



**Stanowisko Rady Konsultacyjnej  
nr 53/2011 z dnia 27 czerwca 2011 r.  
w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy  
doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstirpacja  
zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału” (KOD ICD-9-CM: 23.1209)**

*Rada Konsultacyjna uważa za niezasadne usunięcie świadczenia „Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi 1 kanału” (Kod ICD-9CM:23.1209) z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, stanowiącego załącznik nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.*

**Uzasadnienie**

W opinii Rady oczekiwane przez wnioskodawcę i niektórych ekspertów klinicznych skutki usunięcia świadczenia ekstirpacji zdewitalizowanej miazgi zęba z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, w postaci obniżenia kosztów pomocy doraźnej i poprawy dostępności pozostałych świadczeń pomocy doraźnej, pozostają założeniami nieuzasadnionymi. Sposób rozliczania świadczeń pomocy doraźnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (ryczałt) uniemożliwia przeprowadzenie miarodajnej oceny wpływu zawartości świadczenia na koszty. Ewentualne obniżenie poziomu finansowania mogłoby spowodować skutek odwrotny do zamierzonego, zmniejszając – i tak bardzo już ograniczone – zainteresowanie świadczeniodawców zawieraniem umów na świadczenie stomatologicznej pomocy doraźnej. Niewielka część chorych z nasilonymi dolegliwościami, związanymi z zapaleniem miazgi zęba, zgłaszających się do świadczeniodawców udzielających pomocy doraźnej, będzie wymagała wykonania rozpatrywanej procedury, wobec czego Rada uznaje za celowe pozostawienie jej w załączniku nr 9.

**Tryb przygotowania stanowiska**

Niniejsze stanowisko opracowane zostało przez Radę Konsultacyjną na podstawie opracowania „Usunięcie świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej. Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału.”, nr AOTM-DS-431-19(27)/[ ]/2011.<sup>1</sup> Zgodnie z treścią zlecenia Ministra Zdrowia, rozpatrywany problem decyzyjny nie wymaga wykonania raportu.<sup>2</sup>

**Problem zdrowotny**

Problemem zdrowotnym, wskazanym w zleceniu Ministra Zdrowia dotyczącym oceny przedmiotowego świadczenia, jest zapalenie miazgi zęba.<sup>2</sup> Choroby miazgi (pulpopatie) w większości przypadków rozwijają się na tle drążącego procesu próchnicowego, często występują również w zębach z uszkodzeniami niepróchnicowego pochodzenia. Wśród czynników etiologicznych wyróżnia się: przyczyny zakaźne, bodźce mechaniczne, termiczne i chemiczne. W klasyfikacji Wilgi,



opartej na przesłankach histopatologicznych, wyróżnia się zapalenia ostre (surowicze częściowe, surowicze całkowite, ropne częściowe i ropne całkowite) oraz zapalenia przewlekłe (włókniste, ropne i przewlekłe ziarninujące). W innych klasyfikacjach, kładących nacisk na określenie stopnia zaawansowania procesu chorobowego, wyróżnia się odwracalne zapalenia, nieodwracalne zapalenia i martwicę lub odwracalne pulpopatie, nieodwracalne pulpopatie, rozrostowe pulpopatie i martwicę. W pulpopatiach odwracalnych zapalenie miazgi jest ograniczone do miejsca działania czynnika drażniącego. Po usunięciu ogniska próchnicowego i odpowiednim zaopatrzeniu ściany komorowej miazga powraca do stanu prawidłowego. Pulpopatie nieodwracalne z żywą miazgą są to zaawansowane stany zapalne miazgi z ogniskami martwicy, ropniami, wysiękiem ropnym lub z rozrostem ziarniny, w których miazga zostaje zainfekowana przez bakterie. W grupie pulpopatii nieodwracalnych wyróżnia się martwicę miazgi i zgorzel miazgi; postępowanie lecznicze w obu przypadkach jest jednakowe.<sup>3</sup>

Wybór właściwej metody leczenia uzależniony jest od rozpoznania, polegającego na dokładnej analizie objawów subiektywnych i obiektywnych. W badaniu podmiotowym rozpoznanie ułatwia model objawów bólowych i reaktywności miazgi na poszczególne rodzaje bodźców. Na badanie przedmiotowe składa się badanie wzrokiem i dotykiem, badanie żywotności miazgi, badanie tkanek okołowierzchołkowych i badanie radiologiczne.<sup>3</sup>

