



Agencja Oceny Technologii Medycznych

[REDACTED]

[REDACTED]

Usunięcie świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym

Plastyka przedsionka jamy ustnej

[REDACTED]

AOTM- [REDACTED]-431-23(23)/[REDACTED]/2011

AOTM, 14.03.2011 r.

W przygotowaniu dokumentu wzięli udział: [REDACTED]

Osoby uczestniczące w pracach nad analizą weryfikacyjną nie zadeklarowały żadnych konfliktów interesów.

W analizie wykorzystano opinie uzyskane od następujących innych ekspertów klinicznych:

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Zastosowane skróty:

Ustawa – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Rozporządzenie – 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.)

KK – Konsultant Krajowy

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

MZ – Ministerstwo Zdrowia

Spis treści

1. Podstawowe informacje o zleceniu	4
2. Problem decyzyjny:.....	6
2.1. Informacje o korespondencji	6
2.2. Opis świadczenia wnioskowanego.....	7
2.3. Opis świadczenia „Plastyka przedSIONKA jamy ustnej” – dane literaturowe	9
3. Znieczulenie ogólne w stomatologii	12
3.1. Wskazania do użycia znieczulenia ogólnego.....	12
3.2. Problematyka znieczulenia ogólnego w trakcie wykonywania procedur stomatologicznych	12
3.2.1. Wytyczne i standardy stosowania znieczulenia ogólnego w praktyce stomatologicznej.....	13
3.2.2. Powikłania znieczulenia uzyskane z prac rejestrowych	21
4. Analiza prawna	25
5. Aspekt kliniczny:	28
6. Aspekt finansowy:.....	29
7. Wpływ zmiany na budżet.....	31
8. Aspekt społeczny:	34
8.1. Opinia Konsultanta Krajowego z dziedziny [REDAKTOWANE]	34
8.2. Opinie innych KK odnośnie stosowania znieczulenia ogólnego.....	34
8.2.1. Opinia KK z dziedziny [REDAKTOWANE]:	34
8.2.2. Opinia Konsultanta Krajowego z dziedziny [REDAKTOWANE]	34
8.3. Opinie wydane przez Rzeczników	36
8.3.1. Opinia Rzecznika Praw Pacjenta	36
8.3.2. Opinia Rzecznika Praw Obywatelskich.....	37
8.3.3. Opinia Rzecznika Praw Dziecka.....	37
9. Zestawienie informacji uzyskanych w toku prac analitycznych.....	38
10. Podsumowanie	41
Załączniki:	43
Spis tabel i rycin:.....	44

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTM (DD-MM-RR) i znak pisma zlecającego

1) 22.09.2010 r. – błędy (odesłane do poprawy)
 2) 8.11.2010 r. – błędy (odesłane do poprawy)
 23-11-2010r. – poprawne (zaakceptowane do realizacji)
 /znak pisma: MZ-MD-401-999-14/EHM/10

Termin wydania rekomendacji na zlecenie Ministra Zdrowia (DD-MM-RR)

Brak

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego)

Plastyka przedSIONKA jamy ustnej (**Kod ICD-9CM:23.1613**) – rekomendacja dotyczy usunięcia wykonywania świadczenia jako samodzielnej procedury w znieczuleniu ogólnym – załącznik nr 3 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym” świadczenie dotyczy dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.

Zlecenie nie wymaga raportu: „W stosunku do tej części zlecenia, która jest zawarta w załączniku nr 2 uprzejmie informuję, że nie ma potrzeby wykonywania raportu[...]. Świadczenia wymienione w załączniku nadal pozostają świadczeniami gwarantowanymi zawartymi w pozostałych pakietach i będą dostępne ogółowi pacjentów”¹.

Typ zlecenia:

- o usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych – na podstawie art. 31e ust. 1 Ustawy
- o zmianę poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego – na podstawie art. 31e ust. 3 pkt 3b Ustawy

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu (art. 15 ust. 2)

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi
- oraz środki pomocnicze
- ratownictwa medycznego

¹ 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.).

- opieki paliatywnej i hospicyjnej*
- świadczeń wysokospecjalistycznych*
- programów zdrowotnych*
- w tym: terapeutycznych programów zdrowotnych NFZ*
- zlecenie Ministra Zdrowia złożone z urzędu*
- zlecenie Ministra Zdrowia na wniosek konsultanta krajowego z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej*
- zlecenie Ministra Zdrowia na wniosek stowarzyszenia będącego zgodnie z postanowieniami statutu towarzystwem naukowym o zasięgu krajowym – za pośrednictwem konsultanta krajowego z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej*
- zlecenie Ministra Zdrowia na wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*
- zlecenie Ministra Zdrowia na wniosek stowarzyszenia lub fundacji, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta – za pośrednictwem konsultanta krajowego z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej*

2. Problem decyzyjny:

USUNIĘCIE Z ZAŁĄCZNIKA NR 3 ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO O NAZWIE: „PLASTYKA PRZEDSIONKA JAMY USTNEJ (KOD ICD-9CM:23.1613)”

Opis świadczenia opieki zdrowotnej z informacją czego dotyczy proponowana zmiana: „Usunięcie możliwości stosowania znieczulenia ogólnego dla wykonywania świadczenia „Plastyka przedsionka jamy ustnej” jako samodzielnej procedury. Wprowadzona zmiana ma na celu doprowadzenie do sytuacji, w której po zastosowaniu znieczulenia ogólnego u pacjentów stosuje się metody pozwalające na pełne przeprowadzenie leczenia podczas jednego znieczulenia. Wyklucza się w ten sposób podejmowanie działań cząstkowych. Ma to na celu ograniczenie sytuacji, w których nadużywa się stosowania znieczulenia ogólnego u pacjenta”².

