתלים סטנדרטים



תמונה 7: תמונות היסטולוגיות 6 שבועות לאחר השתלה המדגימות קרוב ל-100% BIC בחלק הקרסטלי.

mm, it was evident that platform switching resulted in less resorption of the alveolar crest compared with the conventionally restored implants when implants were positioned at the level of the alveolar bony crest (Farronato et al. 2011).

החלק הקורונאלי נבדק היסטולוגית ורשם-BIC מהגבוהים בעולם ההשתלות הדנטליות. שילוב תכונות החלק הקורונאלי לצד התוצאות ההיסטולוגיות, מבטיח יציבות קרסטלית מקסימלית ותוצאה אסתטית מיטבית וארוכת טווח. **(תמונה 7)**

החיבור הקוני

חיבור קוני חדש המאפשר התאמה מדויקת של מבנה-שתל, קוטר משושה 2.1 מ"מ. **(תמונה 8)**

היתרונות הקליניים של השתל:

- יכולת חדירה לרכסים צרים מאוד הקטנים מ-3 מ"מ
- יכולת הרחבת הרכס הודות להחדרה הדרגתית מתונה

כך תהפכו את מרפאת השיניים שלכם לעסק מצליח בשנת 2014

מאת: גבריאל אסולין
ישראל

שנת 2014 כבר כאן וזוהי הזדמנות מצוינת לעצור לרגע ולבצע חשיבה מחודשת לגבי ההתנהלות העסקית של מרפאת השיניים שלך. אציג כאן 4 עקרונות חשובים להצלחה העסקית של מרפאת שיניים, עקרונות שאם תישם במהלך השנה הקרובה, סביר להניח שרואה החשבון ומנהל הבנק שלך יחבבו אותך הרבה יותר בסוף השנה. חשוב לציין כי הדברים המובאים להלן אינם בגדר תיאוריה אלא מבוססים על ניסיון רב שנים ב"עוץ ובליוי" מרפאות שיניים.

1. **בדיקות חדשות** - כל מי שעבר אצלי קורס

לניהול ושיווק מרפאות שיניים מכיר את הבדיחה הידועה שלי: מה הם שלושת הפרמטרים החשובים ביותר להצלחה העסקית של מרפאת שיניים? תשובה: בדיקות חדשות, בדיקות ובידוקים חדשות. זו לא בדיחה, זו המציאות. ככול שתהיה כניסה גדולה יותר של בדיקות חדשות למרפאתך, כך תצליח להציע ולסגור יותר תכניות לטיפול ובכך תגדיל את מחזור המכירות והרווחיות של המרפאה. המרפאה שלך יכולה להיות מקצוענית באיכות הטיפולים, להצטיין במתן שירות וכו', אך ללא כמות מרשימה של בדיקות חדשות, תהיה מוגבל מאוד במחזור המכירות וברווחיות שאתה יכול לייצר בחודש. אז ראשית, עליך לבדוק ברמה השבועית כמה בדיקות חדשות נכנסות למרפאתך והאם ישנה

מגמת עלייה או מגמת ירידה לעומת השנה שעברה. אל תסתמך רק על הבדיקות החדשות שמגיעות דרך ה"פה לאוזן", לאור התחרות הקשה הקיימת בענף, זה ממש לא מספיק. ולכן, עבור להתקפה, השתמש בערוצי השיווק והפרסום המתאימים (גוגל, רשתות חברתיות, עיתונות מקומית, טלמרקטינג וכו') על מנת להבטיח זרם של מטופלים חדשים מדי שבוע למרפאה.

2. **התנהלות ארגונית של המרפאה** - ישנם שני תנאים הכרחיים להצלחה: הראשון, שיהיה לך את הצוות הנכון בעל הכישורים הנכונים, והשני, שהצוות יבצע את הפעולות השיווקיות הנכונות.

א. **צוות נכון** - מרפאת שיניים איננה יכולה להצליח אם אין לה את האנשים הנכונים שמבצעים את

התפקידים שמתאימים להם. בעמדת המזכירות חייבות להיות מזכירות יסודיות, חייכניות ובעלות תודעת שירות גבוהה. כמו כן, סוגרות תכניות הטיפול חייבות להיות בעלות אוריינטציה שיווקית ומכירתית ורצי גם עם נחישות של "רוטוויילר".

