

«МИКРОСТРАТЕГИИ» ПРЕОДОЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

П.Б. Зотов, Е.П. Гарагашева

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

"MICROSTRATEGIES" FOR OVERCOMING TREATMENT ADHERENCE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

P.B. Zotov, E.P. Garagasheva

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Сведения об авторах:

Зотов Павел Борисович – д.м.н., профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 20-16-70, электронная почта (корпоративный): note72@yandex.ru

Гарагашева Екатерина Павловна – врач-психотерапевт (SPIN-код: 3893-1762; AuthorID: 901232; ORCID iD: 0000-0002-2572-0480). Место работы: ассистент кафедры паллиативной медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Электронная почта: e.p.note@mail.ru

Повышение эффективности болеутоляющей терапии у больных с хронической болью (ХБ) является актуальной задачей. Доступность лекарственных препаратов и владение врачом тактики системной фармакотерапии не всегда являются залогом успешного лечения. Необходимым условием также является вовлечённость пациента в процесс лечения и его следование врачебным рекомендациям. Нонкомплаенс 68,5% выявляется у больных с ХБ. *Цель статьи* – разработка и клиническое описание микростратегий по повышению мотивирования пациентов с ХБ следованию врачебным рекомендациям и преодоления нарушений их приверженности лечению. *Методология*: на основе предыдущих собственных исследований и данных литературы разработаны методологически обоснованные микростратегии преодоления – минимальный комплекс системы убеждений и медицинских знаний, используемый врачом (медицинской сестрой) в конкретной клинической ситуации. Технически – концентрирование внимание больного на отдельном вопросе с целью изменения отношения к нему и перевод поведения в более адаптивную форму. *Результаты*: Авторами выделены девять наиболее часто регистрируемых форм нарушений приверженности лечению, и в качестве инструмента их профилактики и преодоления разработаны и предложены для практического применения «микростратегии» как система мотивирования и изменения убеждений пациента. Подробно описаны каждая из них и ситуации применения. *В заключении* делается вывод о том, что более широкое внедрение предложенного подхода в клиническую практику, в систему постдипломной подготовки медицинского персонала, а также в образовательные проекты, направленные для работы с больным («Индивидуальная школа пациента»), реализуемые на каждом приёме, осмотре, начиная с момента первичного обращения и в период дальнейшего динамического наблюдения, а также его окружением («Школа родственников пациентов») может способствовать повышению эффективности лечения и качества жизни больных с ХБ.

Ключевые слова: микростратегии преодоления, приверженность терапии, комплаенс, хроническая боль, хронический болевой синдром

В последние годы в России в системе оказания паллиативной помощи произошли значительные изменения [1]. Совершенствование нормативной базы, расширение коечного фонда, перечня рекомендуемых лекарственных средств, другие организационные меры способствовали значительному улуч-

шению ситуации в рамках доступности и качества лечения данной категории пациентов [2, 3]. Тем не менее, отдельные направления, по-прежнему, требуют особого внимания с целью совершенствования персонализированного подхода и повышения эффективности лечения [4]. Одним из самых сложных

остаётся вопрос контроля хронического болевого синдрома (ХБС), частота которого при отдельных заболеваниях на этапе паллиативного наблюдения может достигать 75-90% [5, 6]. Клинические наблюдения и данные литературы свидетельствуют о том, что несмотря на улучшение доступности анальгетиков значительное число пациентов отмечают недостаточный болеутоляющий эффект проводимой им болеутоляющей терапии. По данным различных авторов эта доля составляет от 10% [6, 7] до 30-40% [8, 9].

Причины неудовлетворительного лечения чаще связывают с ошибками в работе медицинского персонала на этапе диагностики и фармакотерапии боли [7, 10, 11]. С другой стороны, большое значение имеет и сам пациент, его следование рекомендациям врача (положительный или отрицательный комплаенс) [12, 13], и часто формируемое под влиянием алгий «болевое» и суицидальное поведение [14, 15]. Негативное влияние могут оказывать советы и вмешательства немедики (семья, близкие и др.), включая получаемую информацию из средств массовой информации (СМИ) и интернет-ресурсов [16, 17].

