

DOI: 10.56871/MTP.2024.56.77.008

УДК 159.964.2+616.89+616-056.4+616.72-002.772-084-085+614.2+616-06

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: СЛУЧАЙ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ АКЦЕНТУИРОВАННОЙ ЛИЧНОСТЬЮ

© Ангелина Ивановна Жигулина¹, Вадим Витальевич Тыренко¹, Виктор Николаевич Федорец², Владимир Станиславович Василенко², Ирина Сергеевна Свиницкая¹

¹ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6Ж

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Ангелина Ивановна Жигулина — к.м.н., старший преподаватель кафедры факультетской терапии. E-mail: anzhigulina1968@yandex.ru ORCID ID: 00000002-7850-1783 SPIN: 2957-5969

Для цитирования: Жигулина А.И., Тыренко В.В., Федорец В.Н., Василенко В.С., Свиницкая И.С. Ревматоидный артрит: случай последствия неприверженности лечению акцентуированной личностью // Медицина: теория и практика. 2024. Т. 9. № 1. С. 69–76. DOI: <https://doi.org/10.56871/MTP.2024.56.77.008>

Поступила: 02.10.2023

Одобрена: 14.12.2023

Принята к печати: 22.02.2024

РЕЗЮМЕ. Введение. Приверженность лечению, комплаентность (patient compliance) — степень соответствия между реальным поведением пациента и терапевтическими рекомендациями, лечебным или профилактическим режимами. Качество приверженности лечению зависит от комплекса различных факторов: психологические характеристики больного, клинические особенности заболевания, социальные факторы и факторы, связанные с организацией медицинской помощи. Низкая приверженность является одной из значимых причин снижения эффективности терапии, качества жизни пациентов, повышения затрат на лечение, увеличения риска развития различных осложнений, ухудшения прогноза заболевания и жизни. **Цель исследования:** анализ низкой приверженности пациентки, страдающей ревматоидным артритом, с оценкой ее психологического статуса в реальной клинической практике. **Материалы и методы.** Использовался метод оценки психологического профиля пациентов с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ), разработанный и стандартизированный в психосоматической лаборатории Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Диагностирован случай низкой приверженности пациентки, страдающей ревматоидным артритом с социально-пассивным типом акцентуации темперамента. **Выводы.** Клиническое наблюдение характеризует повышенный риск развития тяжелых осложнений у пациента с низкой приверженностью, причиной которой явился выявленный акцентуированный профиль личности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: темперамент; ревматоидный артрит; акцентуации; приверженность.

RHEUMATOID ARTHRITIS: THE CASE IS THE CONSEQUENCES OF NON-ADHERENCE TO TREATMENT BY AN ACCENTUATED PERSONALITY

© Angelina I. Zhigulina¹, Vadim V. Tyrenko¹, Victor N. Fedorets², Vladimir S. Vasilenko², Irina S. Svintsitskaya¹

¹ Military Medical Academy named after S.M. Kirov. Akademician Lebedev str., 6ZH, Saint Petersburg, Russian Federation, 194044

² Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Angelina I. Zhigulina — Candidate of Medical Sciences, Senior lecturer at the Department of Faculty Therapy. E-mail: anzhigulina1968@yandex.ru ORCID ID: 00000002-7850-1783 SPIN: 2957-5969

For citation: Zhigulina AI, Tyrenko VV, Fedorets VN, Vasilenko VS, Svintsitskaya IS. Rheumatoid arthritis: the case is the consequences of non-adherence to treatment by an accentuated personality. Medicine: theory and practice (St. Petersburg). 2024;9(1):69-76. DOI: <https://doi.org/10.56871/MTP.2024.56.77.008>

