



World Alliance for Mercury-Free Dentistry
Alliance Mondiale pour une dentisterie sans mercure
Всемирный альянс за стоматологию без ртути
Alianza Mundial por una Odontología Sin Mercurio
التحالف العالمي لطب أسنان خال من الزئبق
世界无汞牙科联盟

تطبيق تعديلات قانون الأطفال - إنه قانون المعاهدة. الموعد النهائي: 28 سبتمبر 2023

لا حشوات زئبقية للأطفال!

لا حشوات زئبقية للنساء الحوامل والمرضعات!

إن ملغم الأسنان يحتوي على 50% من الزئبق.

ولحماية الفئات السكانية الأكثر ضعفاً من ملغم الأسنان، أضاف اطراف اتفاقية ميناماتا تعديل الأطفال إلى اتفاقية ميناماتا: "استبعاد أو عدم السماح، باتخاذ التدابير المناسبة، أو التوصية بعدم استخدام ملغم الأسنان لعلاج الأسنان اللبنية، للمرضى الذين تقل أعمارهم عن 15 عاماً والنساء الحوامل والمرضعات، إلا عندما يعتبر طبيب الأسنان ذلك ضرورياً بناءً على احتياجات المريض."

يتعين على الأطراف أن تتحرك، ويتعين عليها أن تختار أحد الطرق العديدة لتطبيق تعديل الأطفال:

1. التخلص التدريجي من استخدام ملغم الأسنان: كل عام تزايد قائمة البلدان التي تحظر استخدام ملغم الأسنان أو تتبنى تاريخاً قريباً في المستقبل لإنهاء استخدامه: أفريقيا: تزانيا، الجابون، أوغندا؛ الدول العربية: البحرين، الكويت، قطر، الإمارات العربية المتحدة؛ آسيا: منغوليا، نيبال، الفلبين، إندونيسيا، اليابان؛ الجزر: سانت كيتس ونيفيس، كاليدونيا الجديدة؛ أوروبا: الاتحاد الأوروبي المكون من 27 دولة، مولدوفا، النرويج.
2. لا للملغم عند الأطفال: أوقفت عشرات الدول استخدام الملغم عند الأطفال: آسيا: بنجلاديش، الصين، تايلاند، فيتنام؛ الدول العربية: المملكة العربية السعودية؛ أفريقيا: تونس، موريشيوس، زامبيا؛ مجموعة أمريكا اللاتينية والكاريبي: الإكوادور، بنما؛ أوروبا: ألبانيا، أيسلندا والمملكة المتحدة. كما أوقفت العديد من الدول المدرجة في هذه القائمة استخدام الملغم عند النساء الحوامل والمرضعات.
- يحث التحالف العالمي على: لا للملغم في البرامج العامة: أوقفت بوليفيا والسلفادور وباراغواي وبيرو وغيانا وأوروغواي وسانت لوسيا وموزامبيق استخدام الملغم في البرامج العامة.
من الضروري للغاية حماية الفقراء!
3. التوصية لأطباء الأسنان والمصنعين والمستهلكين والآباء: أوقفوا استخدام الملغم في الفئات السكانية المعرضة للخطر: يجب على البلدان غير المستعدة للخطر الكامل أو الجزئي أن توصي أصحاب المصلحة بإنهاء استخدام الملغم عند الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات الآن. لا يجوز لأي طرف أن يجلس مكتوف الأيدي! وعلى الأقل، ينبغي للأطراف أن تدعو إلى التواصل بشأن السلامة، وتطلب تحذيرات من الشركات المصنعة، وطباعة كتيبات إرشادية للمرضى، وتغيير مناهج كليات طب الأسنان، وما إلى ذلك. وقد تبنت الولايات المتحدة وكندا، من خلال وكالاتهما الصحية، مثل هذه التوصيات.