Роль отдельной из этих трёх категорий (врач, пациент, немедики) в достижении требуемого уровня контроля боли в каждом случае различна. В задачи врача и среднего медицинского персонала входит выявление регрессивного элемента и, по возможности, перевод его в позитивный, способствующий повышению эффективности лечения. В большинстве случаев это работа, связанная с изменением представлений (установок) и поведенческих реакций больного. Такой вариант позволяет максимально персонифицировать работу с каждым пациентом и определить пути преодоления трудностей при разборе случаев «резистентного» болевого синдрома, что в целом согласуется с данными и других авторов [18].

В ходе предыдущих исследований контингента лиц с хронической болью [19], нами было отмечено, что различные формы нарушения приверженности лечению (нонкомплаенс) выявляются у 68,5% пациентов с ХБС. Преобладало несоблюдение режима приёма анальгетиков (74,7%). В каждом третьем случае (35,6%) – неоправданная смена

рекомендованного анальгетика, что у 21,8% больных приводило к ситуации некорректного выбора препарата; 18,4% указывали на целенаправленное снижение дозы болеутоляющего средства. У 31,0% пациентов регистрировалось несоблюдение режима приёма адъювантных средств (коанальгетиков). Другие формы выявлялись с меньшей частотой. Отмеченные нарушения явились причиной недостаточного болеутоляющего эффекта у 76,9% больных.

Эти результаты исследований подтвердили важность работы в данном направлении и не только с пациентами. В ходе работы и наблюдение за процессом общения врачей первичного звена на амбулаторном приёме, обсуждение вопросов комплаенса и разбор конкретных клинических ситуаций на проводимых нами тематических циклах повышения квалификации, также показали наличие у многих медицинских работников сложностей в правильном построении беседы, формулировании чётких, в доступной для больных форме рекомендаций по повышению приверженности лечению и их контролю. Важно отметить, что не всегда причиной этих ситуаций был недостаток знаний и навыков. Значимым негативным фактором нередко являлись временные ограничения длительности приёма, не позволяющего в случае необходимости уделить больше времени беседе и внимания пациенту. Возможным выходом из подобной ситуации может быть внедрение в повседневную практику врача ряда универсальных микростратегий, ориентированных на профилактику или преодоление отдельных форм нонкомплаенса, позволяющих быстро выбирать тактику и в более точных вербальных формах представлять пациентам рекомендации по повышению их мотивирования следованию врачебным рекомендациям.

Цель статьи – разработка и клиническое описание микростратегий по повышению мотивирования пациентов с хронической болью следованию врачебным рекомендациям и преодоления нарушений их приверженности лечению.

Методики: разработаны методологически обоснованные микростратегии преодоления, под которыми мы понимаем – минимальный комплекс системы убеждений и ме-

медицинских знаний, используемый врачом (медицинской сестрой) в конкретной клинической ситуации. Технически – концентрирование внимания больного на отдельном вопросе с целью изменения отношения к нему и перевод поведения в более адаптивную форму.

Микростратегия, по нашему мнению, должна включать: а) медицинские знания (необходимый для больного минимальный уровень, например, боль – это болезнь, и её нужно лечить; анальгетики – не только обезболивают, но и лечат, и др.); б) убеждение, в том числе через систему ценностей (диада: вред – польза); в) моделирование эффекта (при отказе от рекомендаций или следовании им); г) возможность отмены назначений врачом или отказа от них самим пациентом (свобода в принятии решений). В отдельной микростратегии, разработанной для преодоления

конкретной ситуации, вес каждого элемента может быть различным.

Применительно к пациентам с ХБС, микростратегии – это система мотивирования и изменения убеждений, направленная на профилактику и/или преодоление сопротивления больного (осознанного и неосознанного) и повышение его приверженности лечению.

Результаты:

В ходе предыдущих исследований было установлено, что пациенты с хронической болью наиболее часто демонстрируют девять форм нарушений приверженности лечению, с несколькими отдельными вариантами. В основе каждой могут лежать индивидуально значимые мотивы и убеждения, определяющие соответствующее поведение больного, ведущее к отклонению от рекомендованной лекарственной терапии.