### **Obecna standardowa terapia**

Wśród metod leczenia endodontycznego (endodontium = miazga i zębina) wyróżnia się: leczenie chorób miazgi, w tym przede wszystkim metody biologiczne i przyżyciowe (w znieczuleniu) oraz leczenie zębów z martwą miazgą i zapaleń ozębnej. Do metod biologicznych, mających na celu utrzymanie (w całości lub części) żywej miazgi, należą: przykrycie pośrednie, przykrycie bezpośrednie, amputacja przyżyciowa i ekstyrapcja w znieczuleniu (spełniająca częściowo warunki leczenia biologicznego). Postęp w endodoncji związany jest z odstępowaniem od metod leczenia mortalnego zapaleń miazgi po jej uprzednim uśmierceniu (dewitalizacji); preferowane są metody leczenia biologicznego z włączeniem ekstyrapcji w znieczuleniu.<sup>4</sup> Wskazania do zastosowania metody mortalnej mogą jednak zaistnieć w przypadku nieodwracalnych zapaleń miazgi, gdy istnieją przeciwwskazania do leczenia biologicznego i nie ma możliwości wykonania ekstyrapcji w znieczuleniu. Metoda mortalna może w takiej sytuacji zachować ząb. Wśród metod mortalnych wyróżnia się: amputację mortalną (wyłuszczenie miazgi komorowej), ekstyrapcję mortalną (całkowite wyłuszczenie miazgi – metoda stanowiąca przedmiot niniejszej oceny) i metodą kombinowaną amputacyjno-ekstyrapcyjną.<sup>4</sup>

Ekstyrapcja zdewitalizowanej miazgi zęba jest procedurą obecnie finansowaną przez płatnika publicznego (patrz: opis świadczenia).

### **Opis świadczenia**

Ekstyrapcja zdewitalizowanej miazgi zęba polega na całkowitym wyłuszczeniu miazgi z komory i kanałów po jej uśmierceniu (dewitalizacji) oraz na wypełnieniu całej komory zęba. W metodzie tej wyróżnia się 2 możliwości: ekstyrapcji niezwłocznej i ekstyrapcji mumifikacyjnej. W obu przypadkach w czasie pierwszej wizyty wykonuje się te same czynności co w metodzie amputacji mortalnej, tj. usunięcie opatrunku z wkładką dewitalizacyjną, opracowanie ubytku, łącznie z poszerzeniem ułatwiającym otwarcie komory i usunięcie miazgi komorowej. W przypadku zastosowania pasty paraformaldehydowej jako środka dewitalizującego, ekstyrapcja jest następną czynnością i w tym przypadku metoda ekstyrapcji niezwłocznej i mumifikacyjnej nie różni się. Różnica powstaje w przypadku zastosowania do dewitalizacji środka nie zawierającego formaliny. Wtedy w postępowaniu niezwłocznym ekstyrapcja miazgi nastąpi już podczas drugiej wizyty, a w postępowaniu mumifikacyjnym zostanie założona wkładka mumifikacyjna. Mumifikacja ma na celu wysuszenie miazgi, co spowoduje odstąpienie jej od ścian zęba (ułatwia jej wyłuszczenie) oraz utworzenie na granicy miazgi i ozębnej linii demarkacyjnej, oddzielającej obie te tkanki wałem leukocytarnym. Wytworzenie się tej linii jest istotne, ponieważ wał leukocytarny zwiększa odporność ozębnej na zakażenia i urazy i pozwala na łatwiejsze oderwanie miazgi, co chroni ozębną przed uszkodzeniem. Ponadto powoduje obliterację naczyń krwionośnych w okolicach otworu wierzchołkowego i pozwala uniknąć krwawienia w czasie wyłuszczenia miazgi.<sup>1,4</sup>

W przypadku zastosowania ekstyrpacji niezwłocznej leczenie można zakończyć na drugiej wizycie po opracowaniu i wypełnieniu kanału, a w przypadku ekstyrpacji mumifikacyjnej dopiero na trzeciej wizycie. Jeśli jednak do dewitalizacji stosuje się pastę paraformaldehydową, leczenie metodą mumifikacyjną można również zakończyć na drugiej wizycie.<sup>1,4</sup>

