



## Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

### Болевой синдром

#### Запрещенные субстанции: наркотики, каннабиноиды

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.

<input type="checkbox"/>	<b>Форма запроса на ТИ должна включать:</b>
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны заполняться разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	<b>Медицинское заключение</b> должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: описание травмы или состояния (например, послеоперационный период), характер боли, какие-либо фармакологические и нефармакологические методы лечения
<input type="checkbox"/>	Заключение по результатам обследования
<input type="checkbox"/>	Заключение по результатам диагностики относительно клинической картины боли
<input type="checkbox"/>	Интерпретация врачом симптомов, признаков и результатов обследования (для хронической боли, по возможности, лучше всего неврологом, физиотерапевтом или специалистом по боли)
<input type="checkbox"/>	Диагноз
<input type="checkbox"/>	Назначение наркотиков или каннабиноидов (оба класса запрещены только в соревновательный период, все запрещенные субстанции в этих классах перечислены в Запрещенном списке), включая дозировку, частоту, путь введения
<input type="checkbox"/>	Результат лечения
<input type="checkbox"/>	Объяснение по поводу альтернативных средства лечения (например, в случае хронической боли, антидепрессанты, противосудорожные препараты, трамадол, капсаицин, лидокаин) – почему не использовались ранее или не могут быть использованы
<input type="checkbox"/>	<b>Результаты диагностических исследований должны включать копии:</b>
<input type="checkbox"/>	Результаты обследования: результаты рентгенографии, КТ или МРТ, если применимо
<input type="checkbox"/>	Другие результаты исследований: электромиография, исследования нервной проводимости, если применимо
<input type="checkbox"/>	<b>Дополнительная информация, включая:</b>
<input type="checkbox"/>	Заключение специалиста в соответствии с требованиями антидопинговой организации

## Болевой синдром

### Запрещенные субстанции: Наркотики и каннабиноиды

В отношении глюокортикоидов, пожалуйста, обратитесь к Руководству «Заболевания опорно-двигательного аппарата».

#### a. Нозология

Согласно Консенсусному заявлению Международного олимпийского комитета о лечении боли у элитных спортсменов, боль может быть классифицирована как ноцицептивная, невропатическая или ноципластическая. Эти термины являются клиническими описаниями, а не диагнозами.

- *Ноцицептивная* боль связана с повреждением или воспалением тканей и поэтому является наиболее распространенным типом боли, возникающей в результате спортивной травмы.
- *Нейропатическая* боль определяется как боль, возникающая в результате нарушения или патологии соматосенсорной системы. Нейропатическая боль часто трудно поддается лечению и обычно мешает повседневной активности и участию в спорте. Чаще от нейропатической боли страдают спортсмены с наличием неврологических заболеваний.
- *Ноципластическая* боль — это хроническая боль, при которой невозможно определить конкретную этиологию, но клинические и психофизические данные, такие как повышенная чувствительность, свидетельствуют об изменении ноцицептивной функции. Ноципластическая боль может быть следствием спортивной травмы, и, как и нейропатическая боль, она трудно поддается лечению и обычно мешает повседневной деятельности и участию в спорте.

В клинических целях боль можно разделить на острую и хроническую. Успешное устранение боли требует междисциплинарного подхода с использованием нефармакологических методов и фармакологического лечения, когда это оправдано, которые основаны на биopsихосоциальной медицинской модели.

#### b. Диагноз

##### a. Острая боль

Острая боль может возникать в различных ситуациях и чаще всего носит ноцицептивный характер: например, при повреждениях или воспалении мышц, травмах, переломах, стоматологических заболеваниях и после операций. В спорте все состояния требуют точной диагностики, включающей полный сбор анамнеза и тщательное физикальное обследование. Кроме того, для подтверждения диагноза и исключения сопутствующих заболеваний могут потребоваться соответствующие исследования, включая такие методы визуализации, как рентген, МРТ, КТ, ЯМР и сонография, а также лабораторные анализы. При необходимости результаты соответствующих визуализационных и других исследований должны сопровождаться запросом на терапевтическое использование (ТИ).

##### b. Хроническая боль

Хроническая боль может быть:

I. Нейропатическая (например, травма спинного мозга, травма периферических нервов (включая радикулопатию, связанную с рецидивирующими или постоянной грыжей диска), инсульт, травматическое повреждение головного мозга и комплексный регионарный болевой синдром II типа)

II. Ноципластическая (например, фибромиалгия, миофасциальная боль, хроническая боль в пояснице и комплексный регионарный болевой синдром I типа).

