

СИНУСИТ/РИНОСИНОСИТ

1. Медицинское состояние

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.

В. Диагностические критерии

Таблица симптомов ОБРС

- Лицевая Боль /чувство сдавления / заложенности (Pain-боль)
- Носовая Обструкция (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 физикальном осмотре. Культуры носовых пазух и аспираты не требуются. Несложные случаи ОБРС не требуют рентгеновского исследования.

Хронический риносинусит (ХРС)

ХРС диагностируется на основании клинической картины, но должен быть подтвержден, по крайней мере, 1 объективным наблюдением в виде эндоскопии или компьютерной томографии (КТ)

Контроль симптомов ХРС

Отечность лица (Congestion-отечность)

Лицевая Боль /чувство сдавления / заложенности (Pain-боль)

-Носовая Обструкция (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 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. Надлежащая медицинская практика

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 увеличением риска осложнений (напр., застойная

сердечная недостаточность) должны получить лечение антибиотиками как часть первоначального ведения заболевания, и также должна быть проведена оценка на наличие осложнений.

Незапрещенные варианты лечения

- Обеспечить адекватную гидратацию.
- Антибиотики: Рекомендуемой терапией первой линии остается амоксициллин, который должен быть эффективным в большинстве случаев. Для пациентов с увеличенным риском резистентности, на что указывает использование антибиотиков в течение прошедших 3 месяцев или симптомы отсутствия реакции на терапию, может быть рассмотрена терапия второй линии, такая как амоксиллин/клавуланат или доксициклин. Фторхинолоны второй линии могут быть полезны в случае развития бактериальной резистентности или осложнений. Однако они представляют увеличенный риск тендинита или разрыва ахиллова сухожилия, особенно у пациентов, получающих повторные курсы, поэтому для спортсменов, принимающих участие в соревнованиях, их следует использовать с осторожностью.

При ХРС рекомендуется использовать препараты с анаэробным спектром действия.

- Интраназальные кортикостероиды (МИКС) могут ускорить выздоровление и улучшить состояние.
- Анальгетики, такие как ацетаминофен/парацетамол или нестероидные противовоспалительные средства, могут облегчить симптомы.
- Несколько других пероральных деконгестантов не являются запрещенными (напр. фенилэфрин).
- Ирригация физраствором с помощью спреев или капель.
- Топикальные назальные деконгестанты, такие как ксилометазолин или оксиметазолин, также могут облегчить симптомы заболевания.
- Муколитики, антигистаминные препараты и модификаторы лейкотриена могут быть полезны при ХРС.
- Если присутствуют носовые полипы, необходимо направление к отоларингологу (лор-хирургу).
- Хирургическое вмешательство может быть полезным и показано для спортсменов, которым не помогла медикаментозная терапия
- Аллергологическое обследование может быть показаны спортсменам с ХРС, у которых имеется атопический компонент.

4. Запрещенные методы лечения

А. Псевдоэфедрин:

Использование перорального деконгестанта (псевдоэфедрина) в сочетании с (седативными) антигистаминными препаратами 1-го поколения (при наличии) оставляется главным образом

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ТИ Медицинская информация для поддержки решений комитетов по ТИ СИНУСИТ/РИНОСИНУСИТ

для приступов 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.

- Путь введения: перорально
- Частота: как указано производителем на этикетке
- Антигистаминные препараты не запрещены
- Хотя каждый случай должен рассматриваться индивидуально, крайне маловероятно, что когда-либо будет выдано ТИ на супратерапевтические 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 (по состоянию на 1 января 2010 г.) Пороговое значение было установлено на основании приема терапевтических доз ПСЭ, определенных как максимальная суточная доза 240 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).

Заявка на ТИ должна отражать наличие заболевания с доказательствами в виде данных анамнеза и физикального обследования, а также подтверждение неэффективности незапрещенной альтернативной терапии.

Хотя это 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 супратерапевтические дозы и поэтому понадобится обращаться за запросом на ТИ.

В. Системные глюкокортикоиды (ГКС)

При хроническом риносинусите (с или без полипов) может быть необходим короткий курс пероральных препаратов 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.

Пероральные ГКС запрещены только в соревновательный период.

- 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.

5. Последствия для здоровья, если не лечить

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.

6. 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.

7. Срок действия ТИ и рекомендуемый процесс оценки

Разрешение на ТИ на использование псевдоэфедрина и пероральных глюкокортикоидов требуется только в соревновательный период. Поскольку лечение синусита имеет тенденцию

быть кратковременным, продолжительность действия ТИ также должна быть короткой.

8. Любые подходящие предостерегающие замечания

Спортсмен, который не реагирует на терапию или имеет тяжелые симптомы, должен быть направлен к отоларингологу для исследования других первопричинных заболеваний. Предупреждающие симптомы и признаки включают в себя:

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

9. Список литературы

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. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 May;40 Suppl 2:S99-193. And Allergy Asthma Clin Immunol. 2011 Feb 10;7(1):2.

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.

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.

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.

EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists.

Rhinology. 2012 Mar;50(1):1-12.