נשמע טריוויאלי? ביותר מדי מרפאות שליוויתי גיליתי את הצוות הלא נכון במקום הלא נכון. מדוע? כי בעל המרפאה מתפשר וחושש שיהיה גרוע יותר. אין טעות גדולה יותר מזו. אין לאף בעל מרפאה את הלוקסוס להעסיק עובדות שאינן מתאימות לתפקיד. אל תתפשר! נכון שמדובר בהליך סיזיפי ומייגע עד שמוצאים ובונים את הצוות הנכון בעל הכישורים המתאימים, אך בסופו של דבר, העניין משתלם ויכול להשפיע באופן משמעותי על ביצועי המרפאה.

ב. **הפעילות השיווקית הנכונה** - הצוות צריך לבצע את הפעולות השיווקיות הנכונות שיקדמו את המרפאה. לדוגמא, לבצע מעקב צמוד אחרי מי שקיבל הצעה לתכנית טיפול ולא סגר להוציא רשימות מפולחות ממאגר הלקוחות של המרפאה ולהזמין אותם לבדיקות תקופתיות וטיפול שינתי למשל. לשלוח גלויות למטופלים לרגל יום הולדתם. וכו' וכו' בעל המרפאה חייב לבנות תכנית עבודה אפקטיבית לצוות המרפאה שלו ולקבל דיווח שוטף לגבי ביצוע הדברים. עוד עניין חשוב לגבי גיבוש הצוות המקצועי הנכון - ישנה אמרה ידועה: "תשלם בוטנים, יעבדו אצלך קופים". כדי לגייס צוות איכותי עם ניסיון ובעל כישורים תצטרך לשלם יותר מהממוצע המקובל בשוק. הניסיון הרב שלנו מראה שאין השקעה משתלמת יותר מלשלם יותר לצוות מקצועי.

3. **שימור לקוחות** - אם מרפאת השיניים שלך הצליחה ליצור לאורך השנים מאגר של כמה מאות או אלפי לקוחות, אין כל צורך בפרסום ומיותר לחפש את הלקוחות במקומות רחוקים ויקרים, הם מתחת לאף שלך! מחקרים מראים שעלות השגת לקוח חדש גבוהה פי 5! בהשוואה לעלות שימור לקוח קיים. כדי להשיג לקוח חדש נדרשת השקעה גבוהה בפרסום ובשיווק, ולעומת זאת, כדי להחזיר לקוח ישן כל מה שנדרש הוא - להתקשר אליו. קיים מצב פרדוקסאלי במרפאות שיניים רבות - יש להן מאגר המכיל אלפי לקוחות ולמרות זאת, היומן פנוי לשבוע שבועיים הבאים ומחזורי המכירות דלילים. נכון, אותן מרפאות אמנם מזמנות את הלקוחות לטיפול שינתי ובדיקות תקופתיות אך מצליחות למלא משמרת וחצי בלבד לשינתי וכמה בדיקות תקופתיות בודדות. הסיבה לכך היא אחת - הריקולים אינם מבוצעים היטב. המזכירות, שעמוסות ממילא, עושות את הריקול בין לבין יתר המטלות וכך זה גם נראה.

מרפאת שיניים עם מאגר לקוחות גדול אמורה להחזיק אשת טלמרקטינג שתעבוד 4 שעות מידי ערב, ו"תעיר" את המטופלים הרדומים של המרפאה ותזמן אותם לשינתי ולבדיקות תקופתיות. אם תבצע את התפקיד מיישה מתאימה ושתעסוק בזה ורק בזה, התוצאות תהינה שונות באופן משמעותי. אנכי, ההוצאה להעסקת אשת טלמרקטינג מידי יום בשעות הערב אינה עולה על שלושת אלפים שקלים. החברות העסקיות מבינות היום ששם המשחק הוא קודם כל שימור הלקוחות הקיימים, וגם מרפאות השיניים אמורות ליישר קו בעניין.

