



Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Синусит/Риносинусит

Запрещенные субстанции: псевдоэфедрин, глюкокортикоиды

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

☐	Форма запроса на ТИ должна включать:
☐	Все разделы должны заполняться разборчивым почерком
☐	Вся информация должна быть представлена на русском языке
☐	Подпись лечащего врача
☐	Подпись спортсмена
☐	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
☐	История болезни: наличие симптомов (более 2-х из следующих: лицевая боль, заложенность носа, нагноение/выделения из носа, гипосмия/аносмия), тяжесть заболевания (включая улучшения или ухудшения) и продолжительность симптомов в днях/неделях
☐	Заключение по результатам осмотра: заложенность/обструкция, боль при надавливании, выделения, обоняние.
☐	Диагноз
☐	Дозировка псевдоэфедрина и/или глюкокортикоидов, частота, способ применения (запрещены только в соревновательный период, глюкокортикоиды запрещены только при системном применении, псевдоэфедрин при превышении терапевтической дозы в 240 мг в день или в пролонгированной форме).
☐	Объяснение, почему альтернативное незапрещенное лечение не может быть использовано, и предполагаемая продолжительность лечения
☐	Результаты исследований должны включать копии:
☐	Лабораторные исследования не обязательны (например, лабораторные исследования выделений из носа)
☐	Результаты визуализирующих или других исследований: только хронические заболевания требуют подтверждения с помощью КТ или эндоскопии
☐	Дополнительная информация , включая:
☐	Согласно требованиям антидопинговой организации

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 pneumonia* и *Haemophilus influenza*.

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 pneumonia*, *Haemophilus influenza* 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 (**P**ain-боль)
- Нарушение проходимости носовых путей (**O**bstruction-обструкция)
- Назальные или носоглоточные гнойные выделения (**D**ischarge- выделения)
- Нарушения обоняния-гипосмия / anosmia (**S**nell-запах)

Диагноз ОБРС требует наличия двух и более **PODS**- симптомов, один из которых должен быть **О (обструкция)** или **Д (гнойные выделения)**, 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.

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)
- Назальные гнойные / бесцветные носоглоточные выделения (**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 или 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 синдромы атипичной лицевой боли.

3. Лечение

Общие принципы

При вирусных и бактериальных риносинуситах легкой или средней тяжести для ослабления симптомов могут использоваться анальгетики, топические интраназальные глюкокортикоиды и солевое орошение носа. Динамическое 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, а также должна быть проведена оценка на наличие осложнений.

А. Запрещенные варианты лечения

1. Псевдоэфедрин:

Пероральный деконгестант (псевдоэфедрин, ПСЭ) в сочетании с (седативными) антигистаминными препаратами 1-го поколения (при наличии) в основном применяется при острых обострениях 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
- 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 и редко, но встречается, что установленный пороговый уровень может быть достигнут у некоторых лиц, принимающих терапевтические дозы, особенно через 6-20 часов после приема таблетки с пролонгированным высвобождением. Во избежание неблагоприятного результата анализа спортсменам рекомендуется прекратить прием таблеток ПСЭ за 24 часа до начала соревновательного периода.

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 полипами или без) может быть необходим короткий курс пероральных ГКС (например, преднизон 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 присутствует осложненный назальный полипоз.

- Путь введения: перорально
- Частота: 1 раз в сутки
- Рекомендованная продолжительность: короткий ограниченный период времени, 4-7 дней.
- Если требуется 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.

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 установленных уровней лабораторной отчетности, даже если введение произошло во внесоревновательный период. В соответствии со Всемирным антидопинговым кодексом положительный результат допинг-теста, известный как неблагоприятный результат анализа (AAF), 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 субстанции, запрещенной в соревновательный 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 их исчезновения, либо согласно указаниям производителя препарата или врача.

5. Срок действия ТИ

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

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, Ileri 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