Uzasadnienie Ministra Zdrowia wskazujące wpływ świadczenia na poprawę zdrowia obywateli: „W związku z ryzykiem jakie wiąże się ze znieczuleniem ogólnym powinno ono być ograniczane do niezbędnego minimum. W celu zmniejszenia powikłań, które mogą wystąpić podczas znieczulenia ogólnego, w znieczuleniu ogólnym powinny być wykonane tylko te zabiegi stomatologiczne, które mogą i/lub powinny być zakończone w trakcie jednej wizyty. Zaproponowano więc taką zmianę w katalogu świadczeń, która by prowadziła do zagwarantowania wykonania całości leczenia stomatologicznego w trakcie jednej wizyty (jednego znieczulenia)”³.

2.1. Informacje o korespondencji

Historia dokumentacji

- Wystąpiono o opinię do KK z dziedziny p [REDAKTOWANO] – data wysłania – 14.12.2010 r. oraz 13.01.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do KK z dziedziny [REDAKTOWANO] – data wysłania – 4.01.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do KK z dziedziny [REDAKTOWANO] – data wysłania – 4.01.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do KK z dziedziny [REDAKTOWANO] – data wysłania – 22.12.2010 r.
- Wystąpiono z pismem do Prezesa NFZ – data wysłania – 23.12.2010 r.
- Wystąpiono z pismem do Prezesa NFZ – data wysłania – 10.02.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do Rzecznika Praw Pacjenta – data wysłania – 10.02.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do Rzecznika Praw Dziecka – data wysłania – 7.02.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do Rzecznika Praw Obywatelskich – data wysłania – 7.02.2011 r.

Dokumenty, które uzyskano w trakcie trwania prac analitycznych nad zleceniem:

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 j.w.

- Uzyskano opinie-KK z dziedziny [REDAKTOWANE] – daty pism – 5.01.2011 r., 10.01.2011r., 19.01.2011 r. + Deklaracja konfliktu interesów
- Uzyskano opinię KK z dziedziny [REDAKTOWANE] data pisma – 21.01.2011 r. (brak Deklaracji konfliktu interesów)
- Uzyskano opinię KK z dziedziny [REDAKTOWANE] – data pisma – 7.02.2011 r. + Deklaracja konfliktu interesów
- Uzyskano odpowiedź NFZ na pismo AOTM z dnia 23.12.2010 r./znak pisma: NFZ/CF /DSOZ /2011 /076 /112 /W / 02366 /KM – data pisma – 14.02.2011 r. oraz na pismo AOTM z dnia 10.02.2011 r. – znak pisma – NFZ/CF /DSOZ /2011 /076 /0215 /W / 05536/KM – data pisma – 3.03.2011 r.
- Uzyskano opinię Rzecznika Praw Pacjenta / znak pisma RzPP-ZIP—731-1-1/MB/11 – data pisma – 24.02.2011 r.
- Uzyskano odpowiedź Rzecznika Praw Obywatelskich /znak pisma BRPO-0140-31/11 – data pisma – 3.03.2011 r.
- Uzyskano odpowiedź Rzecznika Praw Dziecka /znak pisma ZSS/403/17/2011/EK – data pisma – 23.02.2011 r.
- Nie uzyskano opinii KK z dziedziny [REDAKTOWANE]

2.2. Opis świadczenia wnioskowanego

Świadczenie gwarantowane z zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (zał. Nr 3, poz. 59 Rozporządzenia).

Chirurgia śluzówkowo – dziąsłowa jest to zespół zabiegów zmieniających stan obszaru obejmującego błonę śluzową wyrostka zębodołowego i dziąsło. Zabiegi te są stosowane w celu korekty pierwotnych lub wtórnych nieprawidłowości tkanek miękkich takich jak: zbyt wąska strefa dziąsła płytki przedsiónek, nieprawidłowe przyczepy wędzideł, recesje dziąseł. Zachowanie korzystnych warunków anatomiczno–czynnościowych w jamie ustnej zapewnia utrzymanie zdrowia przyzębia lub zatrzymanie rozwoju choroby przyzębia⁴.

Według definicji przedstawionej w zleceniu Ministra Zdrowia *plastyka przedsiónek jamy ustnej jest „zabiegiem wskazanym w przypadku wąskiej strefy dziąsła zębodołowego i płytkiego przedsiónek jamy ustnej. Warunkiem powodzenia zabiegów chirurgicznych na przyzębiu jest osiągnięcie przez pacjenta przed zabiegiem wartości wskaźnika API wg Lindego poniżej 15 % (w pozycji literaturowej⁵ oraz⁶ optymalny poziom higieny jamy ustnej uzyskuje się poniżej 25% wskaźnika API). U pacjentów wymagających leczenia w znieczuleniu ogólnym spełnienie tego kryterium jest trudne, a uzyskanie oczekiwanych po zabiegu efektów jest niemożliwe.*

⁴ M. Trąbka-Świstelnicka, E. Dembowska, Chirurgia śluzówkowo-dziąsłowa w kompleksowym leczeniu zapaleń przyzębia-przegląd technik chirurgicznych stosowanych w Zakładzie Periodontologii PAM w latach 1964-2002, Dental and Medical Problems 2010, 47

⁵ Z. Jańczuk, Profilaktyka profesjonalna w stomatologii, PZWL, Warszawa 2004

⁶ M. Kowalski Ocena stanu przyzębia u chorych na zespół metaboliczny, PML 2009

„Wprowadzona zmiana ma na celu doprowadzenie do sytuacji, w której po zastosowaniu znieczulenia ogólnego u pacjentów stosuje się metody pozwalające na pełne przeprowadzenie leczenia podczas jednego znieczulenia. Wyklucza się w ten sposób podejmowanie działań cząstkowych. Mათo na celu ograniczenie sytuacji, w których nadużywa się stosowania znieczulenia ogólnego u pacjenta”⁷.