المعلومات / المساعدة

أمريكا اللاتينية: ماريا كارامو، coord@rapaluruaguay.org
آسيا: صديقة سلطانة، siddika@esdo.org
أوروبا: فلوريان شولز، florian.schulze@envmed.org
الدول الجزرية: هيمسينج موريناج، panadion@gmail.com
الدول العربية: زياد العلاونة، ziyadalawneh@gmail.com

رئيس قسم طب الأسنان: الدكتور جرايم مونتو هول، gmh@steeps.net
في جميع أنحاء العالم: شهريار حسين، shahriar25@gmail.com
أفريقيا: الدكتور جيلبرت كويبو، gkuepou@gmail.com
جريفيز أو كينج، ogriffins@cejadkenya.org
أمريكا الشمالية: تشارلي براون، charlie@toxiciteeth.org

فوائد تطبيق تعديل الأطفال

- يحمي تعديل الأطفال الفئات السكانية المعرضة للخطر: حيث إن أدمغة الأطفال النامية وأجهزتهم العصبية معرضة بشكل خاص للتأثيرات العصبية السامة للزئبق. وكما تنص اتفاقية ميناماتا، فإن الأطراف المصادقة على الاتفاقية "تدرك المخاوف الصحية، وخاصة في البلدان النامية، الناتجة عن تعرض الفئات السكانية المعرضة للخطر، وعلى وجه الخصوص النساء والأطفال، ومن خلالهم الأجيال القادمة، للزئبق". تتوفر حشوات خالية من الزئبق للأطفال. وكما يوضح تقرير منظمة الصحة العالمية حول الاستخدام المستقبلي للمواد المستخدمة في ترميم الأسنان، "تتوفر مواد ترميمية بديلة ذات جودة كافية للاستخدام في الأسنان اللبنية للأطفال". بين عدم أهمية طول عمر الحشوة في الأسنان اللبنية قصيرة العمر ومعدلات فشل الملغم الأعلى في هذه الأسنان، لم يعد استخدام الملغم بدلاً من الحشوات الخالية من الزئبق في الأطفال مبرراً. ومن خلال إنهاء استخدام الملغم لدى الأطفال دون سن 15 عامًا والنساء الحوامل والمرضعات، فإن تنفيذ تعديل الأطفال يحمي الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالزئبق.
- تعديل قانون الأطفال يحمي البيئة: يتم استخدام ما بين 226 و322 طنًا من الزئبق في طب الأسنان حول العالم سنوياً. مبركيور الأسنان يخترق البيئة من خلال العديد من الأصوات الخطرة والملوثة (1) الهواء الناتج عن حرق الجثث وانبعثات عيادات الأسنان وحرق الفحم؛ (2) المياه التي تتسرب من عيادات الأسنان والأفرزات البشرية؛ و (3) عمليات التفرغ والإدخال والحفر. ونتيجة لذلك، يتعرض العديد من الأطفال في جميع أنحاء العالم لجرعة مضاعفة من الزئبق الموجود في الملغم؛ أولاً عندما يتم زراعته في أسنانهم ومرة ثانية عندما يلوث بيئتهم والأسماك التي يأكلونها. وتظهر الدراسات أنه بعد احتساب التكاليف البيئية، فإن الملغم أكثر تكلفة من الحشوات المركبة. ومن خلال تقليل استهلاك الملغم، فإن تنفيذ تعديل الأطفال يحمي البيئة.
- يحمي تعديل الأطفال صحة الفم ويحسنها: تُظهر الدراسات أن الحشوات المركبة الخالية من الزئبق يمكن أن تدوم طويلاً مثل الملغم (وحتى أطول منه) (على الرغم من أن هذه الحقيقة ليست ذات صلة بأسنان الأطفال اللبنية قصيرة العمر). كما توفر الحشوات الخالية من الزئبق مزايا صحية وتوفير التكاليف مقارنة بالملغم. أولاً، تحافظ الحشوات الخالية من الزئبق على بنية الأسنان التي يجب إزالتها لوضع حشوة الملغم، مما قد يزيد من عمر السن نفسه. ثانياً، يمكن أن تساعد الحشوات الخالية من الزئبق في منع تسوس الأسنان في المستقبل. ثالثاً، يمكن أن يكون إصلاح الحشوات المركبة أسهل من الملغم. من خلال الترويج لاستخدام الحشوات الخالية من الزئبق، فإن تنفيذ تعديل الأطفال يحمي صحة الفم.