4. **מרפאה היא עסק** - מבחינתם של רופאי שיניים רבים שיווק ופרסום הן מילים גסות. מדובר בעיקר ברופאי שיניים ותיקים שהחלו את דרכם לפני שנים רבות ושבתקופתם התחרות כמעט ולא הורגשה. כפי שכתב שמתם לב, המצב כיום שונה - ישראל נמצאת במקום הראשון בעולם מבחינת מספר רופאי השיניים ביחס לאוכלוסייה: רופא שיניים אחד על כל כ-750 איש! אולי תתנחמו בעובדה שעוצמת התחרות לא פסחה על אף תחום - גם עורכי הדין, האופטומטריסטים ויתר בעלי המקצועות החופשיים עוברים תקופה תחרותית לא קלה. חוקי המשחק השתנו ולכן רק לספק ללקוחות איכות טיפולים גבוהה זה כבר לא מספיק. בימינו, כדי שמרפאת שיניים תצליח היא חייבת להתנהל כעסק. כן, חלק מחוקי השיווק החלים על חברות כמו קוקה קולה ושות', חלים גם על מרפאות השיניים.

אז מה זה אומר להתנהל כעסק? פשוטו כמשמעו: לאמץ שיטות הנהוגות בקרב חברות עסקיות. לדוגמא, להציב עדים למרפאה: המרפאה עשתה מחזור מכירות חודשי ממוצע X בשנת 2013? הציבו יעד מכירות חודשי של X+30% וקיבעו תכנית פעולה איך אתם עומדים להשיג את היעד. תגמלו בבונוסים את צוות המרפאה ע"פ עמידה ביעדי מכירות, קבעו תקציב פרסום חודשי, וכו' וכו', בדיקו כפי שעושה כל חברה עסקית שמעוניינת לצמוח. שווקו ואמצו! [📄](#)



Contact Info

הכותב הינו בעליה של חברת "פתרונות עסקיים למרפאות שיניים" המתמחה בליוי וקידום מרפאות שיניים, ומחבר הספר "כך תהפכו את מרפאת השיניים שלכם לעסק מצליח".

gabi32@zahav.net.il



פתרון מקיף לרכסים צרים

• אחיזת עצם גבוהה

• יציבות ראשונית מוגברת

• החדרה מהירה ומבוקרת לעצם

• תוצאות אסתטיות מיטביות



אלפא-ביו טכ. גאה להשיק את שתל ה-NICE, שתל צר בקוטר 3.2 מ"מ בעל מערכת שיקומית צרה, המספק פתרון רחב לרכסים צרים. ה-NICE מאפשר דיוק מירבי, איכות גבוהה ונוחות שימוש למתן פתרון אידיאלי ומשלים לקשת מוצרי החברה.

www.alpha-bio.co.il



טלפון: 08-9366355	סניף דרום: 03-9291000	ש.לקוחות: 03-9235055	רח' התנופה 7 קריית אריה, ת.ד. 3936 פתח-תקווה 49510
פקס: 08-9362664	רח' הרצל 157	פקס: 03-9235055	
southb@alpha-bio.net	רחובות 76267	sales@alpha-bio.net	

טיפול בהפרעות נשימה בשינה באמצעות לייזר ER:YAG

Sleepiness Scale. Chest. 1995 Jan;103(1):30-6.

10. Carroll JL, McColley SA, Marcus CL, Curtis S, Loughlin GM. Inability of clinical history to distinguish primary snoring from obstructive sleep apnea syndrome in children. Chest. 1995 Sep;108(3):610-8.

11. Namysłowski G, Scierski W, Zembala-Nozyn ska E, Nozyn ski J, Misiólek M. Histopathologic changes of the soft palate in snoring and obstructive sleep apnea syndrome patients. Otolaryngol Pol. 2005;59(1):13-9.

12. Stuck BA, Maurer JT. Airway evaluation in obstructive sleep apnea. Sleep Med Rev. 2008 Dec;12(6):411-36.

13. Lee JE, Lee CH, Lee SJ, Ryu Y, Lee WH, Yoon IY, Rhee CS, Kim JW. Mortality of patients with obstructive sleep apnea in Korea. J Clin Sleep Med. 2015 Oct 15;9(10):997-1002.

14. Peppard PE, Young T. Exercise and sleep-disordered breathing: an association independent of body habitus. Sleep. 2004 May 1;27(5):480-4.

