

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ПОСТАВУВАЊЕТО НА ВЕНТИЛАЦИОНИ ТУБИ

Член 1

Со ова упатство за практикување на медицината, заснована на докази се пропишуваат индикациите, користа, ризиците, компликациите, следењето и третманот при поставувањето на вентилациони туби.

Член 2

Начинот на постапка при поставувањето на вентилациони туби и третманот на компликациите е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност која вклучува поставување на вентилациони туби по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9373/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ВЕНТИЛАЦИОНИ ТУБИ

МЗД упатства
12. 3.2012

- Основни правила
- Општо
- Индикации
- Корист и ризици
- Следење
- Отореа од вентилациони цевчиња
- Третман на отореа од вентилациони цевчиња
- Опструкција на вентилациони цевчиња
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Инсерцијата на вентилациони туби (цевчиња за тимпаностомија, громет) секогаш се базира на индивидуална проценка.
- Вентилационите туби ја намалуваат инциденцата на акутен отитис медија (АОМ), ги олеснуваат симптомите и инфламацијата и ја олеснуваат дијагнозата.
- Најчести симптоми, поврзани со вентилационите туби е отореа, затнување на цевчињата и трајна перфорација на мембрана тимпани.

ОПШТО

- Вентилационите туби, обично, се изработени од силикон или титаниум. Вообичаено се поставуваат во предно-долниот квадрант на тапанчето, на местото на светлосниот рефлекс.
- Вентилационите туби, вообичаено, остануваат функционални 6-18 месеци.
- 20-50% од децата со вентилациони туби in situ имаат една или повеќе епизоди на АОМ (отореа низ вентилационата туба).

ИНДИКАЦИИ

- За инсерција на вентилациони туби треба да се размислува при:
 - 3 или повеќе епизоди на потврден АОМ, во период од 6 месеци, или 4 или повеќе пати годишно.
 - Присуство на излив во средното уво подолго од 3 месеци.
- Одлуката да се пристапи кон хируршка интервенција се носи индивидуално.
- При носење на одлуката треба да се има предвид дали изливот е уни или билатерален (унилатералниот излив може подолго да се следи), како и веројатноста за инфекции во блиска иднина (сезона, домашна/колективна грижа за децата, возраста на детето).

КОРИСТ И РИЗИК

- **Корист**
 - Слухот се подобрува со вентилациона туба, споредено со излив во средното уво (ннд-А). Сепак, ОМЕ кај здраво дете нема траен ефект врз развојот на слухот и на говорот (ннд-А).

- Вентилационите туби ја намалуваат инциденцата на АОМ, ги олеснуваат симптомите на воспаление и ја олеснуваат дијагнозата.
- Со поставување на вентилациони туби се овозможува микробиолошка анализа на секретот.
- **Ризик**
 - Најчести проблеми, асоцирани со вентилационите туби се отореа, затнување на тубите и трајна перфорација на тапанчето.
 - Преку тубата може да навлезат вода и бактерии. Сепак, заштитата на ушите од вода при пливање не ја намалува инциденцата на инфекции. (1)
 - Кај некои пациенти може да настане атрофија или лузна на тапанчето (тимпаносклероза, бела плака на тапанчето); поретко предизвикува функционално нарушување.
 - Може да остане траен дефект на тапанчето, кој ќе треба да се затвори хируршки.
 - Тубата може да предизвика формирање на гранулационо ткиво/ полип на тапанчето (види подолу: отореа од вентилациони туби).

СЛЕДЕЊЕ

- Лекарот кој ја изведува интервенцијата е задолжен за давање на инструкции за следење на пациентот.
 - Проодноста на тубата треба да се провери при првата контрола.
 - Вообичаен период меѓу контролните прегледи е 4-6 месеци, сè додека тубите не се повеќе на место.
 - Тимпанометријата е добра метода за испитување на уво со вентилациона туба (1).
- Тубите ги отстранува специјалист, ако тие сè уште стојат и по 2 години од поставувањето (зголемен ризик за трајна перфорација на тапанчето).

ОТОРЕА НИЗ ВЕНТИЛАЦИОНИ ТУБИ

- Најчеста причина е АОМ кој се јавува при горнореспираторни инфекции.
- Факторите на ризик се идентични како и за АОМ (2); и бактериските причинители се исти (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*). Особено кај повозрасните деца, соодносот на инфекции предизвикани од *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus* е во пораст.