В силу сложного характера хронической боли запрос на ТИ запрещенной субстанции должен включать тщательный анамнез, включая симптоматические проявления; результаты физикального осмотра, включая полный неврологический осмотр; а также результаты соответствующих исследований, если это необходимо для установления или подтверждения диагноза (например, КТ, МРТ, электромиография (ЭМГ) и исследования нервной проводимости (ИНП)). Полезным может быть описание предполагаемого происхождения боли, а также мнение соответствующего медицинского специалиста.

### c. Незапрещенные виды лечения

#### a. Острая боль

Лечение острой боли обычно начинается с соответствующих нефармакологических мер, которые могут включать покой, нагрузку, соответствующую степени тяжести травмы, применение холода, компрессии, возвышения поврежденной конечности, а также диетические меры в случае стоматологических заболеваний. Первоначальное медикаментозное лечение может включать НПВС, ненаркотические анальгетики или миорелаксанты. Другие варианты лечения включают такие методы, как тепло, криотерапия, вытяжение, ультразвук, электростимуляция, мануальная терапия, применение ортезов и лечебная гимнастика. В некоторых случаях сильной острой боли (например, при некоторых стоматологических заболеваниях, переломах, после операций) целесообразно сразу перейти к наркотическим анальгетикам.

#### b. Хроническая боль

Первая линия лечения хронической боли должна включать нефармакологические методы, направленные на устранение факторов, способствующих возникновению боли, из биологической, психосоциальной областей, такие как физиотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, оптимизация сна и питания.

Фармакологические меры включают следующие варианты первой линии терапии:

- 1) Ненаркотические анальгетики и НПВС по мере необходимости в случае, если они не требуются часто; постоянное применение не рекомендуется, учитывая потенциальные побочные эффекты;
- 2) Антидепрессанты, такие как трициклические амины (например, амитриптилин, нортриптилин) и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (например, дулоксетин, венлафаксин)
- 3) Противосудорожные препараты, такие как габапентин и прегабалин

К препаратам второй линии относятся:

- 1) Пластыри с капсаицином 8%
- 2) Пластыри с лидокаином

3) Трамадол, который является смешанным опиатно-серотонинергическим препаратом, не включенным в список запрещенных препаратов ВАДА, но запрещенным в велоспорте.

#### d. Запрещенные субстанции

##### 1) Наркотики

ПРИМЕЧАНИЕ: Использование наркотических веществ, вводимых любым способом, запрещено только в соревновательный период.

##### 2) Каннабиноиды

ПРИМЕЧАНИЕ: Использование каннабиноидов, вводимых любым способом, запрещено только в соревновательный период.

##### 3) Глюкокортикоиды (ГК)

См. руководства ВАДА для врачей по ТИ "Глюкокортикоиды и разрешения на терапевтическое использование" и "Заболевания опорно-двигательного аппарата".

Наркотики и каннабиноиды запрещены только в соревновательный период. Однако анализ мочи, взятый в соревновательный период, может показать уровень, превышающий установленные лабораторные показатели, даже если употребление произошло во внесоревновательный период. В соответствии с Кодексом, положительный допинг-тест, известный как неблагоприятный результат анализа (*adverse analytical finding - AAF*), может привести к тому, что спортсмен будет подвергнут санкциям в соответствии с концепцией строгой ответственности. Однако, согласно статье 4.1e Международного стандарта по терапевтическому использованию, спортсмену разрешается ретроактивно подать запрос на получение разрешения на ТИ, если в результате внесоревновательного использования был получен AAF. Поэтому важно, чтобы у спортсмена была медицинская карта с подробным описанием диагноза и обоснованием употребления наркотиков или каннабиноидов.

#### A) Показания

- Наркотики

Наркотические средства обычно показаны для кратковременного обезболивания после острой травмы, острого стоматологического заболевания или после операции (обычно от 1 до 7 дней). Они редко показаны на срок более семи дней; однако это может зависеть от обстоятельств, включая сложность хирургической процедуры.

ПРИМЕЧАНИЕ: Использование наркотических анальгетиков, вводимых любым путем, запрещено только в соревновательный период.

За последние несколько лет клиническая картина, связанная с хронической болью, значительно изменилась. Если раньше наркотики рекомендовались для лечения хронической боли неопухоловой природы, то теперь появляются данные о том, что такой подход, как правило, не приносит успеха, а осложнений и побочных эффектов в долгосрочной перспективе больше, чем пользы. Таким образом, наркотики, как правило, не рассматриваются в качестве подходящего способа лечения для долгосрочной терапии хронической боли, но КТИ должны оценивать каждый случай индивидуально.