Wskaźnik Approximal Plaque Index (API)

Przydatnym wskaźnikiem weryfikującym dbałość pacjenta o czystość jamy ustnej jest **wskaźnik API** (Approximal Plaque Index) **wg Langego** (Aproksymalny wskaźnik płytki wg Langego).

Umożliwia on uproszczoną ocenę kliniczną higieny jamy ustnej oraz szybką ocenę stanu faktycznego. Badanie wykonuje się w przestrzeniach międzyzębowych, które są niezmiernie istotne w ocenie i zarazem najważniejsze w zapobieganiu i leczeniu schorzeń przyzębia. Związane jest to z budową makro- i mikroskopową przyzębia brzeźnego. W regionie zębów bocznych na szczycie brodawki występuje depresja (ang. "col"), pokryta przez cienki, nieskreatynizowany nablonek. Jest on mniej odporny na urazy, na oddziaływanie płytki nazębnej, enzymów, produktów przemiany materii. Z drugiej strony lokalizacja sprzyja zatrzymywaniu się resztek pokarmowych i sprawia dużą trudność w oczyszczaniu tych rejonów przez pacjenta.

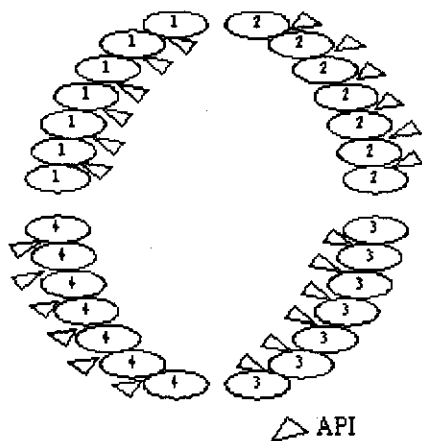
Prostota badania API pozwala na przeprowadzanie go przez higienistki stomatologiczne podczas wizyt higienizacyjnych.

Zmiany ilości złogów w przestrzeniach międzyzębowych, stanowią zatem dla lekarza jak i samego pacjenta najlepszą podstawę oceny skuteczności przeprowadzanych zabiegów higienizacyjnych.

Badanie przeprowadza się naprzemiennie, w kwadrantach 1 i 3 od strony jamy ustnej właściwej, a w kwadrantach 2 i 4 od strony przedSIONKOWEJ. (rys.1) Określenie wartości wskaźnika następuje przez procentowe obliczenie występowania płytki nazębnej podczas badania. Obowiązuje tu zasada „wszystko albo nic” dla każdego pomiaru. Bierze się jedynie pod uwagę występowanie (+) lub brak (-) płytki nazębnej. Wartości wskaźnika powinny być zapisywane każdorazowo w karcie pacjenta⁸.

⁷ 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.)

⁸ Z. Jańczuk dz. cyt.



Rysunek 1. Sposób obliczania wskaźnika API

Wskaźnik oblicza się w następujący sposób:

$$\text{API} = \frac{\text{suma przestrzeni międzyzębowych z płytką}}{\text{suma wszystkich punktów pomiaru}} \times 100\%$$

Interpretacja wyników:

API 100-70% niewłaściwa higiena jamy ustnej

API 70-40% higiena przeciętna, konieczna poprawa

API 39-25% higiena jamy ustnej w miarę dobra, zwłaszcza gdy wskaźnik zbliża się do 25%; przy wartości poniżej 30% można przyjąć, że istnieją odpowiednie warunki do ochrony przed próchnicą i chorobami przyzębia.

API < 25% optymalna higiena jamy ustnej⁹

2.3. Opis świadczenia „Plastyka przedSIONKA jamy ustnej” – dane literaturowe

„Dziąsto właściwe pełni w przedSIONKU jamy ustnej funkcję bufora pomiędzy dziąsłem brzeżnym a poruszaną siłą mięśni błoną śluzową warg i policzków. Zbyt wąska strefa dziąsła właściwego nie jest w stanie przyjmować na siebie sił wywieranych przez mięśnie, tak że dziąsło brzeżne w wyniku poruszania nadrywa się i dochodzi do stanów zapalnych. Aby nie dopuścić do dalszych uszkodzeń przyzębia, konieczne jest wykonanie zabiegu plastyki przedSIONKA.

W skład chirurgii śluzówkowo- dziąsłowej wchodzi plastyka przedSIONKA jamy ustnej.

Jest to m.in. metoda pogłębiania przedSIONKA z przesuniętym płatem lub wolnym przeszczepem, który może być

⁹ Strona internetowa <http://higienistki.pl/content/view/193/66/>

- a) o pełnej grubości lub,
- b) niepełnej (np. podnabłonkową tkanką łączną).

Istnieje kilka metod pogłębiania przedSIONKA jamy ustnej. Są to:

- a) metoda Kazanijana, Shawa,
- b) Edlana-Mejchara

Zabiegi te wykonuje się zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Ich metodyka jest zbliżona. Polegają na odpreparowaniu uszypułowanego płata śluzówkowego z wargi dolnej, o szerokości 10–12 mm, podstawą zwróconą do wyrostka zębodołowego i przyszyciu go do okostnej w dnie pogłębionego przedSIONKA.

W metodzie Edlana–Mejchara wypreparowuje się dodatkowo uszypułowany płat okostnowy, podstawą zwrócony do wargi, którym pokrywa się ranę. Płat błony śluzowej umieszcza się bezpośrednio na kości wyrostka zębodołowego. W wyniku tych zabiegów uzyskuje się przede wszystkim zwiększenie głębokości zachyłka przedSIONKA; średnio o 3,5 mm. z niewielkim przyrostem strefy dziąsła zębodołowego. Prowadzi to do znacznej poprawy stanu przyzębia¹⁰.