توقفوا عن وضع الزئبق في أفواه أطفالنا!

¹ First full national reports of the Minamata Convention on Mercury due by 31 December 2021, <https://www.mercuryconvention.org/en/parties/reporting>; Minamata Convention Initial Assessments (MIAs)

² Regulation (EU) 2017/852 of the European Parliament and of the Council of 17 May 2017 on mercury, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?url=CELEX:32017R0852&from=EN>

³ First full national reports of the Minamata Convention on Mercury due by 31 December 2021 and other national submissions to the Secretariat of the Convention

⁴ USA: <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/recommendations-about-use-dental-amalgam-certain-high-risk-populations-fda-safety-communication>;

Canada: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/reports-publications/medical-devices/safety-dental-amalgam-health-canada-1996.html>

⁵ Minamata Convention on Mercury (2013), http://mercuryconvention.org/Portals/11/documents/Booklets/Minamata%20Convention%20on%20Mercury_booklet_English.pdf

⁶ World Health Organization, *Future Use of Materials for Dental Restoration* (2011), http://www.who.int/oral_health/publications/dental_material_2011.pdf, p. 35

⁷ BIO Intelligence Service (2012), *Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries*, Final report prepared for the European Commission-DG ENV, p.69

⁸ Reinhard Hickel et al., *Longevity of occlusally-stressed restorations in posterior primary teeth*, AMERICAN JOURNAL OF DENTISTRY, Vol. 18, No. 3, June 2005

⁹ UN Environment (2017): *Global mercury supply, trade and demand*. United Nations Environment Programme, Chemicals and Health Branch. Geneva, Switzerland, 2017.

¹⁰ Concorde East West, *The Real Cost of Dental Mercury* (March 2012), http://www.zeromercury.org/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=158%3Athe-real-cost-of-dental-mercury&Itemid=70

¹¹ Concorde East/West, *The Real Cost of Dental Mercury* (March 2012), <https://mercuryfreedentistry.files.wordpress.com/2016/02/the-real-cost-of-dental-mercury.pdf>, pp.3-4

¹² Lars D. Hylander & Michael E. Goodsite, *Environmental Costs of Mercury Pollution*, Science of the Total Environment 368 (2006) 352-370

¹³ Palotie, U. et al. 2017, *Longevity of 2- and 3-surface restorations in posterior teeth of 25- to 30-year-olds attending public dental Service—A 13-year observation*. Journal of Dentistry 62, 13-17

¹⁴ Vieira AR et al. (2017) *A Pragmatic Study Shows Failure of Dental Composite Fillings Is Genetically Determined: A Contribution to the Discussion on Dental Amalgams*. Front. Med. 4:186.

¹⁵ Owen, Benjamin D., et al. *Placement and replacement rates of amalgam and composite restorations on posterior teeth in a military population*. U.S. Army Medical Department Journal, July-Sept. 2017, p. 88+

¹⁶ McCracken MS, et al. *A 24-month evaluation of amalgam and resin-based composite restorations: Findings from the National Dental Practice-Based Research Network*. J Am Dent Assoc. 2013;144(6):583-593

¹⁷ Heintze, S.D. & Rousson, V. 2012, *Clinical effectiveness of direct class II restorations - a meta-analysis*, The Journal of adhesive dentistry, vol. 14, no. 5, p. 408

¹⁸ N.J.M. Opdam, E.M. Bronkhorst, B.A.C. Loomans, and M.-C.D.N.J.M. Huysmans, *12-Year Survival of Composite vs. Amalgam Restorations*, JOURNAL OF DENTAL RESEARCH (October 2010), Vol. 89, 10: pp. 1063-1076