15. Tuomilehto HP, Seppä JM, Partinen MM, Peltonen M, Gylling H, Tuomilehto JO, Vanninen EJ, Kokkarinen J, Sahlman JK, Martikainen T, Soini EJ, Randall J, Tukiainen H, Uusitupa M; Kuopio Sleep Apnea Group. Lifestyle intervention with weight reduction: first-line treatment in mild obstructive sleep apnea. Am J Respir Crit Care Med. 2009 Feb 15;179(4):520-7.

16. Huang R, Ho SY, Lo WS, Lai HK, Lam TH. Alcohol consumption and sleep problems in Hong Kong adolescents. Sleep Med. 2015 Sep;14(9):877-82.

17. Mehari A, Weir NA, Gillum RF. Gender and the Association of Smoking with Sleep Quantity and Quality in American Adults. Women Health. 2015 Nov 21.

18. Schmidt-Nowara W, Lowe A, Wiegand L, Cartwright R, Perez- Guerra F, Menn S. Oral appliances for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea: a review. Sleep. 1995 Jul;18(6):501-10.

19. Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. Lancet. 1981 Apr 18;1(8225):862-5.

20. Fireman P. Therapeutic approaches to allergic rhinitis: treating the child. J Allergy Clin Immunol. 2000 Jun;105(6 Pt 2):S616-21.

21. Simmons FB, Guilleminault C, Miles LE. A Surgical Treatment for Snoring and Obstructive Sleep Apnea. West J Med. 1984 January; 140(1): 43-46.

22. Krespi YP, Pearlman SJ, Keidar A. Laser-assisted uvula- palatoplasty for snoring. J Otolaryngol. 1994 Oct;23(5):328-34.

23. Coleman SC, Smith TL. Midline radiofrequency tissue reduction of the palate for bothersome snoring and sleep-disordered breathing: A clinical trial. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000 Mar;122(3):587-94.

24. Hicklin LA, Tostevin P, Dasan S. Retrospective survey of long-term results and patient satisfaction with uvulopalatopharyngoplasty for snoring. J Laryngol Otol. 2000 Sep;114(9):675-81.

25. Pépin JL, Veale D, Mayer P, Bettega G, Wuyam B, Lévy P. Critical analysis of the results of surgery in the treatment of snoring, upper airway resistance syndrome (UARS), and obstructive sleep apnea (OSA). Sleep. 1996 Nov;19(9 Suppl):S90-100.

26. Lindman R, Bondemark L. Swed Dent J. A review of oral devices in the treatment of habitual snoring and obstructive sleep apnoea. 2001;25(1):39-51.

27. Rombaux P, Hamoir M, Bertrand B, Aubert G, Liistro G, Rodenstein D. Postoperative pain and side effects after uvulopalatopharyngoplasty, laser-assisted uvulopalatoplasty, and radiofrequency tissue volume reduction in primary snoring. Laryngoscope. 2003 Dec;113(12):2169-75.

28. Franklin KA, Anttila H, Axelsson S, Gislason T, Maasilta P, Myhré KI, Rehnqvist N. Effects and side-effects of surgery for snoring and obstructive sleep apnea-a systematic review. Sleep. 2009 Jan;32(1):27-36.

29. Dovsak D, Gabrijelcic J, Vizintin Z. NightLase™ – a New Laser Treatment Method for the Reduction of Snoring and Sleep Apnea – a Pilot Study (Summary). LA&HA - Journal of the Laser and Health Academy Volume: 2011, Number: 1, Pages:S09-S10.

30. Jovanovic J. NightLase™ – a New Laser Treatment Method for the Reduction of Snoring and Sleep Apnea – a Pilot Study (Summary). LA&HA - Journal of the Laser and Health Academy Volume: 2011, Number: 1, Pages:S09-S10.

31. Miracki K, Vizintin Z. Nonsurgical Minimally Invasive Er:YAG Laser Snoring Treatment. Journal of the Laser and Health Academy: 2013, Number:1, Pages:36-41. The intent of this Laser and Health Academy publication is to facilitate an exchange of information on the views, research results, and clinical experiences within the medical laser community. The contents of this publication are the sole responsibility of the authors and may not in any circumstances be regarded as official product information by medical equipment manufacturers. When in doubt, please check with the manufacturers about whether a specific product or application has been approved or cleared to be marketed and sold in your country.