Received: 02.10.2023

Revised: 14.12.2023

Accepted: 22.02.2024

ABSTRACT. Introduction. Adherence to treatment, compliance (patient compliance) — the degree of correspondence between the real behavior of the patient and therapeutic recommendations, therapeutic or preventive regimens, the quality of adherence to treatment depends on a complex of various factors: psychological characteristics of the patient, clinical features of the disease, social factors and factors related to the organization of medical care. Low adherence is one of the significant reasons for reducing the effectiveness of therapy, the quality of life of patients, increasing treatment costs, increasing the risk of various complications, worsening the prognosis of the disease and life. **The main aim of this research** is the analysis of the low compliance in patient with rheumatoid arthritis. The psychological status of the patient was rated in clinic. **Materials and methods.** The method of assessing the psychological profile of patients using the temperament accentuation test (TAST), developed and standardized in the psychosomatic laboratory of the Central Chernozem Scientific Center of the Russian Academy of Medical Sciences, was used. The case of bad compliance in patient with rheumatoid arthritis was diagnosed. Also, the patient has a socially passive type of accentuation of temperament. **Conclusions.** Clinical observation characterizes an increased risk of severe complications in a patient with low adherence, the cause of which was the identified accentuated personality profile.

KEY WORDS: temperament; rheumatoid arthritis; accentuations; compliance.

ВВЕДЕНИЕ

Приверженность лечению, комплаентность (patient compliance) — степень соответствия между реальным поведением пациента и терапевтическими рекомендациями, лечебным или профилактическим режимами. Низкая приверженность лечению является важной проблемой здравоохранения и клинической практики. Качество приверженности лечению зависит от комплекса различных факторов: разные авторы называют молодой и старческий возраст, мужской пол, низкий уровень доходов, коморбидность, курение, забывчивость, недоверие к врачу, неверие в успех терапии, низкий уровень грамотности/образования, психологические особенности пациента, социальные факторы и факторы, связанные с организацией медицинской помощи [6, 7, 13, 14, 16, 18]. Особого внимания заслуживает изучение акцентуации характера при описании личностного профиля [1, 2, 10, 15]. Знание типа акцентуации характера позволяет раскрыть психологическую картину личности пациента, которая учитывается при установлении межличностного взаимодействия в связке врач–пациент [3, 5, 9, 17].

Учитывая вышесказанное, представляется актуальным изучение психологических особенностей, влияющих на формирование комплаенса, у пациентов, страдающих ревматоидным артритом.

Нами использовался метод оценки психологического профиля пациентов с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ), разработанный и стандартизированный в психосоматической лаборатории Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Тест стандартизирован на выборке отечественных испытуемых (В.В. Плотников, Л.А. Северьянова, Д.В. Плотников, Д.В. Бердников, 2006) [2, 10]. ТАСТ предназначен для диагностики акцентуаций как отдельных свойств темперамента, так и типов акцентуаций свойств. ТАСТ разрабатывался в контексте биопсиходинамической концепции психосоматических расстройств, и поэтому основная область его применения — соматическая симптоматика [11, 12]. Тест может использоваться для исследования индивидуального своеобразия личности пациентов с различными соматическими (в том числе психосоматическими) расстройствами, для оценки личностных факторов риска различных заболеваний, индивидуализации терапии, для выбора методов психотерапевтических воздействий, профилактики заболеваний [4, 8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На примере клинического случая показать важность изучения психологического статуса пациентки, страдающей ревматоидным артритом.

том, с низкой приверженностью к лечению в реальной клинической практике. В задачу исследователей входил анализ клинического случая пациентки с верифицированным ревматоидным артритом, осложненным асептическим некрозом головок бедренных костей.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Представляем пример некомплаентного поведения пациентки, страдающей ревматоидным артритом, с оценкой ее психологического статуса.