¹⁹ Opdam NJ, Bronkhorst EM, Roeters JM, Loomans BA. A retrospective clinical study on longevity of posterior composite and amalgam restorations. Dent Mater 2007;23(1):2-8

²⁰ BIO Intelligence Service (2012), *Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries*, Final report prepared for the European Commission-DG ENV, p.69

²¹ A. Mjor and A. Jokstad, *Five-year study of Class II restorations in permanent teeth using amalgam, glass polyalkenoate (ionomer) cement and resin-based composite materials*, J. Dent. 1993; 21: 338-343

²² Walls AW, et al. *The management of occlusal caries in permanent molars. A clinical trial comparing a minimal composite restoration with an occlusal amalgam restoration*. Br Dent J 1988; 164: 288-292, pp. 363, 366

²³ Donovan TE, *Longevity of the tooth/restoration complex: a review*, Journal of the California Dental Association [01 Feb 2006, 34(2):122-128], https://www.cda.org/Portals/0/journal/journal_022006.pdf

²⁴ JIM Roeters, ACC Shortall, and NIM Opdam, *Can a single composite resin serve all purposes?*, BRITISH DENTAL JOURNAL 199, 73- 79 (2005), <http://www.nature.com/bdj/journal/v199/n2/full/4812520a.html>

²⁵ Christopher D. Lynch, et al., *Minimally invasive management of dental caries: Contemporary teaching of posterior resin-based composite placement in U.S. and Canadian dental schools*, J AM DENTA ASSOC 2011; 142: 612-620

²⁶ Andre V. Ritter, DDS, MS, *Clinical Techniques: A Review of Posterior Composites*, ADA Professional Product Review (Oct. 2011), p.3

²⁷ Joseph B. Dennison, DDS, MS & James C. Hamilton, DDS, *Treatment Decisions and Conservation of Tooth Structure*, Dent Clin N Am 49 (2005) 825-845

²⁸ NIM Opdam et al. (2016) *From 'Direct Versus Indirect' Toward an Integrated Restorative Concept in the Posterior Dentition*. Operative Dentistry: September 2016, Vol. 41, No. S7, pp. S27-S34

²⁹ Norway Directorate for Health and Social Affairs, *A National Clinical Guideline for the Use of Dental Filling Materials: Information for Dental Health Care Personnel*, pp. 6, 8, 15

³⁰ European Commission Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks, *Final opinion on the safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users* (2015), p.69

³¹ BIO Intelligence Service (2012), *Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries*, Final report prepared for the European Commission-DG ENV, p.77

³² Mickenausch S, Yengopal V. *Absence of carious lesions at margins of glass-ionomer cement and amalgam restorations: An update of systematic review evidence*. BMC Research Notes. 2011; 4:58

³³ Mandari GJ, et al.: *Six-Year Success Rates of Occlusal Amalgam and Glass-Ionomer Restorations Placed Using Three Minimal Intervention Approaches*. Caries Res 2003; 37:246-253

³⁴ Lynch et al., *Managing the phase-down of amalgam: part I. Educational and training issues*, British Dental Journal (Aug. 2013).

³⁵ JIM Roeters, ACC Shortall, and NIM Opdam, *Can a single composite resin serve all purposes?*, BRITISH DENTAL JOURNAL 199, 73- 79 (2005), <http://www.nature.com/bdj/journal/v199/n2/full/4812520a.html>

³⁶ Christopher D. Lynch, et al., *Minimally invasive management of dental caries: Contemporary teaching of posterior resin-based composite placement in U.S. and Canadian dental schools*, J AM DENTA ASSOC 2011; 142: 612-620,

³⁷ Niek J.M. Opdam, *Longevity of repaired restorations: A practice based study*, Journal of Dentistry 40 (2012) 829 - 835