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 i Nr 211, poz. 1638 z późn.zm.) posiada 11 załączników, w których wymienione są świadczenia gwarantowane. Dane świadczenie może występować w więcej niż jednym załączniku do wspomnianego rozporządzenia, przy odmiennie określonych warunkach jego wykonywania. Świadczenie „Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału” obecnie ujęte jest w wykazach: świadczeń ogólnostomatologicznych (załącznik nr 1), świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (załącznik nr 2), świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym (załącznik nr 3), świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS (nr 4) oraz w wykazie świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej (załącznik nr 9). Świadczenie realizowane zgodnie z załącznikiem nr 9 udzielane jest u osób powyżej 18 roku życia z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych (nie dotyczy kobiet w okresie ciąży i porodu).<sup>1</sup>

Zamiarem wnioskodawcy jest usunięcie rozpatrywanej procedury z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej (załącznik nr 9); procedura pozostałaby dostępna jako świadczenie gwarantowane w pozostałych wykazach. Według wnioskodawcy ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału jest etapem leczenia nieodwracalnych zapaleń miazgi, wynikającym z kontynuacji procesu leczenia, w związku z czym nie jest świadczeniem pomocy doraźnej. Usunięcie wspomnianego świadczenia z wykazu świadczeń pomocy doraźnej miałoby spowodować lepszą dostępność opieki doraźnej w sytuacjach nagłych.<sup>1</sup>

### **Efektywność kliniczna**

Przedmiot zlecenia nie obejmuje oceny efektywności samej procedury ekstyrpacji zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału.<sup>1,2</sup> Z literatury przedmiotu wynika, że ekstyrpacji mortalnej nie uważa się za metodę pewną. Dewitalizacja miazgi nie jest kontrolowana, wobec czego nie wiadomo, jakie będą po dewitalizacji losy tkanki między otworem fizjologicznym a anatomicznym. Jeśli ulegnie ona obumarciu, to wynik leczenia będzie podobnie niepewny jak po metodzie amputacji mortalnej (istnieje znaczne ryzyko powstania zmian chorobowych w okolicy przywierzchołkowej).<sup>4</sup>

### **Bezpieczeństwo stosowania**

Przedmiot zlecenia nie obejmuje oceny bezpieczeństwa samej procedury ekstyrpacji zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału.<sup>1,2</sup> W literaturze wskazuje się na ryzyko powstania zmian chorobowych w okolicy przywierzchołkowej.<sup>4</sup>

### **Koszty świadczenia i jego wpływ na budżet płatnika**

Środki finansowe przeznaczone przez NFZ na stomatologiczną pomoc doraźną w roku 2010 wyniosły ██████████ zł, natomiast w planach na rok 2011 nastąpił wzrost do poziomu ██████████ zł. Wymienione kwoty stanowią odpowiednio 0,49% oraz 0,51% udziału w całkowitej kwocie przeznaczanej na świadczenia stomatologiczne w Polsce.<sup>1</sup> Dane uzyskane od Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na duże różnice w ryczałtach stomatologicznej pomocy doraźnej pomiędzy województwami, w zakresie od ████████ do ████████ zł na 1 ryczałt. W niektórych województwach nie zawierano umów w tym zakresie.<sup>1,5</sup>

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, Rada Konsultacyjna przyjęła stanowisko jak na wstępie.

**Piśmiennictwo:**

1. Opracowanie „Usunięcie świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej. Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału.”, nr AOTM-DS-431-19(27)/[REDACTED]/2011. Agencja Oceny Technologii Medycznych, czerwiec 2011.
2. Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22.09.2010 r. w sprawie przygotowania rekomendacji w związku z pracami nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. nr 140 z późn. zm.).
3. Arabska-Przedpeńska B. Choroby miazgi zęba. W: Jańczuk Z. Stomatologia zachowawcza. Zarys kliniczny. Wyd. PZWL: Warszawa 2008.
4. Jańczuk Z. Leczenie endodontyczne. W: Jańczuk Z. Stomatologia zachowawcza. Zarys kliniczny. Wyd. PZWL: Warszawa 2008.
5. Analiza członka Rady opiniującego temat przygotowana na posiedzenie Rady Konsultacyjnej w dniu 2011-06-20.