Таблица 1

«Микростратегии» преодоления нарушений приверженности лечения у пациентов с хронической болью

№	Нарушение рекомендованного режима лекарственной терапии	Характеристика, тактика / микростратегия
1	Несоблюдение режима приёма анальгетиков:	
	а) с сохранением суточной дозы (асимметричный режим)	<i>Тактика:</i> рациональное объяснение необходимости почасового режима приема препарата с учётом длительности его болеутоляющего эффекта; при сохранении асимметричного приёма – высокого риска «прорывных» болей, повышение потребности в анальгетиках и увеличении суточной дозы
	б) без сохранения суточной дозы	<i>Тактика:</i> рациональное объяснение необходимости почасового режима приёма препарата с учётом длительности его болеутоляющего эффекта и сохранения суточной дозы; пояснить, что снижение суточной дозы – это риск «прорывных» болей
2	Неоправданная смена рекомендованного анальгетика, сравнимого по характеристикам в пределах одного класса	<i>Тактика:</i> выяснение причин смены (побочные действия, другие личные мотивы, совет немедиков, информация из СМИ и др.); рациональное объяснение и обоснование прежде предписанного выбора препарата или полные рекомендации по новому анальгетику
3	Некорректный выбор анальгетика при самовольной смене	<i>Тактика:</i> выяснение причин смены (побочные действия, другие личные мотивы, совет немедиков, информация из СМИ и др.); рациональное объяснение и обоснование прежде предписанного препарата, а также возможные негативные последствия анальгетика используемого самовольно
4	Несоблюдение режима приёма адьювантных средств	<i>Тактика:</i> выяснение причин (побочные действия, другие личные мотивы, совет немедиков, информация из СМИ и др.); рациональное объяснение и обоснование прежде предписанной тактики и ранее назначенного препарата
6	Целенаправленное снижение дозы анальгетика	Обычно наблюдается при достижении стабильного болеутоляющего эффекта. Необходимо выяснить мотивы такого поведения. Часто в беседе можно выделить несколько нередко противоречивых идей
	а) нежелание привыкать	<i>Тактика:</i> установить источник идей. Предпочтительно рациональное объяснение, что у НПВП эта ситуация невозможна. В случае опиатов – врач постарается проследить, чтобы этого не произошло. Может потре-