Istotne znaczenie w profilaktyce chorób przyzębia ma odpowiednia szerokość dziąsła zębodołowego. Poszerzenie przedSIONKA dziąsła zębodołowego, do którego odnosi się również świadczenie plastyki przedSIONKA jamy ustnej, może być wykonane przy pomocy metody Clarka lub Corna. Obie metody są do siebie zbliżone pod względem technicznym.

Obie metody polegają na „obnażeniu kości wyrostka zębodołowego z błony śluzowej na szerokość około 10 mm od granicy śluzówkowo–dziąsłowej, przez wypreparowanie uszypułowanego płata błony śluzowej, podstawą zwróconego do wargi i wszyciu go w dno pogłębionego przedSIONKA. Obnażony odcinek kości, pokrytej okostną (w metodzie Clarka), zaopatruje się cementem chirurgicznym. Metoda Corna charakteryzuje się tym, że na szerokości około 2 mm kość pozbawia się okostnej. Ruchomy, uszypułowany płat okostnowy zszywa się z płatem śluzówkowym na wardze. Powstaje zatem wąski pas całkowicie obnażonej kości – fenestracja. Ranę w przedSIONKU, podobnie jak w poprzedniej metodzie, zaopatruje się cementem chirurgicznym na okres 2–3 tygodni.

Obie metody wykazują się skutecznością w poszerzaniu przedSIONKA zębodołowego natomiast większą skutecznością charakteryzuje się metoda Corna. Jest to wynikiem zastosowania fenestracji, zmniejszającej nieco przykurcz pooperacyjny tkanek miękkich przedSIONKA jamy ustnej, dając lepszy efekt terapeutyczny”. Rozwiązanie to powoduje jednak wystąpienie ryzyka resorpcji kości zębodołowej. Ujemną cechą obu metod jest niewątpliwie duża kontrakcja tkanek w dnie przedSIONKA. W metodzie Clarka wynosi 60%, a w metodzie Corna 50%. W jej następstwie tworzyły się wtórne wędzidła w miejscu bliżny pooperacyjnej.

¹⁰ M. Trąbka-Świstelnicza, dz. cyt.

Metodami bardziej skutecznymi od w/w wymienionych są przeszczepy błony śluzowej podniebienia twardego. „Płat nabłonkowo-łącznotkankowy, o średnich wymiarach 24 mm na 6 mm i grubości nieprzekraczającej 1 mm, umieszcza w łożysku utworzonym w przedSIONku, na okostnej lub bezpośrednio na kości wyrostka zębodołowego i przytwierdza klejem tkankowym. Na przeszczep nakłada się jałową cynfolię, a następnie opatrunek z cementu chirurgicznego, który zmienia się po tygodniu. Ranę podniebienia również zaopatruje się cementem chirurgicznym. Obecnie przeszczep jest mocowany za pomocą delikatnych nici chirurgicznych. Badania własne periodontologów Zakładu Periodontologii PAM, wykazały dużą skuteczność wszczepów błony śluzowej podniebienia w leczeniu braku lub niedoboru dziąsła. Po roku obserwacji uzyskano prawie 2-krotny przyrost strefy dziąsła zębodołowego, około 50% zmniejszenie obnażenia korzeni, tłumaczone efektem pełzającego przyczepu nabłonkowego, tzw. creeping attachment. Zmniejszenie głębokości kieszonek przyzębnych było niewielkie, ale też wartość wyjściowa nieznacznie odbiegała od normy. Przeszczepy dziąsła bardzo dobrze się adaptowały. Badania wykazały, że umieszczone bezpośrednio na kości wyrostka zębodołowego przyjmują barwę bardziej zbliżoną do tkanki miejsca biorczego niż w przypadku umieszczonych na okostnej. Mają też mniejszą tendencję do przykurczu. Pomiary elektrometryczne wykazały ich lepsze ukrwienie. Ze względu na dobre wyniki zabieg poszerzania strefy dziąsła zębodołowego metodą wolnego przeszczepu błony śluzowej podniebienia jest jednym z najczęściej wykonywanych w Zakładzie Periodontologii PAM, w zakresie chirurgii śluzówkowo-dziąsłowej”¹¹.

W przypadkach periodontopatii, w których dochodziło do powstania głębokich kieszonek przyzębnych sięgających granicy dziąsła i ruchomej błony śluzowej lub ją przekraczających, kiedy niemożliwe jest wykonanie gingiwoosteoplastyki, ze względu na następne spłylenie przedSIONka, wykonuje się zabiegi gingiwowestybuloplastyki metodą d’Ivancie i Ariaude-Tyrrela oraz metodą Nabersa. Oba zabiegi polegają na prawie całkowitym usunięciu dziąsła brzeżnego oraz dowierzchołkowym przesunięciu rozszczępionego płata błony śluzowej, podstawą skierowanego do wargi.

Trzeba zauważyć iż w wymienionych metodach nie ma metod dominujących. Każdy przypadek jest oceniany osobno i zostaje dobrana do niego najbardziej efektywna metoda leczenia w zależności od budowy dziąsła i kości wyrostka zębodołowego lub stopnia zaawansowania recesji¹².

¹¹ M. Trąbka-Świstelnicza, dz. cyt.