Пациентка А., 45 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на сильную боль 9–10 баллов по визуально-аналоговой шкале оценки боли (ВАШ) в паховой области с иррадиацией по передней и боковой поверхностям бедра, усиливающуюся при движении и в ночной период; невозможность самостоятельного передвижения без опоры. Из анамнеза известно, что у пациентки в 2005 г. в послеродовом периоде появились воспалительные боли в мелких суставах кистей, левом лучезапястном и голеностопных суставах. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась. Боли купировались самостоятельно. В 2008 г. вновь развился воспалительный суставной синдром с поражением кистей, стоп, присоединением болей в коленных суставах. Принимала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (нимесулид 100 мг 1 раз в день) с кратковременным эффектом. В 2009 г. отмечала усиление болей, появление отеков в проксимальных межфаланговых суставах II–IV пальцев кистей, коленных суставах, плюснефаланговых суставах стоп, выраженную утреннюю скованность в течение 6 часов. Больная обследована стационарно. С учетом характерного суставного синдрома (воспалительные боли, припухлость кистей и стоп), наличия иммунологических маркеров: антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) — 53,5 RU/ml (норма < 10), ревматоидного фактора (РФ) — 220 ед/мл (норма до 14) был верифицирован диагноз: Ревматоидный артрит серопозитивный, ранняя клиническая стадия, неэрозивный, рентгенологическая стадия II, степень активности 2 (DAS28=3,1), АЦЦП (+), Функциональный класс II. В анализах крови отмечалось умеренное повышение острофазовых показателей: фибриноген до 5,0 г/л (норма до 4,0), С-реактивный белок (СРБ) до 6,5 мг/л (норма до 5,0), скорость оседания эритроцитов (СОЭ) до 25 мм/ч (норма до 15,0). Биохимические показатели сыворотки

крови — в пределах нормы. После проведенного курса лечения пульс-терапией (метотрексат 50 мг и дексаметазон 80 мг) с положительной динамикой (купирование суставного синдрома) выписана домой с рекомендациями введения внутримышечно метотрексата по 12,5 мг 1 раз в неделю, приема фолиевой кислоты 10 мг в неделю через 24 часа после введения метотрексата. Рекомендации по лечению не выполняла. Периодически с целью купирования болей в суставах принимала НПВП. С 2013 г. на фоне очередного обострения суставного синдрома самостоятельно (прочитала в интернете) стала принимать преднизолон утром 4 таблетки (20 мг), а с 2019 г. принимает метипред 4 таблетки (16 мг). Утреннюю скованность, болей в суставах не отмечала. У ревматолога пациентка не наблюдалась. Диспансерное обследование не проходила. Ухудшение состояния отметила за месяц до обращения к ревматологу, когда вновь появились вышеперечисленные жалобы.

Из анамнеза жизни: живет с мамой, дочь 16 лет, здорова. Сопутствующие заболевания: Хроническая дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия. В сентябре 2019 г. лечилась по поводу постинъекционной межмышечной флегмоны правой ягодичной области.

При физикальном обследовании: состояние удовлетворительное, лицо лунообразное, щеки багрово-красного цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена неравномерно: кушингоидный тип ожирения, «климактерический горбик». Волосы ломкие, периферические лимфатические узлы не увеличены, рост — 165 см, масса тела — 82 кг, индекс массы тела — 29,3. Пастозность голеней, больше справа. Кожные покровы истончены, сухие, со склонностью к гиперкератозу. Гиперпигментация кожи на нижних конечностях, множественные синячковые высыпания. Кистевой хват — 90%. Деформация проксимального межфалангового сустава III пальца правой кисти. Атрофия межкостных мышц кисти. Умеренная вальгусная деформация первых пальцев стоп. Атрофия мышц бедра справа. Ограничение подвижности правой нижней конечности во всех направлениях (приведение, отведение, сгибание, разгибание); укорочение правой конечности на 3 см. В левом тазобедренном суставе и в других суставах активные и пассивные движения сохранены. Со стороны других органов и систем — без патологии.

С целью уточнения диагноза, исключения онкологических заболеваний, эндокринной и аутоиммунной патологии был выполнен комплекс медицинских обследований.



Рис. 1. Пациентка А. Рентгенограмма кистей. Рентгенологическая картина соответствует эрозивному артриту

Fig. 1. Patient A. X-ray of the hands. X-ray picture correspond to erosive arthritis

Клинический анализ крови, биохимический анализ крови в пределах нормы (кальций ионизированный — 1,8 ммоль/л (норма 1,12–1,32 ммоль/л), фосфор — 1,09 ммоль/л (норма 0,85–1,45 ммоль/л), витамин 25(OH)D — 19 нмоль/л (норма от 75 нмоль/л), маркеры аутоиммунных заболеваний не выявлены. Флюорография органов грудной клетки — вариант нормы.