הגבוה, יותר מ-80% מהחולים דיווחו גם כי הם יכולים לנשום הרבה יותר קל לאחר הטיפול, והיום יותר ערניים וממוקדים במהלך יום. הם גם שמו לב שרפלקס הקאה (Gag) ירד משמעותית, שלא היו להם יותר בעיות הקשורות ללחץ בזמן טיסה, פחות כאבי ראש, והם גם הבחינו במין טוב יותר והרגישו בטוח יותר, וכי בנוגע לחמצן דם, ככלל לא היה הבדל משמעותי ברמת החמצן בדם לפני ואחרי הטיפול. מצד השני, חלק מהחולים הציגו חמצן טוב יותר באופן משמעותי ולאף אחד מהחולים לא היה חימצן נמוך יותר לאחר הטיפול.

IV. דיון

בשל מגבלות רבות, סיכונים גבוהים, תופעות לוואי ושיעורי הצלחה הנמוכים של ההליכים הכירורגיים והלא כירורגיים הקלאסיים, אנשים רבים מחליטים שלא לטפל בבעיית הנחירות [25-28]. ידוע היום שנחירות יכולות לגרום לסיבוכים בריאותיים רבים, סכנת חיים ואפילו מוות בטרם עת [8-13]. חוץ מניתוח, יש גם שיטה זעיר פולשנית ויעילה יותר הזמינה לטיפול בנחירות ודום נשימה. השיטה משתמשת באור הלייזר לחימום תרמי לא פולשני של האזורים שבטיפול, אשר גורם להתכווצות של סיבי קולגן ולאחר מכן פותח את זרימת האוויר בפה והאף ומפחית בעיות נחירות ודום נשימה ב-[29-31]. במקרים שהוצגו באמצעות הליך טיפול NightLase™, שיעור הצלחה עמד על כ-90%. בהשוואה לשיטות כירורגיות ולא כירורגיות אגרסיביות יותר, השגנו תוצאות הרבה יותר טובות ללא תופעות לוואי או סיכון לחולים [27]. גילינו ש-NightLase™ קל לביצוע על ידי כל רופא או רופא שיניים ולו אחוזי הצלחה גבוהות מאוד בשינוי חיובי בדפוסי שינה. זה לא דורש כל מכשיר בזמן שינה, אינו כרוך בטיפול כימי וללא צורך בהרדמה מכל סוג שהוא. לדעתנו NightLase™ מייצג דרך עדינה וקלה להעניק למטופלים ולקריהם שינה טובה. בלא קשר לשיעורי ההצלחה, אנחנו חייבים לציין כי תוצאות הטיפול עשויות להיות תלויות בסוג הבעיה הגורמת לנחירות ודום נשימה. מסיבות אלה, בדיקה יסודית מקדימה לטיפול ואנמנה טובה הינם חיוניים להשגת תוצאה חיובית. בחירה נכונה של מקרה טיפולי חשובה מאוד. במקרים מסוימים, מומלץ לשלב טיפול זה עם טיפולים אחרים. לדוגמה, במקרים של משקל יתר, דיאטנית יכולה להיות לעזר משמעותי כדי להתגבר על בעיות נחירות ודום נשימה.

V. מסקנות

המחקר הקליני שלנו מוכיח יעילות ובטיחות של Nightlase™ באמצעות לייזר ER:YAG להורדת רמת הנחירות. עכשיו אפשר לטפל בנחירות וסינדרום דום הנשימה כדי למנוע בעיות בריאות נוספות הנובעות מתופעות אלה. השיטה הינה זעיר פולשנית ולא נדרשת כל הכנת לפני או אחרי הטיפול. ההליך נוסב על ידי כל המטופלים ולא נדרש כל אילחוש. קל ומהר לבצע את הטיפול ולא נדרש אזור סטרילי. [1]