¹² J. Banach, E. Dembowska, R. Górski, Praktyczna Periodontologia Kliniczna, Wyd. Kwintesencja 2004

3. Znieczulenie ogólne w stomatologii

3.1. Wskazania do użycia znieczulenia ogólnego

Wskazania do przeprowadzania zabiegów w znieczuleniu ogólnym w zakresie stomatologii klinicznej ograniczają się do następujących grup pacjentów:

- „Osoby chore psychicznie,
- Osoby upośledzone umysłowo,
- Osoby pobudliwe, nerwowo chore, dentofobią,
- Dzieci szczególnie nerwowe lub tzw. specjalnej troski,
- Osoby ze stwierdzoną odpornością na środki znieczulające miejscowo,
- Osoby z historią reakcji alergicznych po aplikacji środków znieczulających miejscowo,
- Osoby z rozlanymi stanami zapalnymi okolicy szczękowo-twarzowej,
- Osoby zakwalifikowane do ekstrakcji mnogich w różnych sektorach jamy ustnej,
- Osoby wnioskujące o przeprowadzenie zabiegów w znieczuleniu ogólnym”¹³

3.2. Problematyka znieczulenia ogólnego w trakcie wykonywania procedur stomatologicznych

Ze strony AOTM przygotowano przegląd piśmiennictwa (nie systematyczny) dotyczący wytycznych do stosowania znieczulenia ogólnego w praktyce stomatologicznej oraz jego ewentualnych powikłań. Opracowano strategię wyszukiwania informacji naukowej – zawężono przeszukiwanie baz medycznych tylko do bazy PUBMED oraz dla polskich pism specjalistycznych ze stomatologii tj. „Protetyka stomatologiczna”, „Czasopismo stomatologiczne”, „Dental Forum”, „Dental & Medical Problems”.

W bazie Pubmed wyszukano pozycje piśmiennictwa w oparciu o strukturę [general anesthesia AND adult AND [dentistry OR stomatology] AND [guidelines Or review]] oraz [general anesthesia AND adult AND [dentistry OR stomatology] AND [guidelines OR review] AND safety]. Po wstępnej analizie tytułów oraz abstraktów postanowiono o poszerzeniu strategii wyszukiwania o strukturę [general anesthesia AND adult AND [mortality OR morbidity]]. Poniższy dokument, z uwagi na pozyskane piśmiennictwo został podzielony na dwie części tj pierwszą mówiącą o dostępnych wytycznych postępowania w znieczuleniu ogólnym w praktyce stomatologicznej oraz drugą, w której zawarte są informacje z piśmiennictwa mówiące o powikłaniach znieczulenia ogólnego w tej tematyce.

¹³ L.Kryst, E. Mayzner-Zawadzka Znieczulenie w praktyce klinicznej, PZWL 2001

3.2.1. Wytyczne i standardy stosowania znieczulenia ogólnego w praktyce stomatologicznej

1. A conscious decision A review of the use of general anesthesia and conscious sedation in primary dental care Report by a Group chaired by the Chief Medical Officer and Chief Dental Officer-UK July 2000
2. Anaesthesia for dentistry Kaye Cantlay BA MB ChB MRCP FRCA Sean Williamson MB ChB FRCA Julian Hawkins BSc BDS DGD(UK) FDSRCPS Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain | Volume 5 Number 3 2005
3. G U I D E L I N E S for the use of sedation and general anesthesia by dentists as adopted by the October 2007 ADA house of delegates American Dental Association.
4. Znieczulenie ogólne w chirurgii stomatologicznej w warunkach ambulatoryjnych. Agnieszka Mandel-Gębska, Jerzy Sokalski DENTAL FORUM /1/2007/XXXV

Ad 1. Najważniejsze informacje z dokumentu:

- W Europie do roku 2003-data publikacji raportu, tylko w dwóch krajach dostępne były dane na temat znieczulenia ogólnego wykonywanego poza szpitalem tj Wielka Brytania i Szwajcaria (nie udało się pozyskać tych danych).
- Stosowanie znieczulenia ogólnego w trakcie procedur stomatologicznych od 31 grudnia 2001 roku możliwe jest tylko w warunkach szpitalnych - decyzję tę poprzedziła seria 8 nagłych zgonów w latach 1996-1999 z których 5 dotyczyło dzieci.
- W prewencji bólu oraz lęku związanego z zabiegiem stomatologicznym zaleca się stosowanie znieczulenia ogólnego tylko w warunkach bezwzględnej konieczności i jej zastępowanie sedacją.
- Zespoły wykonujące znieczulenie ogólne powinny być odpowiednio przeszkolone w technice wykonywania czynności reanimacyjnych, wszystkie gabinety powinny być wyposażone w atestowany sprzęt medyczny – powinien on być podobny w każdym ośrodku.
- Lekarz stomatolog kierujący chorego do wykonania zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym bierze na siebie równorzędną odpowiedzialność jak lekarz wykonujący ten zabieg.
- Cały zespół wykonujący zabieg znieczulenia ogólnego musi być odpowiednio przeszkolony w zaawansowanych technikach reanimacyjnych (ALS), miejsce wykonania znieczulenia musi być wyposażone w odpowiednie leki oraz sprzęt do ratowania życia.
- Wytyczne zakładały ciągłe monitorowanie działań niepożądanych związanych ze znieczuleniem ogólnym oraz ewentualnych zgonów w jego przebiegu – postulat nigdy niezrealizowany.
- Odradzane jest stosowanie halotanu ze względu na potencjalne ryzyko indukcji arytmii komorowej.
- W warunkach NHS znieczulenie ogólne jest wykonywane przez odpowiednio przeszkolonego stomatologa – PRZY ZABIEGU NIE JEST KONIECZNY ANASTEZJOLOG.