		боятся обсуждения тактики при возможных первых признаках и предупреждению
	б) боязнь, что препараты перестанут помогать	Обычно чётко прослеживается надежда на его использование в будущем. <i>Микростратегия:</i> «Ситуация редкая, но в случае возникновения всегда сможем заменить, так как арсенал анальгетиков достаточно широк. Если будут сомнения в эффективности препарата, сразу мне сообщите»
	в) боязнь побочных эффектов	Как правило, это навязанная извне информация (СМИ), нередко своеобразная забота ближайшего окружения. <i>Тактика:</i> если нет объективной угрозы – «Ситуация возможная и требует наблюдения. В случае появления первых признаков препарат будет отменен, и подберем замену»
	г) экономия расхода лекарства	Обычно присутствует положительное мнение о препарате, необходимости продолжения его применения, но экономия может быть обусловлена трудностью его получения в медучреждении и аптеке, сложностями доставки от поликлиники до пациента, финансовыми затруднениями при необходимости приобретения препарата за личные средства (необходимо выяснить причину). <i>Тактика:</i> рациональная коррекция представлений, исходя из ключевого мотива. В случае объективной трудности получения / приобретения – замена препарата или решение организационных вопросов
6	Сочетанное применение анальгетиков одной группы	Рекомендована <i>рациональная психотерапия:</i> «Подобная тактика может увеличить риск побочных действий от обоих препаратов. Необходимо выбрать один с лучшей переносимостью и более широким терапевтическим интервалом. Я все же порекомендовал ...»
7	Первичный отказ от приёма опиатных анальгетиков	Мотивы могут быть различны. Выбор стратегии определяется ведущей причиной и мотивом
	а) восприятие этой ситуации как начало конца (часто)	<i>Микростратегия:</i> «Мы оба не можем позволить, чтобы вы страдали от боли. Ситуация требует назначения этого препарата. Я могу вас уверить, что как только будет возможность, мы его отменим или снизим дозу. В любом случае это будет ваше решение»
	б) боязнь стать наркоманом (часто)	Чаще связана с личными идеями или индуцированными извне (СМИ, окружение). <i>Микростратегия:</i> «Мой личный опыт и научные данные свидетельствуют, что это бывает крайне редко. Уверен, что в вашей ситуации это не произойдет. Давайте начнем, и понаблюдаем. Короткий период не вызовет зависимости. В любом случае это будет ваше решение»
	в) отрицание пациентами боли как осязаемого признака болезни (редко)	<i>Тактика:</i> Выяснение причин отрицания. Объективизация боли. Пояснение, что терпеть боль – качество важное при отдельных ситуациях, но, когда есть возможность её контролировать, особенно при болезни, отказываться неправильно. Предложить пробный приём анальгетиков с последующим контролем эффективности. Важно подчеркнуть: «Вы всегда сможете отказаться»
8	Переход на некорректную лекарственную форму, способ приёма или введения анальгетика (например, отказ от таблеток и переход на инъекции)	<i>Тактика:</i> Выяснение причин. Может быть связано с убеждением, в том числе под влиянием окружения или информационных систем, в большей эффективности инъекций, уменьшением побочных действий на желудок и др. Рекомендовано рациональное разъяснение.
9	Психологически и/или социально неприемлемая лекарственная форма анальгетика	Чаще эта реакция встречается на предложение использования свечей для ректального введения. У мужчин вероятность отказа значительно выше, чем у женщин. <i>Микростратегия:</i> в начале разговора можно отметить высокую эффективность, сравнимую с инъекцией, при необходимости – обход печеночного барьера. Наиболее важными являются указания на: 1) возможность личного контроля введения препарата, 2) сохранения самостоятельности в принятии решений и самообслуживания, 3) отказ от регулярного обращения за помощью к близким и медперсоналу, 4) интимность процедуры, 5) при необходимости возможность отказа. Правильно построенная и выдержанная по такту беседа позволит большинству пациентов принять положительное решение и следовать рекомендациям врача.

В качестве инструмента по преодолению нонкомплаенса разработаны тактические подходы и микростратегии, ориентированные на конкретную форму нарушений приверженности лечению. Примеры предложенных нами микростратегий и точки их применения представлены в таблице 1.

Как показали наши наблюдения, владение врачом и средним медицинским персоналом подобных навыков позволяет при выявлении нонкомплаенса проводить максимально персонализированную и качественную коррекционную работу, направленную на преодоление сопротивления больного. Безусловно, более предпочтительным является первично профилактическое направление в использовании микростратегий, начиная с первой встречи.

Заключение

Повышение эффективности болеутоляющей терапии у больных с ХБС является актуальной задачей. Доступность лекарственных препаратов и владение врачом тактики системной фармакотерапии не всегда явля-

ются залогом успешного лечения. Необходимым условием является вовлечённость пациента в процесс лечения и его следование врачебным рекомендациям. Микростратегии как система мотивирования и изменения убеждений, направленная на профилактику и/или преодоление сопротивления больного, могут быть значимым фактором в повышении его приверженности лечению.

Можно надеяться, что более широкое внедрение предложенного подхода в клиническую практику, в систему постдипломной подготовки медицинского персонала, а также в образовательные проекты, направленные для работы с больным («Индивидуальная школа пациента»), реализуемые на каждом приёме, осмотре, начиная с момента первичного обращения и в период дальнейшего динамического наблюдения, а также его окружением («Школа родственников пациентов») будут способствовать повышению эффективности лечения и качества жизни больных с ХБС.