REFERENCES

- Aston Acton Q. (2013) Anhydrides - Advances in Research and Application. © 2013 by Scholarly Editions™.
- Guilleminault C, Eldridge FL, Tilkian A, Simmons FB, Dement WC. Sleep apnea syndrome due to upper airway obstruction: a review of 25 cases. Arch Intern Med. 1977 Mar;137(3):296-300.
- Miljeteig H, Hoffstein V, Cole P. The effect of unilateral and bilateral nasal obstruction on snoring and sleep apnea. Laryngoscope. 1992 Oct;102(10):1150-2.
- Arias MA, García-Río F, Alonso-Fernández A, Mediano O, Martínez I, Villamor J. Obstructive sleep apnea syndrome affects left ventricular diastolic function: effects of nasal continuous positive airway pressure in men. Circulation. 2005 Jul 19;112(3):375-83.
- Pataka A, Riha RL. Continuous positive airway pressure and cardiovascular events in patients with obstructive sleep apnea. Curr Cardiol Rep. 2013 Aug;15(8):385.
- Tamanna S, Geraci SA. Major sleep disorders among women: (women's health series). South Med J. 2013 Aug;106(8):470-8.
- Grandner MA, Patel NP, Jean-Louis G, Jackson N, Gehrman PR, Perlis ML, Gooneratne NS. Sleep-related behaviors and beliefs associated with race/ethnicity in women. J Natl Med Assoc. 2013 Spring;105(1):4-15.
- Mannarino MR, Di Filippo F, Pirro M. Obstructive sleep apnea syndrome. Eur J Intern Med. 2012 Oct;23(7):586-93.
- Johns MW. Daytime sleepiness, snoring, and obstructive sleep apnea. The Epworth

לסיווג Mallampati:

- Class 1 – נראות מלאה של שקדים, ענבל וחיך רק;
- Class 2 – נראות של חיך קשה ורק, חלק העליון של שקדים וענבל;
- Class 3 – נראות של חך קשה ורק ובסיס של הענבל;
- Class 4 – נראות חך קשה בלבד.

לאחר המיון, בוצע טיפול כוּוץ לא פולשני ולא מסיר רקמה של עמוד הקדמי, חך רק, ענבל, החלק התחתון של החך הקשה, עמודים ושקדים האחוריים וצדדיים וחלק תחתון של הלשון, שלוש פעמים בתקופה של 45 ימים. כל הטיפולים בוצעו עם Er: YAG לייזר (LightWalker AT, Fotona, סלובניה) באמצעות ידית PS04 ללא מגע פיסי. נשמר פרטוקול הטיפול והפרמטרים המומלצים על ידי היצרן [29-31]. מספר פעימות בטיפול, היה בין 12,000 ל-17,000, בהתאם לאנטומיה של המטופל. ההליך הופסק כאשר התכווצות ברירת נצפתה. כיוון שהטיפול אינו פולשני, לא היה צורך בשום



Fig. 1: Mallampati classification; **Fig. 2:** Mallampati classification for 75 treated patients; **Fig. 3:** Patient's mouth before treatment (Class 4); **Fig. 4:** Immediately after the first treatment (Class 2); **Fig. 5:** After three treatments (Class 1)

נחות (ההנשמה, CPAP), עלות (UPPP, הליך עמוד), חוסר נוחות (CPAP, ניתוח שחזור), כאב שלאחר ניתוח (ניתוח שחזור), תחושת גוף זר (הליך עמוד), תופעות לוואי כמו יובש בפה, גודש באף, גירוי בעור, סיטנים והווצרות צלקות (CPAP, תרופות, ניתוח שחזור) [25-28]. אבל המגבלה הגדולה ביותר עבור המטופל היא שלרוב הטיפולים השפעה זמנית אשר דורשת חזרה על ההליך [26]. לאחרונה הוצגה שיטה זעיר פולשנית חדשה ויעילה לטיפול בנחירות ודום נשימה המכונה 29-31 NightLase™. מכיוון שאנו משתמשים בלייזר Fotona Lightwalker בהצלחה לטיפול שיניים והרבה המטופלים שלנו מתלוננים על בעיות הנחירות שלהם, החלטנו לרכוש ידית נוספת על מנת לבחון את השיטה המוצעת ולהעריך כראוי את היתרונות שלה.