Tabela 1. Zgony związane ze znieczuleniem ogólnym podczas procedur stomatologicznych – jedyne takie dane odnaleziono w piśmiennictwie

Rok	Suma	Poniżej 15/16 r.ż.	Poza szpitalem	Szpital	Rok	Suma	Poniżej 15/16 r.ż.	Poza szpitalem	Szpital
1965	4	0			1983	5	1	4	1
1966	6	2			1984	3	1	2	1
1967	5	1	2	2	1985	4	4	1	3
1968	10	4	6	4	1986	4	2	3	1
1969	6	1	3	3	1987	3	1	0	3
1970	9	4	4	4	1988	1	0	0	1
1971	12	2	7	4	1989	3	3	1	2
1972	9	3	4	5	1990	2	0	0	2
1973	7	0	3	2	1991	1	0	0	1
1974	13	4	7	5	1992	6	3	4	1
1975	5	1	5	0	1993	1	1	0	1
1976	9	4	7	1	1994	0	0	0	0
1977	8	3	5	3	1995	0	0	0	0
1978	8	1	5	3	1996	2	1	2	0
1979	9	0	4	5	1997	1	1	1	0
1980	5	2	3	2	1998	3	2	3	0
1981	4	1	4	0	1999	3	1	2	1
1982	7	1	3	4					

Tabela 2. Sumaryczne zestawienie danych

Liczba zgonów	Poniżej 15/16 r.ż.	Poza szpitalem	Szpital
178	55	95	65

Ad.2 Najważniejsze informacje z dokumentu:

Opisywany dokument z roku 2005 komentuje oraz uszczegóławia wytyczne NHS z roku 2001 opisujące znieczulenie ogólne w praktyce stomatologicznej

1. Wskazania do wykonania znieczulenia ogólnego podczas zabiegów stomatologicznych:
 - brak możliwości uzyskania odpowiednio efektywnego znieczulenia miejscowego co uniemożliwia przeprowadzenia zabiegu stomatologicznego bez obecności bólu,
 - powinno być one dostępne dla części pacjentów z uwagi na wiek oraz niepełnosprawność psychiczną/fizyczną, co uniemożliwiałoby bezpieczne przeprowadzenie procedury stomatologicznej,
 - chorzy u których nerwica związana jest z zabiegami stomatologicznymi może ulec zaostrzeniu i potencjalnie wydłużyć jego czas trwania ,
 - wprowadzają obowiązek uczestnictwa anestezjologa podczas zabiegu.

2. Wytyczne powtarzają zakaz wykonywania znieczulenia ogólnego poza warunkami szpitalnymi i identyfikują 3 potencjalne grupy chorych:
 - pacjenci wymagający prostej ekstrakcji lub złożonej ekstrakcji (wiele zębów równocześnie, są to zabiegi wykonywane głównie u dzieci w przedziale wiekowym 4-10 lat lub u dzieci z problemami wychowawczymi,
 - zabiegi wymagające jednodniowej hospitalizacji w celu usunięcia zębów trzonowych lub wykonania małych zabiegów chirurgicznych w nieczuleniu ogólnym,
 - długie hospitalizacje z uwagi na złożoność i długi czas trwania zabiegów stomatologicznych wymagających znieczulenia ogólnego.

3. Przeprowadzanie procedury znieczulenia ogólnego:
 - wstępna dokładna ocena chorego co do możliwości wykonania zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu miejscowym, i jeśli nie niemożliwa - określenie ryzyka znieczulenia ogólnego,
 - stosowanie premedykacji nie jest zalecane a jeśli jest ona konieczna zaleca się benzodwuzepiny krótko działające,
 - musi być obecny kompletny zestaw do przeprowadzania reanimacji oraz kapnograf na wypadek monitorowania chorego po intubacji dotchawiczej,
 - podczas wprowadzania do znieczulenia autorzy preferują stosowanie sevofluranu - powoduje najrzadziej arytmie serca o łagodnym charakterze – nadkomorowe, ponad stosowanie halotanu powodującego arytmie głównie komorowe u 32% chorych oraz enfluranu i isofluranu powodujące arytmie serca - nie podano lokalizacji arytmii, odpowiednio u 10 % i 14% chorych,
 - chory którzy wymagają intubacji powinni otrzymać leki zwiotczające mięśnie.

4. Pozycja ciała chorego podczas znieczulenia ogólnego. W celu uniknięcia reakcji odruchowych (wazowagalnych) mogących powodować hipoksje OUN tradycyjna pozycja w której znieczulano chorego tj. pozycja siedząca została zamieniona na pozycję leżącą z lekko pochylonym stołem zabiegowym i

przygiętą głową chorego do ściany klatki piersiowej. Zestaw krtaniowy chroni chorego przed aspiracją wydzieliny i resztek żębowych do dróg oddechowych. Opieka nad chorym po zabiegu:

- po wybudzeniu chorego musi on być monitorowany w odpowiednich warunkach przez zespół anestezyjologiczny
- w celu uśmierzania bólu stosuje się paracetamol, po bardziej skomplikowanych zabiegach niekiedy chorzy wymagają podania dexometazonu oraz leków z grypy nplz. niechętnie stosowane są opioidy, a jeśli jest taka konieczność preferowane są opioidy krótko działające np. fentanyl
- wypisanie ze szpitala jest możliwe tylko po spełnieniu standardowych warunków stanu ogólnego chorego
- choremu w drodze do domu musi towarzyszyć dorosła osoba na wypadek późnych powikłań związanych z zabiegiem.

Ad.3 Najważniejsze informacje z dokumentu:

W dokumencie przedstawiono skalę Amerykańskiego Towarzystwa Anestezyjologicznego (ASA) do oceny stanu fizycznego chorego. Składa się ona z 7 stanów. Powyższa skala jest podstawą kwalifikacji chorego do zabiegu w znieczuleniu ogólnym (GA), z uwagi na rozpatrywanie GA u chorych do wartości ASA IV zostanie przedstawiony jej opis do tego stanu:

