

# РУКОВОДСТВО ПО ТИ для врачей СИНУСИТ/РИНОСИНУСИТ

## РУКОВОДСТВО ПО ТИ для врачей

### СИНУСИТ/РИНОСИНУСИТ

Запрещенные субстанции: псевдоэфедрин, глюкокортикоиды

#### 1. Введение

Синусит - воспаление пазух носа. Клинически признанным термином является риносинусит, который включает воспаление как пазух, так и слизистой полости носа. Риносинусит является часто встречающимся заболеванием, значительно влияющая на спортивные результаты, как на соревнованиях, так и на тренировках. Существует два типа данного заболевания: острый бактериальный риносинусит (ОБРС) и хронический риносинусит (ХРС).

#### 2. Диагноз

##### А. Анамнез

ОБРС представляет собой клинический диагноз с признаками инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП) и симптомами, продолжающимися более 7 дней без улучшения или с улучшением и последующим ухудшением. Двумя основными возбудителями ОБРС являются *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*.

ХРС представляет собой хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Симптомы ХРС, как правило, имеют меньшую интенсивность, чем при ОБРС, но их продолжительность превышает 4 недели, которые обычно и используется в качестве основного диагностического критерия для диагностики ОБРС. Основными возбудителями ХРС являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и анаэробные бактерии, но ХРС может также быть связан с аллергией, носовыми полипами, механическими факторами или не иметь очевидной причины. Диагноз ХРС вероятен, если 2 или более основных симптомов присутствуют, по крайней мере, от 12 недель наряду с документированным воспалением околоносовых пазух и слизистой оболочки носа, выявленным либо с помощью эндоскопии пазух носа или компьютерной томографии.

##### Б. Диагностические критерии

##### Таблица симптомов ОБРС

- Лицевая Боль / чувство сдавления / заложенности (**Pain**-боль)
- Нарушение проходимости носовых путей (**Obstruction**-обструкция)
- Выделения гнойные / бесцветные из носа (**Discharge**- Выделения)
- Нарушения обоняния-гипосмия / anosmia (**Smell**-Запах)

Диагноз ОБРС требует наличия двух и более **PODS**- симптомов, один из которых должен быть **O** или **D**, при длительности симптомов > 7-10 дней без улучшения или ухудшения после первоначального улучшения симптомов (см. Desrosiers et al, 2011).

Диагноз основывается на анамнезе и осмотре. Посев и аспирация носовых пазух не требуются. Несложные случаи ОБРС не требует рентгеновского исследования.

Диагноз основывается на анамнезе и осмотре. Посев и аспирация носовых пазух не требуются. Несложные случаи ОБРС не требует рентгеновского исследования.

© ВАДА - Всемирная антидопинговая программа

Руководство по ТИ – Синусит/Риносинусит - Версия 2.0 – ноябрь 2021 года

Настоящее руководство пересматривается ежегодно, чтобы определить, создают ли изменения Запрещенного списка или новых медицинских практик или стандартов необходимость внесения изменений в документ. Если в процессе этого ежегодного пересмотра было решено не вносить изменений, в силе остается текущая версия.

# РУКОВОДСТВО ПО ТИ для врачей СИНУСИТ/РИНОСИНУСИТ

## Хронический риносинусит (ХРС)

ХРС диагностируется на основании клинической картины, но должен быть подтвержден, по крайней мере, одним объективным наблюдением в виде эндоскопии или компьютерной томографии (КТ)

### Контроль симптомов ХРС

- Отечность лица (Congestion-отечность)
- Лицевая Боль /чувство сдавления / заложенности (Pain-боль)
- Нарушение проходимости носовых путей (Obstruction-обструкция)
- Выделения гнойные / бесцветные (Discharge- Выделения)
- Нарушения обоняния-гипосмия / anosmia (Smell-Запах)

Диагноз требует, по меньшей мере, двух CPODS-симптомов, присутствующих в течение 8-12 недель, плюс документированного подтверждения воспаления околоносовых пазух слизистой оболочки носа. ХРС представляет собой клинический диагноз и должен быть подтвержден, по крайней мере, 1 объективным наблюдением, таким как носовые гнойные выделения или носовые полипы при эндоскопии, или затемнение синусов на КТ. Объективное обследование необходимо для дифференциальной диагностики, чтобы исключить мигрень, зубной абсцесс, аллергический ринит и атипичные синдромы лицевых болевых синдромов

## 3. Лечение

### Общие принципы

Для вирусных и бактериальных риносинуситов легкого или среднего течения, анальгетики, топические интраназальные глюкокортикоиды и солевое орошение носа могут использоваться для улучшения симптомов. Внимательное наблюдение (без использования антибиотиков) либо начальная терапия антибиотиками для взрослых могут быть выбраны в зависимости от развития симптомов. Пациенты с серьезными симптомами, или с основным медицинским состоянием, связанным со снижением иммунитета или имеющими риск осложнений (напр., сердечная недостаточность) должны получить лечение антибиотиками как часть первоначального ведения заболевания, и также должна быть проведена оценка на наличие осложнений.