При рентгенологическом исследовании кистей рук в прямой проекции с захватом лучезапястных суставов: левая кисть — сужение рентгеновской суставной щели лучезапястного сустава, проксимальные межфаланговые суставы (ПМФС) II, III, IV, V пальцев, с субхондральным склерозом суставных поверхностей. На фоне выраженного остеопороза определяются кистовидные просветления костной ткани в костях запястья, головок II, III, IV, V пястных костей, головок проксимальных, средних фаланг II, III пальцев. Головка II пястной кости деформирована за счет краевой эрозии. Рентгенологическая картина соответствует эрозивному артриту II стадии. Правая кисть — сужение рентгеновской суставной щели лучезапястного сустава, ПМФС II, III, IV, V пальцев, с субхондральным склерозом суставных поверхностей. На фоне выраженного остеопороза определяются множественные кистовидные просветления костной ткани в костях запястья, головок II, III, IV, V пястных костей. Головка II пястной кости деформирована за счет краевой эрозии. Участок уплотнения ПМФС II пальца, уплотнение и посттравматическая деформация



Рис. 2. Пациентка А. Ревматоидный артрит. Рентгенография стоп. Рентгенологическая картина соответствует эрозивному артриту

Fig. 2. Patient A. Rheumatoid arthritis. X-ray of the feet. The X-ray pattern corresponds to erosive arthritis

ПМФС III пальца. Краевая эрозия в области локтевой кости. Рентгенологическая картина соответствует эрозивному артриту III стадии (рис. 1).

При рентгенологическом исследовании стоп отмечается неравномерное сужение суставных щелей I плюснефаланговых суставов с субхондральным склерозом, краевыми костными разрастаниями по краям суставных поверхностей по медиальным сторонам головок I плюсневых костей обеих стоп; определяется выраженный околосуставной остеопороз, кистовидные просветления в проекции суставных концов плюсневых костей, фаланг пальцев обеих стоп; эрозивные изменения по латеральному контуру головки V плюсневой кости правой стопы; неконсолидированный перелом основания V плюсневой кости левой стопы (рис. 2).

При рентгенографии тазобедренных суставов выявлены признаки асептического некроза головок бедренных костей, справа IV стадии, слева II стадии (рис. 3).

Установлен клинический диагноз: Основное заболевание: Ревматоидный артрит, серопозитивный, АЦЦП-позитивный, поздняя клиническая стадия, эрозивный, рентгенологическая стадия — III, активность низкая (DAS-28-2,5), функциональный класс III. Осложнение: Вторичный двусторонний коксартроз III–IV стадии, функциональная недостаточность сустава III. Стероидный синдром Иценко–Кушинга. Остеопороз, смешанного генеза (глюкокортикоидный, на фоне ревматоидного артрита), с переломом основания V плюсневой кости левой стопы, асепти-

ческий некроз головок бедренных костей (справа IV стадия, слева III стадия), функциональная недостаточность сустава III. Дефицит витамина D.

Сопутствующее заболевание: Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Хроническая дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия.

В амбулаторных условиях начато снижение дозы метипреда 16 мг по 1/4 в 10 дней с рекомендациями до полной отмены по возможности. Рекомендовано парантеральное введение метотрексата 10 мг внутримышечно 1 раз в неделю с постепенным повышением дозы метотрексата 2,5 мг в 2 недели до 25 мг; прием фолиевой кислоты 1 мг по 5 таблеток через 24 часа после инъекции метотрексата. Коррекция дозы метотрексата только после консультации ревматолога! Контроль клинического анализа крови, биохимического анализа крови, общего анализа мочи ежемесячно. При появлении цитопении (лейкоциты $3,9 \times 10^9/\text{л}$ и ниже) отмена препарата на две недели. Прием витамина D (Аквадетрим) по 7 капель 1 раз в сутки, под контролем анализа на витамин D, также прием сосудистых препаратов (пентоксифиллин или зентива 400 мг $\times$ 2 раза в сутки, или агапурин СР 400 мг, теоникол 150 мг $\times$ 3 раза в день 1 месяц).