ТРЕТМАН НА ОТОРЕА НИЗ ВЕНТИЛАЦИОНИ ТУБИ

- Секогаш треба да се земе брис пред да се започне со третман.
- Локална апликација на антибиотски капки (2, 3) во текот на 5-7 дена (chloramphenicol, ciprofloxacin/hydrocortisone) најчесто е доволна и со помалку несакани ефекти во однос на оралните антибиотици.
- Инстилација на капки за уши: детето се поставува во латерална положба, ушката се повлекува назад и долу за да се исправи ушниот канал. Со притисок на трагус (аплицирање на трагален притисок) по администрацијата на капките, се овозможува подлабока пенетрација.
- Орални антибиотици (ннд-С) (4) се индицирани при лоша општа состојба или ако отореата перзистира и по локалниот третман.
- По престанокот на отореата, увото треба да се контролира по околу 1 недела (дали тубата е затната?).
- Кога е индицирана интервенција од специјалист?
 - Перзистентна отореа подолго од една недела и покрај антибиотски третман, заснован на тест за susceptibilност.

- Сите случаи со пролонгирана отореа (> 3 недели).
- Бактериолошки наод на *Pseudomonas aeruginosa*. Капки од Ciprofloxacin/ hydrocortisone треба да се препишат уште на ниво на примарната здравствена заштита.
- Тубата го иритира тапанчето и води кон создавање на гранулационо ткиво (покрај секретот, на тапанчето се гледа и инфламаторно ткиво).
- Сомнение за компликации (како мастоидитис, фацијална парализа, мозочен апсцес).
- Рекурентни епизоди на АОМ (рекурентна отореа низ вентилационите цевчиња).
- Секогаш кога е соодветно кај децата со претходно оштетен слух или друга основна болест.

ОПСТРУКЦИЈА НА ВЕНТИЛАЦИОНАТА ТУБА

- Можат да се користат капки (на пример, хлорамфеникол во текот на 1 недела) за да се отстрани опструкцијата или таа механички да се отстрани од страна на специјалист.
- Рана опструкција (во првиот месец по инсерцијата).
 - Обид да се отстрани со капки за уши (хлорамфеникол во текот на 1 недела), по што се упатува кај специјалист.
- 1. Доцна опструкција (повеќе од 1 месец по инсерцијата).
- 2. Обид да се отстрани со капки за уши (хлорамфеникол во текот на 1 недела), по што се чека. Ако не се појави излив во средното уво и не се повторат епизоди на АОМ, тогаш не е потребна натамошна интервенција.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Carbonell R, Ruíz-García V. Ventilation tubes after surgery for otitis media with effusion or acute otitis media and swimming. Systematic review and meta-analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 66(3):281-9.
2. Granath A, Rynnel-Dagöo B, Backheden M, Lindberg K. Tube associated otorrhea in children with recurrent acute otitis media; results of a prospective randomized study on bacteriology and topical treatment with or without systemic antibiotics. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008 Aug; 72(8):1225-33.
3. Heslop A, Lildholdt T, Gammelgaard N, Ovesen T. Topical ciprofloxacin is superior to topical saline and systemic antibiotics in the treatment of tympanostomy tube otorrhea in children: the results of a randomized clinical trial. *Laryngoscope* 2010 Dec; 120(12):2516-20.
4. Ruohola A, Heikkinen T, Meurman O, Puhakka T, Lindblad N, Ruuskanen O. Antibiotic treatment of acute otorrhea through tympanostomy tube: randomized double-blind placebo-controlled study with daily follow-up. *Pediatrics* 2003 May; 111(5 Pt 1):1061-7.
5. Ruohola A, Meurman O, Nikkari S et al. Microbiology of acute otitis media in children with tympanostomy tubes: prevalences of bacteria and viruses. *Clin Infect Dis* 2006; 43(11):1417-22.
6. Mandel EM, Casselbrant ML, Kurs-Lasky M. Acute otorrhea: bacteriology of a common complication of tympanostomy tubes. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994; 103(9):713-8.

Автори: Tuomas Klockars and Aino Ruohola

Претходни автори: Terho Heikkinen and Ilkka Soini

Article ID: ebm00626 (029.044)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 12.3.2012, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2016 година.**