## А. Запрещенные варианты лечения

### 1. Псевдоэфедрин:

Использование перорального деконгестанта (псевдоэфедрина, ПСЭ) в сочетании с (седативными) антигистаминными препаратами 1-го поколения (при наличии) оставляется основным при приступах острых обострений синусита. Спортсмен с хорошим контролем течения ХРС не должен испытывать регулярной потребности в приеме ПСЭ. Обратите внимание, что ПСЭ запрещен ТОЛЬКО в соревновательный период (см. Предупреждение ниже). Разрешения на ТИ на использование вне соревнований не требуется, однако если спортсмен сдает положительный результат при соревновательном тестировании из-за использования во внесоревновательный период, он может запросить ретроактивное разрешение на ТИ в соответствии МСТИ.

- Путь введения: перорально
- Частота: как указано производителем
- Антигистаминные препараты не запрещены

© ВАДА - Всемирная антидопинговая программа

Руководство по ТИ – Синусит/Риносинусит - Версия 2.0 – ноябрь 2021 года

Настоящее руководство пересматривается ежегодно, чтобы определить, создают ли изменения Запрещенного списка или новых медицинских практик или стандартов необходимость внесения изменений в документ. Если в процессе этого ежегодного пересмотра было решено не вносить изменений, в силе остается текущая версия.

## РУКОВОДСТВО ПО ТИ для врачей СИНУСИТ/РИНОСИНУСИТ

- Хотя каждый случай должен рассматриваться индивидуально, крайне маловероятно, что когда-либо будет выдано ТИ на сверхтерапевтические дозы ПСЭ, так как существуют другие разумные альтернативные методы терапии.
- Рекомендованная продолжительность: до 4 недель, по мере необходимости контроля симптомов заболевания.

**ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ:** Псевдоэфедрин запрещен в соревновательный период при концентрации в моче выше порогового значения 150 нг/мл (в соответствии с Запрещенным списком). Пороговое значение было установлено на основании приема терапевтических доз ПСЭ, определенных как максимальная суточная доза 240 мг ПСЭ при условии:

- 4 приема в сутки (каждые 4-6 часов) по одной таблетке 60 мг (или 2 x 30 мг таблеток) или
- 2 приема в сутки (каждые 12 часов) по одной таблетке 120 мг (с пролонгированным высвобождением) или
- 1 прием в сутки по одной таблетке 240 мг (с пролонгированным высвобождением).

Хотя это и встречается редко, но установленный пороговый уровень может быть достигнут у некоторых лиц, принимающих терапевтические дозы, особенно через 6-20 часов после приема таблетки с пролонгированным высвобождением. В случае отсутствия разрешения на ТИ, ВАДА рекомендует спортсменам прекратить прием таблеток ПСЭ за 24 часа до начала соревновательного периода. Между тем, маловероятно, что спортсмену когда-либо будет необходимо принимать сверхтерапевтические дозы и поэтому понадобится обращаться за разрешением на ТИ.

Запрос на ТИ должна отражать наличие заболевания с доказательствами в виде данных анамнеза и обследования. Кроме того, врач должен объяснить, почему назначенное лечение было наиболее подходящим, например, исходя из опыта, профилей побочных эффектов или других медицинских обоснований, включая, где это применимо, географическую конкретную медицинскую практику и возможность доступа к лекарству. Кроме того, не всегда необходимо пробовать альтернативы и отказываться от них. Тем не менее, спортсмену нечасто приходится принимать сверхтерапевтические дозы и, следовательно, требуется разрешение на ТИ.

### 2. Системные глюкокортикоиды (ГКС)

При хроническом риносинусите (с или без полипов) может быть необходим короткий курс пероральных ГКС (например, преднизолон 30-40 мг) для первоначального контроля и раннего лечения заболевания или для лечения рецидивов или обострений. Постоянное лечение системными ГКС используется редко, если только не присутствуют сложные полипы носа.

- Путь введения: перорально
- Частота: 1 раз/сут
- Рекомендованная продолжительность: короткий ограниченный период времени, такой как 4-7 дней.
  - Если требует более длительное лечение носовых полипов, необходимо направление к отоларингологу (лор-хирургу)
  - Требования к ТИ: Требуется ТИ на использование пероральных глюкокортикоидов в соревновательный период. В запросе должен быть продемонстрирован четкий диагноз хронического риносинусита.