Литература / References:

1. Введенская Е.С., Новиков Г.А., Палехов А.В. Организация паллиативной медицинской помощи в свете изменений Федерального законодательства. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2020; 2: 16-21. [Vvedenskaya E.S., Novikov G.A., Palekhov A.V. Organization of palliative care in the light of changes in Federal legislation. *Palliative medicine and rehabilitation*. 2020; 2: 16-21.] (In Russ)
2. Галиulina О.В., Лапик С.В., Набойченко Е.С. и др. Актуальные аспекты организации медико-социального сопровождения лиц пожилого и старческого возраста с множественными хроническими заболеваниями. *Академический журнал Западной Сибири*. 2019; 15 (4): 57-58. [Galiulina O.V., Lapik S.V., Naboichenko E.S. and others. Current aspects of the organization of medical and social support for elderly and senile people with multiple chronic diseases. *Academic Journal of West Siberia*. 2019; 15 (4): 57-58.] (In Russ)
3. Абузарова Г.Р., Сидоров А.В. Лечение хронического болевого синдрома у паллиативных пациентов в проекте обновленных отечественных рекомендаций. *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. 2022; 2 (15): 11-21. [Abuzarova G.R., Sidorov A.V. Treatment of chronic pain syndrome in palliative patients in the draft of updated domestic recommendations. *Pallium: palliative and hospice care*. 2022; 2 (15): 11-21.] (In Russ)
4. Чайковская М.В., Кутергин А.В., Зырянова О.И. и др. Медицинское сопровождение паллиативного пациента. *Научный форум. Сибирь*. 2020; 6 (1): 67-70. [Tchaykovskaya M.V., Kutergin A.V., Zyryanova O.I. et al. Medical support of a palliative patient. *Scientific Forum. Siberia*. 2020; 6 (1): 67-70.] (In Russ)
5. Parker R., Stein D.J., Jelsma J. Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2014 Feb 18; 17 (1): 18719. DOI: 10.7448/IAS.17.1.18719
6. Ripamonti C., Bandieri E. Pain therapy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2009 May; 70 (2): 145-159. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2008.12.005
7. Hildebrandt J., Pflingsten M. [After care as a supportive measure in palliative surgery – pain therapy]. *Langenbecks Arch Chir Suppl II Verh Dtsch Ges Chir*. 1990: 255-260. PMID: 1724198
8. Fumić Dunkić L., Hostić V., Kustura A. Palliative treatment of intractable cancer pain. *Acta Clin Croat*. 2022 Sep; 61 (Suppl 2): 109-114.
9. Mestdagh F., Steyaert A., Lavand'homme P. Cancer pain management: a narrative review of current concepts, strategies, and techniques. *Curr Oncol*. 2023 Jul 18; 30 (7): 6838-6858. DOI: 10.3390/curroncol30070500.
10. Книга М.Ю., Ральченко Е.С. Ошибки в лекарственном контроле боли у онкологических больных. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 69-70. [Book M.Yu., Ralchenko E.S. Errors in drug control of pain in cancer patients. *Scientific Forum. Siberia*. 2017; 3 (1): 69-70.] (In Russ)
11. Xu X., Luckett T., Wang A.Y., et al. Cancer pain management needs and perspectives of patients from Chinese backgrounds: a systematic review of the Chinese and English literature. *Palliat Support Care*. 2018; 16 (6): 785-799. DOI: 10.1017/S1478951517001171
12. Kipping K., Maier C., Bussemas H.H., Schwarzer A. Medication compliance in patients with chronic pain. *Pain Physician*. 2014; 17 (1): 81-94.
13. Филимонова О.А., Вербах Т.Э., Белова Е.В. Комплаентность к терапии у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. *Девiantология*. 2023; 7 (1): 37-31. [Filimonova O.A., Verbakh T.E., Belova E.V. Compliance with therapy in patients with acute cerebrovascular disorders. *Deviant Behavior (Russia)*. 2023; 7 (1): 27-31.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.23-7-01(12)-27-31