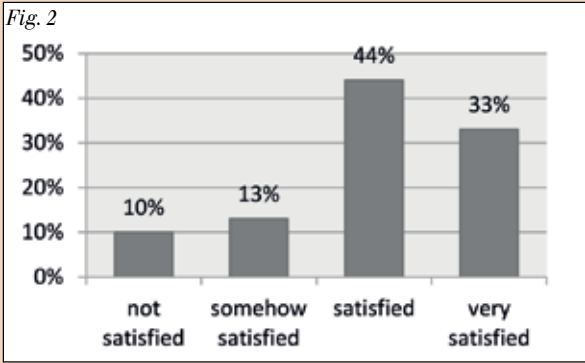
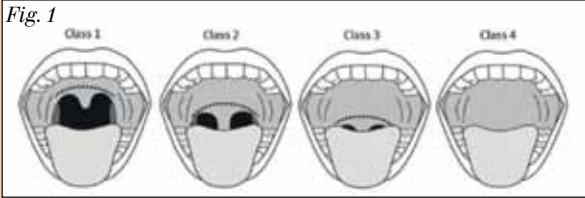
II. חומרים ושיטות

117 חולים עם בעיות נחירות ביקרו במרפאה שלנו בתקופה של שנתיים. הליך טיפול NightLase™ זעיר פולשני הוסבר להם וכל החולים חתמו על טפסי הסכמה מדעת. גרמי ההדירה היו תרופות הגורמות רגישות לאור, הריזון, הצרות בגרון, צלקות, השמנת יתר, ציפיות גבוהות מדי, מחלה והיות המטופל קטין. חולים עם אלרגיות עונתיות טופלו לאחר סיום העונה. לפני הטיפול, החולים סווגו ל-4 קבוצות בהתאם

Katarina Svahnström
General Dentistry Clinic, Uppsala, Sweden

לאחרונה הוצגה שיטה חדשה (NightLase™) לטיפול בנחירות ודום נשימה חסימתי בשינה אשר מנצלת יתרונות של לייזר Er:YAG. כדי לבדוק את השיטה, נבחנו תוצאות טיפול של 75 מטופלים עם דרגות שונות של נחירות ודום נשימה חסימתי בשינה. התוצאה של הטיפול הייתה מועילה מאוד עבור החולים ושיעור ההצלחה לאחר שלושה טיפולים היה 90%. יותר מ-80% מהחולים דיווחו גם כי הם נשמו הרבה יותר קל, היו ערניים יותר וממוקדים במהלך יום. המחקר הקליני שלנו מאשר כי טיפול NightLase™ הוא שיטה יעילה להפחתת נחירות משמעותית. הטיפול הוא מהיר וקל לביצוע, זעיר פולשני, אינו דורש כל הרדמה או טיפול שלאחר ההליך ויש לו אחוזי הצלחה גבוהים מאוד בשינוי חיובי בדפוסי שינה.

מילות מפתח: fractional skin rejuvenation, FRAC3, ND:YAG laser, Port wine stain, hemangioma



I. מבוא

נחירה היא בעיה נפוצה ומחקרים מעריכים כי 45% מהגברים ו-30% מהנשים נחרים באופן קבוע, וכי כולם נחרים מדי פעם [1]. נחירות מתרחשות כאשר זרימת האוויר דרך הפה והאף חסומה מבחינה פיזית. זה יכול להיגרם על ידי שילוב של גורמים שונים, לרבות דרכי הנשימה חסומות באף בעונות אלרגיה או דלקת בסינוסים, עיוותים כגון סטייה במחיצת אף, פוליפים באף, טונסיל שרירים נמוך בגרון והלשון. עודף רקמה גרון, שקדים מוגדלים, או חך רך ארוך או ענבל [2-5]. רוב האנשים לא חושבים על נחירות כמשהו שאמור להדאיג יתר על המידה. אמנם נחירות קולניות עלולות במקרה הטוב להיות בעיה חברתית שיכולה להפריע למערכות יחסים בין אישיים לגברים, נשים ואפילו ילדים, זה גם עשוי לאותת על הפרעה שעלולה להיות סכנת חיים [6-8]. נחרים קבועים יכולים להיות בסיסן לבעיות בריאות רציניות הכוללות מניעת שינה, חוסר מיקוד וירידה בחשק המיני, נזק פסיכולוגי וחברתי, עצבנות ודום נשימה בשינה (OSA) עלולים לגרום לנזנזים במשך היום, כאבי ראש בבוקר, התנהגות אוטומטית, שינויים במצב רוח, בעיות בתפקוד מיני, אובדן זיכרון לטווח קצר והזיות [9-12]. תסמונת דום נשימה בשינה גם מגבירה באופן משמעותי את הסיכון לשבץ או מוות מכל סיבה [8, 13]. ישנן אפשרויות רבות של טיפול בנחירות