## РУКОВОДСТВО ПО ТИ для врачей СИНУСИТ/РИНОСИНУСИТ

В соответствии с Запрещенным списком 2022 года пероральный, ректальный или любой инъекционный способы введения глюкокортикоидов (ГК) запрещены только в соревновательный период. Тем не менее, проба мочи, взятая в соревновательный период, может показать уровень ГКС выше установленного уровня лабораторных отчетов, даже если введение произошло вне соревновательный период. В соответствии со Всемирным антидопинговым кодексом положительный результат допинг-теста, известный как неблагоприятный аналитический результат (ААФ), может повлечь за собой применение к спортсмену санкций в соответствии с концепцией строгой ответственности. Тем не менее, в соответствии с МСТИ, спортсмену разрешается подать ретроактивный запрос на ТИ, если ААФ связан с использованием во внесоревновательный период.

### **Б. Незапрещенные альтернативные варианты лечения**

- Интраназальные глюкокортикоиды (спреи)
- Пероральные деконгестанты или назальные спреи с деконгестантами
- Антибиотики (при бактериальной инфекции)

### **Последствия для здоровья, в случае отсутствия лечения**

Отсутствие лечения синусита или неэффективная терапия может привести к развитию хронического кашля, орбитальных осложнений или внутричерепных неврологических осложнений, включая слепоту, офтальмит, менингит, абсцесс мозга или остеомиелит.

### **4. Мониторинг лечения**

Лечение контролируется лечащим врачом с целью обеспечения эффективности проводимой терапии. В ситуации, когда спортсмен занимается самолечением безрецептурными препаратами, спортсмен должен наблюдать за своими симптомами и прекратить лечение после того, как симптомы были прекращены, либо согласно указаниям производителя препарата или врача.

### **5. Срок действия ТИ и рекомендуемый процесс оценки**

Продолжительность лечения, как правило, короткая, от нескольких дней до нескольких недель.

### **6. Любые подходящие предостерегающие замечания**

Спортсмен, который не реагирует на терапию или имеет тяжелые симптомы, должен быть направлен к отоларингологу для поиска других причин. Настораживающие симптомы и признаки включают в себя:

- Необычно тяжелые симптомы
- Признаки системной интоксикации
- Изменения психического состояния
- Сильная головная боль
- Отек орбитальной области или изменение остроты зрения

РУКОВОДСТВО ПО ТИ для врачей  
СИНУСИТ/РИНОСИНУСИТ

**Список литературы**

1. Desrosiers M, Evans GA, Keith PK, Wright ED, Kaplan A, Bouchard J, Ciavarella A, Doyle PW, Javer AR, Leith ES, Mukherji A, Robert Schellenberg R, Small P, Witterick IJ.
2. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 May;40 Suppl 2:S99-193.
3. Ozturk F, Bakirtas A, Peri F, et al. Efficacy and tolerability of systemic methylprednisolone in children and adolescents with chronic rhinosinusitis: a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2011 Aug;128(2):348-52. Epub 2011 May 31.
4. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, Cheung D, Eisenberg S, Ganiats TG, Gelzer A, Hamilos D, Haydon RC, Hudgins PA, et al: Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007, 137: S1-31.
5. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, Cohen N, Cervin A, Douglas R, Gevaert P, Georgalas C, Goossens H, Harvey R, Hellings P, Hopkins C, Jones N, Joos G, Kalogjera L, Kern B, Kowalski M, Price D, Riechelmann H, Schlosser R, Senior B, Thomas M, Toskala E, Voegels R, Wang de Y, Wormald PJ.
6. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists.
7. *Rhinology*. 2012 Mar;50(1):1-12.
8. Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH, Smith TL, Alt JA, Baroody FM, Batra PS, Bernal-Sprekelsen M, Bhattacharyya N, Chandra RK, Chiu A, Citardi MJ, Cohen NA, DelGaudio J, Desrosiers M, Dhong HJ, Douglas R, Ferguson B, Fokkens WJ, Georgalas C, Goldberg A, Gosepath J, Hamilos DL, Han JK, Harvey R, Hellings P, Hopkins C, Jankowski R, Javer AR, Kern R, Kountakis S, Kowalski ML, Lane A, Lanza DC, Lebowitz R, Lee HM, Lin SY, Lund V, Luong A, Mann W, Marple BF, McMains KC, Metson R, Naclerio R, Nayak JV, Otori N, Palmer JN, Parikh SR, Passali D, Peters A, Piccirillo J, Poetker DM, Psaltis AJ, Ramadan HH, Ramakrishnan VR, Riechelmann H, Roh HJ, Rudmik L, Sacks R, Schlosser RJ, Senior BA, Sindwani R, Stankiewicz JA, Stewart M, Tan BK, Toskala E, Voegels R, Wang de Y, Weitzel EK, Wise S, Woodworth BA, Wormald PJ, Wright ED, Zhou B, Kennedy DW. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2016 Feb;6 Suppl 1:S22-209. doi: 10.1002/alr.21695. PMID: 26889651