07.07.2019 г. пациентка осмотрена ортопедом. Рекомендовано оперативное лечение — протезирование правого тазобедренного сустава.



Рис. 3. Пациентка А. Ревматоидный артрит. Рентгенограммы тазобедренных суставов. Асептический некроз головок бедренных костей — справа IV стадии, слева II стадии

Fig. 3. Patient A. Rheumatoid arthritis. Radiographs of hip joints. Aseptic necrosis of the femoral heads, IV stage on the right, II stage on the left

В августе 2019 г. больной проведено оперативное лечение — протезирование правого тазобедренного сустава с положительным результатом. Пациентка выписана на реабилитационное лечение. Осмотрена ревматологом, рекомендовано продолжить базисную терапию метотрексатом парентерально 15 мг в неделю с постепенным снижением дозы гормонов до, возможно, полной их отмены. Фолиевая кислота 1 мг по 5 таблеток на следующий день после инъекции метотрексата; лечение остеопороза, консультация психолога, наблюдение ревматолога по месту жительства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С учетом отсутствия приверженности к лечению пациентки проведена оценка ее психологического профиля с помощью ТАСТ (рис. 4).

В результате тестирования выявлен социально-пассивный тип акцентуации темперамента,

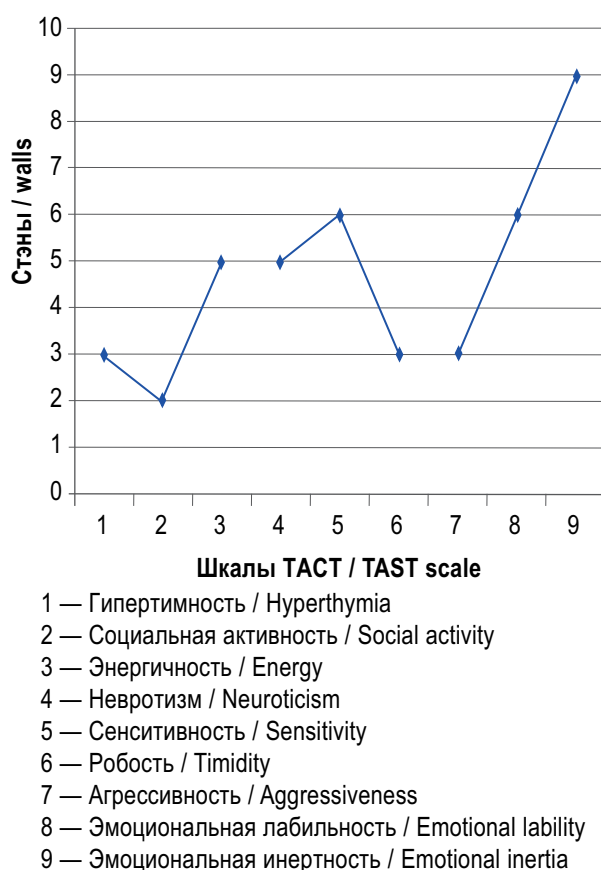


Рис. 4. Индивидуальный профиль свойств темперамента по шкалам «Теста акцентуации свойств темперамента» больной А., 44 г.

Fig.4. Individual profile of temperament properties according to the scales of the “Test of accentuation of temperament properties” patient A., 44 year

сочетающийся с выраженной ригидностью. Для него характерны: снижение фона настроения, активности, инициативы, усиление пессимистической настроенности, уменьшение потребности в социальных контактах, социальной инициативы, предпочтение устоявшихся способов деятельности [3, 10]. Пациенты с таким психологическим типом могут полностью отказаться от лечения, получать таблетки нерегулярно, принимать те лекарства, от которых, по их мнению, можно получить больше пользы, чем от препаратов, назначенных врачом (один из вариантов самолечения, как и в данном клиническом случае) [4, 11]. Пациентке настоятельно рекомендована консультация психолога.