- ASA I - pacjent w normalnym stanie zdrowia – pacjent bez chorób somatycznych, psychicznych i odchyień w badaniu psychologicznym –z wyłączeniem bardzo młodych oraz bardzo starych pacjentów
- ASA II – chorzy z łagodną chorobą somatyczną - chory bez istotnych ograniczeń w życiu codziennym; chory z jedną dobrze kontrolowaną chorobą układową np. nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca bez powikłań układowych, nikotynizm z wykluczonym POChP, niewielka otyłość, ciąża
- ASA III – chorzy z zaawansowaną chorobą somatyczną – umiarkowane ograniczenia w życiu codziennym; chorzy z więcej niż jedną łagodną chorobą układową lub z chorobą układową w kluczowym organie – bez bezpośredniego zagrożenia życia np. stabilna niewydolność serca, stabilna choroba niedokrwienna serca, stan po zawale serca, nieprawidłowo kontrolowane nadciśnienie tętnicze, otyłość patologiczna, przewlekła niewydolność nerek, przewlekła obturacyjna choroba płuc z okresowymi zaostrzeniami
- ASA IV – chorzy z ostrą chorobą somatyczną która stanowi ciągle zagrożenie życia – chory z zaawansowaną nieprawidłowo kontrolowaną chorobą somatyczną przebiegająca z zaostrzeniami lub w jej końcowym stadium – ryzyko nagłego zgonu; niestabilna choroba wieńcowa, zespół wątrobowo nerkowy, niestabilna POChP, niestabilna niewydolność serca

1. Chorzy u których rozpatrywane jest użycie znieczulenia ogólnego podczas procedury stomatologicznej muszą przejść dokładny proces oceny stanu zdrowia. U zdrowych osób (lub z dobrze kontrolowaną

łagodną chorobą somatyczną ASA I i II) ocena ta musi się składać z co najmniej z dokładnego przeglądu aktualnej dokumentacji medycznej, przeglądu stosowanych leków oraz zakazu spożywania potraw i płynów przed zabiegiem. Chorzy w stanie zdrowia ASA III i IV poza opisywanymi wyżej wymaganiami zazwyczaj wymagają wykonania konsultacji stanu zdrowia z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i odpowiednim lekarzem specjalistą.

2. Przygotowanie przedoperacyjne:

- chory przed zabiegiem, lub jego prawny pełnomocnik musi uzyskać informację o ryzyku zabiegu oraz ewentualnych powikłaniach oraz podpisać deklarację świadomej zgody,
- konieczne jest uzyskanie źródła tlenu i urządzeń niezbędnych do jego podawania pod dodatnim ciśnieniem. Niezbędne są również urządzenia do monitorowania podstawowych funkcji życiowych,
- przed zabiegiem chory nie może spożywać pokarmów oraz płynów zgodnie ze standardami wykonywania GA
- musi zostać zapewniony dostęp dożylny do podawania leków,
- przed samym zabiegiem chory musi zostać zbadany a przebieg zabiegu i okresu pozabiegowego powinien zostać opisany przez operatora.

3. Wymagania sprzętowe i osobowe wykonywania GA

- wymagania osobowe: minimum 3 osoby muszą brać udział w zabiegu, wykwalifikowany lekarz dentysta - posiadający certyfikat ADA do przeprowadzania GA, oraz certyfikaty z zakresu udzielania podstawowych i zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych; dwie dodatkowe osoby które posiadają certyfikat z zakresu udzielania podstawowych zabiegów reanimacyjnych – jedna z tych dwóch osób jest odpowiedzialna za monitorowanie stanu chorego podczas zabiegu
- wymagania sprzętowe: zestaw do podawania tlenu pod dodatnim ciśnieniem; zestaw do oczyszczania powietrza z gazów medycznych; zestaw do uzyskania dostępu dożylnego; leki stosowane podczas resuscytacji; defibrylator; kapnograf .

4. Monitorowanie chorego i prowadzenie dokumentacji. Lekarz dentysta wykonujący znieczulenie ogólne nie może opuścić sali zabiegowej dopóki chory nie zostanie wybudzony po zabiegu. Lekarz nie może opuścić bloku operacyjnego dopóki chory nie zostanie z niego wypisany.

Monitorowanie musi dotyczyć:

- ◆ saturacji – mierzonej pulsoksymetrem oraz monitorowania koloru skóry i błon śluzowych,
- ◆ wentylacji – chorzy zaintubowani → pomiar końcowo wydechowego pCO_2 ; chorzy nie poddawani intubacji ocena częstości oddechów, osłuchiwanie płuc lub/i pomiar

- końcowo wydechowego pCO_2 , chorzy wentylowani mechanicznie podczas zabiegu muszą być odpowiednio monitorowani do czasu rozintubowania,
- ◆ oceny wydolności krążenia – lekarz dentysta musi w sposób ciągły monitorować częstość i rytm pracy serca za pomocą EKG oraz pulsoksymetru w przypadku częstości pracy serca; konieczne jest ciągle monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi,
 - ◆ monitorowanie temperatury – zestaw do ciągłego pomiaru temperatury musi być dostępny na sali zabiegowej na wypadek wystąpienia hipertermii złośliwej po zastosowania leków anestetycznych
- prowadzenie dokumentacji – konieczne jest poprawne prowadzenie karty anestetycznej w której powinny się znaleźć notatki odpowiednio zlokalizowane w czasie odnośnie stosowanych leków znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia miejscowego, parametrów życiowych chorego (SO_2 , pCO_2 , częstość akcji serca, częstość oddechów, ciśnienie krwi tętniczej)

5. Wybudzanie chorego – proces wybudzania chorego po zabiegach stomatologicznych nie różni się od wybudzania po innych zabiegach i wymaga monitorowania podstawowych funkcji życiowych.

Ad.4 Najważniejsze informacje z dokumentu:

Dokument omawiający standardy wskazania oraz praktykę wykonywania znieczulenia ogólnego podczas zabiegów chirurgii stomatologicznej w Polsce zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i szpitalnych. Jest to stan na rok 2007. Nie odnaleziono innego dokumentu do roku 2010 w którym przedstawione zostałyby dane o ilości znieczuleń, modyfikacji poprzednich wskazań do ich wykonywania. W polskim piśmiennictwie nie odnaleziono danych mówiących o powikłaniach powyższych procedur i związanych z nimi problemem zgonów.