Следует отметить, что в определенных ситуациях могут использоваться смешанные опиоиды (трамадол) и кодеин; однако четких показаний для использования кодеина для лечения нейропатической и ноцицептивной боли нет. Трамадол и кодеин не включены в

Запрещенный список (хотя трамадол запрещен в велоспорте). Следует отметить, что S7. Наркотики" является "закрытым" разделом, что означает, что запрещены только те вещества, которые конкретно перечислены в списке.

- Каннабиноиды

Наиболее хорошо изученным медицинским применением каннабиноидов является лечение хронических болевых состояний, преимущественно нейропатической боли. Существуют доказательства того, что каннабиноиды оказывают умеренное обезболивающее действие при некоторых болевых состояниях, таких как фармако-резистентная нейропатическая боль. Следует проявлять должное внимание и осторожность при назначении каннабиноидов, особенно спортсменам с историей злоупотребления психоактивными веществами, психозами, плохо контролируемыми аффективными или тревожными расстройствами. Данные литературы по использованию каннабиноидов для лечения острой или ноципластической боли носят менее убедительный характер, поэтому спортсмен должен представить четкое и достаточное обоснование для их применения. Появляются новые данные об использовании каннабидиола (или КБД, непсилоактивного компонента каннабиса) для лечения хронической боли. КБД не запрещен, но, если используется несинтетический КБД, может возникнуть риск загрязнения тетрагидраканнабинолом (ТГК, психоактивный компонент каннабиса). Риск довольно низкий, но остается вероятность того, что уровень ТГК будет достаточно высоким, чтобы вызвать неблагоприятный результат анализа (AAF) при тестировании.

- Глюкокортикоиды

См. руководства ВАДА для врачей по ТИ "Глюкокортикоиды и разрешения на терапевтическое использование" и "Заболевания опорно-двигательного аппарата".

## **Б) Стандартная дозировка, способ, частота и продолжительность применения**

- Наркотики

Наркотики обычно принимают перорально, но они также могут вводиться внутримышечно, внутривенно, трансдермально или интрапекально.

- Каннабиноиды

Каннабиноиды доступны в различных препаратах в зависимости от страны; к каннабиноидам рецептурного отпуска относятся дронабинол, набилон и набиксимол. Препараты каннабиса в травяном виде также легально доступны в некоторых регионах. Каннабиноиды можно принимать перорально, вдыхать через пульверизатор или курить. Травяной каннабис может содержать самые разные уровни активных каннабиноидов (ТГК и КБД), поэтому дозировка и частота приема каннабиноидов зависит от используемого препарата и потребностей человека. Все каннабиноиды относятся к запрещенным субстанциям, за исключением КБД.

Для наркотиков и каннабиноидов дозировки и продолжительность лечения подбираются индивидуально и могут быть неограниченными в случае нейропатической боли, вызванной хроническим повреждением соматосенсорной системы. Регулярный клинический осмотр специалистом, обладающим опытом лечения болевого синдрома, на предмет удовлетворительных анальгетических и функциональных результатов считается общепринятой практикой регулирования использования обезболивающих препаратов

## 5. Последствия для здоровья при отсутствии лечения

Хроническая оставленная без лечения боль способна нарушить целый ряд аспектов повседневной жизни - от незначительных до значительных, в зависимости от факторов, включая интенсивность и место локализации боли, навыки человека справляться с ней и его/ее желаемый уровень активности.

## 6. Мониторинг лечения

Для всех видов боли мониторинг лечения является в первую очередь клиническим. Использование наркотиков или каннабиноидов должно осуществляться в минимальной эффективной дозе, чтобы сохранить функциональность спортсмена и свести к минимуму побочные эффекты.

## 7. Срок действия разрешения на ТИ и рекомендуемый процесс пересмотра

Показания, дозировка и продолжительность применения ГК и наркотических средств для купирования острой боли зависят от конкретного состояния или травмы. Спортсмены с сильной острой болью, требующей применения наркотиков, вряд ли будут участвовать в соревнованиях. В большинстве случаев ни один из этих препаратов не назначается на срок более одной недели. Если возникает необходимость продлить их применение, спортсмен заслуживает полного обследования и диагностической переоценки.

При лечении хронической боли, когда наркотики и каннабиноиды применяются в течение длительного времени, разрешение на ТИ может быть выдано на срок от 1 до 4 лет. Рекомендуется ежегодный пересмотр состояния спортсмена-пациента соответствующим специалистом, чтобы убедиться, что продолжающееся лечение остается целесообразным.