14. Gharibo C., Drewes A.M., Breve F., et al. Iatrogenic side effects of pain therapies. *Cureus*. 2023 Sep 2; 15 (9): e44583. DOI: 10.7759/cureus.44583
15. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска. *Суицидология*. 2015; 6 (4): 3-21. [Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Suicidal behavior and cancer. Part I. Epidemiology and risk factors. *Suicidology*. 2015; 6 (4): 3-21.] (In Russ)
16. Невзорова Д.В., Бузин В.Н., Устинова А.И. Оценка удовлетворенности доступностью обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи. Взгляд пациентов и их родственников. *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. 2022; 3 (16): 14-22. [Nevzorova D.V., Buzin V.N., Ustinova A.I. Assessment of satisfaction with the availability of anesthesia in the provision of palliative care. The view of patients and their relatives. *Pallium: palliative and hospice care*. 2022; 3 (16): 14-22.] (In Russ)
17. Charalambous A., Zorpas M., Cloconi C., Kading Y. Healthcare professionals' perceptions on the use of opioid analgesics for the treatment of cancer-related pain in Cyprus: A mixed-method study. *SAGE Open Med*. 2019 Apr 4; 7: 2050312119841823. DOI: 10.1177/2050312119841823
18. Bistre S., Strauss Y. Mexican perspectives on adverse events in healthcare and pain management. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2013 Dec; 27 (4): 378-388. DOI: 10.3109/15360288.2013.846956
19. Гарагашева Е.П. Нарушение рекомендованного режима системной лекарственной терапии пациентами с хроническим болевым синдромом. *Медицинская наука и образование Урала*. 2023; 24 (4-2): 258-260. [Garagasheva E.P. Violation of the recommended regimen of systemic drug therapy in patients with chronic pain syndrome. *Medical science and education of the Urals*. 2023; 24 (4-2): 258-260.] (In Russ)

"MICROSTRATEGIES" FOR OVERCOMING TREATMENT ADHERENCE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

P.B. Zotov, E.P. Garagasheva

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

Increasing the effectiveness of pain therapy in patients with chronic pain (CP) is an urgent task. The availability of drugs and the doctor's knowledge of systemic pharmacotherapy tactics are not always the key to successful treatment. A prerequisite is also the patient's involvement in the treatment process and his adherence to medical recommendations. Noncompliance of 68.5% is detected in patients with CP. The aim of the article is to develop and clinically describe microstrategies to increase the motivation of patients with chronic disease to follow medical recommendations and overcome violations of their adherence to treatment. Methodology: based on previous own research and literature data, methodologically sound microcoping strategies have been developed – a minimum set of belief systems and medical knowledge used by a doctor (nurse) in a specific clinical situation. Technically – concentrating the patient's attention on a separate issue in order to change the attitude towards it and transfer the behavior to a more adaptive form. Results: The authors identified the nine most frequently recorded forms of non-compliance with treatment, and as a tool for their prevention and overcoming, they developed and proposed for practical use "microstrategies" as a system of motivating and changing the patient's beliefs. Each of them and application situations are described in detail. In conclusion, it is concluded that wider implementation of the proposed approach in clinical practice, in the system of postgraduate training of medical personnel, as well as in educational projects aimed at working with patients ("Individual Patient School"), implemented at every appointment, examination, starting from the moment of initial treatment and during further dynamic observation, as well as his environment ("School of relatives of patients") can help improve the effectiveness of treatment and the quality of life of patients with CP.

Keywords: microcoping strategies, adherence to therapy, compliance, chronic pain, chronic pain syndrome

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;
Е.П. Гарагашева: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: development of study design, writing and editing the manuscript;
E.P. Garagasheva: writing and editing the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 30.01.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.02.2024.

Для цитирования: Зотов П.Б., Гарагашева Е.П. «Микростратегии» преодоления нарушений приверженности лечению у пациентов с хронической болью. *Академический журнал Западной Сибири*. 2024; 20 (1): 45-50. DOI: 10.32878/sibir.24-20-01(102)-45-50

For citation: Zotov P.B., Garagasheva E.P. "Microstrategies" for overcoming treatment adherence disorders in patients with chronic pain. *Academic Journal of West Siberia*. 2024; 20 (1): 45-50. (In Russ) DOI: 10.32878/sibir.24-20-01(102)-45-50