1. Według autorów, wskazania do znieczulenia ogólnego w chirurgii stomatologicznej są ściśle określone i powinny ograniczać się do sytuacji braku możliwości wykonywania znieczulenia miejscowego dotyczy to następujących grup pacjentów:
 - osób psychicznie chorych, upośledzonych umysłowo,
 - dzieci szczególnie pobudliwych lub tzw. „specjalnej troski”,
 - osób ze stwierdzoną alergią na środki znieczulenia miejscowego,
 - osób z rozlanymi stanami zapalnymi okolic szczękowo-twarzowej,
 - osób zakwalifikowanych do ekstrakcji mnogich w różnych sektorach jamy ustnej,
 - życzenie pacjenta może być wskazaniem, ale po uprzednim poinformowaniu go o możliwości powikłań znieczulenia ogólnego.
1. Przygotowanie do znieczulenia i samo znieczulenie przeprowadza anestezjolog – inaczej niż w USA i UK
2. Do znieczulenia ogólnego w chirurgii stomatologicznej w trybie ambulatoryjnym mogą być zakwalifikowani wyłącznie pacjenci z I lub II grupy skali ryzyka ASA. Przeciwwskazania bezwzględne ogólnomedyczne to:

- choroby układu krążenia,
 - niewydolność nerek,
 - ostra lub przewlekła niewydolność układu oddechowego,
 - infekcje dróg oddechowych,
 - nieuregulowana cukrzyca,
 - wszelkie nieprawidłowości w budowie anatomicznej mogące utrudniać intubację i wentylację,
 - choroby przyzębia brzeżnego o przebiegu ostrym,
 - zapalenie opryszczkowe.
3. Przed zabiegiem chory nie powinien spożywać pokarmów przez 6 h i płynów przez 4h, chory powinien mieć wykonane poniższe badania:
- oznaczenia grupy krwi,
 - morfologia krwi,
 - parametry układu krzepnięcia,
 - badanie moczu,
 - poziom glikemii,
 - po 40 r.ż. - badanie EKG.
4. Znieczulenie ogólne w zależności od techniki i drogi podawania leków można przeprowadzić poprzez:
- znieczulenie wziewne dotchawicze i przez maskę,
 - znieczulenie całkowicie dożylnie,
 - znieczulenie tzw. złożone dożylnie i wziewne,
 - dożylnie farmakologiczne uspokojenie i postępowanie przeciwbólowe tzw. sedacja i analgezja.
5. Najbardziej zalecanym sposobem znieczulenia ogólnego jest znieczulenie złożone tj., z intubacją dotchawiczą. Do wprowadzenia pacjenta w sen podstawowy zalecane jest stosowanie np. propofolu, etomidatu czy metoheksitalu, a zwiótczenie mięśni uzyskać jednym z krótko działających środków z grupy niedepolaryzujących, np. mivacurium, atracurium, cisatracurium, vecuronium. Analgezję podczas zabiegu utrzymuje się krótko działającymi narkotykami np. fentanylu, sufentanym, alfentanyle. Analgezję wraz z kontynuacją snu podstawowego zapewnia stosowanie anestetyków wziewnych: halotan, enfluran, isofluran, sevofluran, desfluran.
6. Powikłania dotyczące znieczulenia ogólnego - małe:
- nudności i wymioty pooperacyjne,
 - ból gardła i krtani po rurce intubacyjnej,
 - uszkodzenie śluzówki jamy ustnej laryngoskopem.

7. Powikłania dotyczące znieczulenia ogólnego – duże:

- niewydolność oddechową, spowodowaną przedawkowaniem anestetyków i analgetyków u pacjenta nie zaintubowanego,
- niedrożność dróg oddechowych spowodowana aspiracją ciała obcego (ząb lub jego fragment, tampon),
- obrzęk tkanek miękkich ,
- zaburzenia rytmu serca związane z użyciem wziewnych anestetyków,
- hipotensja ortostatyczna spowodowana pozycją siedzącą chorego,
- nagłe zatrzymanie krążenia.

Wnioski

Przedstawione dane uzyskane z literatury są tożsame w zakresie przygotowania chorego do zabiegu. Istotne różnice istnieją jednak przy opisie przebiegu zabiegu oraz wymaganego personelu do jego wykonania. ~~W USA i do niedawna w UK do wykonania GA wymagany był tylko wykwalifikowany lekarz-dentysta oraz wykwalifikowany personel pielęgniarski to w Polsce i od 2006 r. w UK do wykonania GA konieczny jest specjalista anestezjolog.~~ Przebieg zabiegu również jest częściowo odmienny, wg. informacji z polskiego piśmiennictwa chory podczas zabiegu znajduje się w pozycji siedzącej, to w UK jest to pozycja leżąca z lekko podgiętą głową.

Najważniejsza różnica istnieje w zakresie miejsca wykonywania zabiegu. W UK tego typu procedury mogą być wykonywane tylko w warunkach szpitalnych, w USA i Polsce procedury stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym mogą być wykonywane zarówno w warunkach szpitalnych jak i ambulatoryjnych.

Wskazania do znieczulenia ogólnego w chirurgii stomatologicznej są ściśle określone i powinny ograniczać się do sytuacji braku możliwości wykonywania znieczulenia miejscowego, dotyczy to następujących grup pacjentów:

- osób psychicznie chorych, upośledzonych umysłowo,
- dzieci szczególnie pobudliwych lub tzw. „specjalnej troski”,
- osób ze stwierdzoną alergią na środki znieczulenia miejscowego,
- osób z rozlanymi stanami zapalnymi okolic szczękowo-twarzowej,
- osób zakwalifikowanych do ekstrakcji mnogich w różnych sektorach jamy ustnej,
- życzenie pacjenta może być wskazaniem, ale po uprzednim poinformowaniu go o możliwości powikłań znieczulenia ogólnego.