## 8. Необходимые меры предосторожности

Известно, что наркотики и каннабиноиды могут существенно улучшить способность человека выполнять повседневные действия, они также могут оказывать негативное (эрゴлитическое) воздействие на способность эффективно участвовать в спортивных состязаниях, требующих ловкости и быстрой координации.

Побочные эффекты наркотиков варьируются от сонливости и вялости до зависимости, привыкания и даже смерти от случайной или преднамеренной передозировки. Каннабиноиды чреваты непредсказуемым настроением, эмоциональной лабильностью, повышенной тревожностью, снижением концентрации, времени реакции, бдительности, координации и равновесия, а также способности к суждению. Было также доказано, что регулярное курение каннабиса способствует развитию хронического бронхита. Преимущества и риски с медицинской точки зрения должны рассматриваться спортсменом и его врачом и не являются частью процесса принятия решения о выдаче разрешения на ТИ.

Следует отметить, что хотя использование наркотических анальгетиков и каннабиноидов может быть приемлемым с точки зрения медицины и TUE, соответствующая спортивная ассоциация может решить, что в определенных ситуациях использование наркотиков и каннабиноидов представляет собой неприемлемый риск для безопасности спортсмена и/или других участников соревнований. Вопрос безопасности в спорте находится вне сферы действия TUE и антидопинга.

Важно отметить, что антидопинговые органы не имеют полномочий предоставлять спортсменам законные права на хранение и перевозку запрещенных и/или контролируемых веществ, включая наркотики и каннабиноиды, через определенные юрисдикции / международные границы. Спортсмен обязан знать законы тех стран или юрисдикций, в которые он может отправиться.

Для ясности, наличие разрешения на ТИ, выданного антидопинговой организацией, не отменяет никаких законов, запрещающих хранение, ввоз или использование препарата, которые существуют в некоторых регионах.

## Список литературы

1. Chong MS, Brandner B. Neuropathic agents and pain. New Strategies. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 60(7): 318-322. 2006
2. Collier R. Most Paralympians inspire, but others cheat. *CMAJ*. 179(6): 524. 2008.
3. Davis MP. What's new in neuropathic pain? *Support Care Cancer*. 15: 363-372. 2007.
4. Jongen J, Hans G. Neuropathic pain and pharmacological treatment. *Pain Pract*. 2013
5. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane database of systematic reviews* (1469-493X), (4), p. CD005454. 2007.
6. <http://www.wada-ama.org/en/World-Anti-Doping-Program/Sports-and-Anti-Doping-Organizations/International-Standards/Prohibited-List/>
7. Dworkin RH, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: An overview and literature update. *Mayo Clin Proc*. 85(3)(suppl):S3-S14. 2010
8. Haanpaa M, Treede RD. Diagnosis and classification of neuropathic pain. *Pain: Clinical Updates*. Vol XVIII, Issue 7. 2010
9. Cruccu G, Truini A. Tools for assessing neuropathic pain. *PLoS Med* 6(4): e1000045. doi: 10.1371/journal.pmed.1000045. 2009.
10. Marilyn A. Huestis, Irene Mazzoni, Olivier Rabin. Cannabis in sport. *Sports Med*. November 1; 41(11): 949–966.. 2013. doi:10.2165/11591430-000000000-00000.
11. DE Moulin, AJ Clark, I Gilron, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manage* 2007;12(1):13-21
12. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmiikko T. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010; 17:1113-e88
13. National Institute of Health and Care Excellence. Neuropathic pain - pharmacological treatment. NICE Clinical Guideline 173. 2013
14. Ko GD, Bober SL, Mindra S, Moreau JM. Medical cannabis - the Canadian perspective. *J Pain Res*. 2016 Sep 30;9:735-744.
15. Hainline B, Derman W, Verne A et al. International Olympic Committee Consensus on pain management in elite athletes. *Br J Sports Med* 2017; 51: 1245-1258
16. Hainline B et al. Pain in elite athletes -- neurophysiological, biomechanical and psychosocial considerations: a narrative review. *Br J Sports Med* 2017;51:1259-1264.
17. Moseley GL, Baranoff J, Rio E, et al. Nonpharmacological management of persistent pain in elite athletes: rationale and recommendations. *Clin J Sports Med* 2018;5:472-479.
18. Ware MA, Jensen D, Barrette A, et al. Cannabis and the health and performance of the elite athlete. *Clin J Sports Med* 2018;5:480-484.