ТАСТ: социально пассивный тип акцентуации. Шкала контроля — 3.

В настоящий момент длительность наблюдения после обращения пациентки к ревматологу и установки диагноза асептического некроза головки бедренных костей составила 3 года, состояние пациентки стабильное на фоне постоянно проводимой базисной терапии ревматоидного артрита, диспансерного наблюдения ревматолога и периодических консультаций у психолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном клиническом случае выявленный социально-пассивный тип акцентуации темперамента, сочетающийся с выраженной ригидностью, оказал влияние на развитие некомплаентного поведения, что способствовало развитию тяжелых осложнений, таких как асептический некроз головок бедренных костей, синдром Кушинга, развитие катаракты вследствие бесконтрольного и длительного приема глюкокортикоидов.

Таким образом, одним из основных направлений повышения комплаенса больных ревматоидным артритом должны быть образовательные программы для пациентов с умением ревматолога оценить психологический статус пациента и назначить при необходимости консультации психолога. Диагностический алгоритм у больных ревматоидным артритом целесообразно дополнить применением опросника «Тест акцентуации свойств темперамента» для выявления акцентуированных свойств темперамента, наличие которых влияет на качество приверженности терапии.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, про-

ведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациента на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверин В.А. Психология личности. СПб.: Издательство Михайлова В.А.; 1999.
2. Бердников Д.В. Метод исследования акцентуаций свойств темперамента. Теория и практика судебной экспертизы. М.: 2008; 4(12): 168–75.
3. Жигулина А.И., Тыренко В.В., Федорец В.Н. Особенности психофизиологических соотношений у больных ревматоидным артритом с различными типами акцентуаций к темперамента. Клиническая больница. 2013; 1(04): 30–5.
4. Жигулина А.И., Юдин В.А. Когнитивные нарушения у больных ревматоидным артритом с различными типами акцентуации темперамента. Современные подходы психиатрии, психотерапии и клинической психологии к диагностике и коррекции патологии человека: сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции (Курск, 30–31 мая 2023 года). Текст электронный. Курск: КГМУ, 2023; 1 CD-ROM: 85–9.
5. Жигулина А.И., Тыренко В.В. Оценка особенностей темперамента больных ревматоидным артритом. Вестник Российской военно-медицинской Академии. 2009; 1: 32–6.

6. Зубарева Е.С., Генералова Д.Д., Гречаный С.В. Ювенильный идиопатический артрит у подростков с болевым синдромом (психосоматический аспект). FORCIPE. 2021; 4(S1): 697
7. Клиническая ревматология. Руководство для врачей. Под ред. В.И. Мазурова. М.: Е-нот; 2021.
8. Крестова О., Брюханова И., Седых Д. и др. Акцентуации характера при обучении пациентов с инфарктом миокарда. Врач. 2018; 29(3): 38–41. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-09.
9. Небылицин В.Д. Основные свойства нервной системы человека как нейрофизиологическая основа индивидуальности. М.: Наука; 1978.
10. Плотников Д.В., Северьянова Л.А. Акцентуация интегральных параметров индивидуальности человека как фактор риска психосоматических расстройств. М.: Триумф; 2021.
11. Плотников В.В. Классификация основных типов акцентуаций свойств темперамента. Материалы симпозиума «Механизмы интеграции функций в норме и при психосоматических расстройствах». 2005: 162–8.
12. Русалов В.М. Темперамент в структуре индивидуальности человека: дифференциально-психофизиологические и психологические исследования. М.: ИП РАН; 2012.
13. Свищицкая И.С., Юдин В.А., Елбаев Р.Ж. и др. Влияние коморбидного статуса на лечение пациента с поздней стадией ревматоидного артрита (клиническое наблюдение). РМЖ. 2023; 7: 27–31.
14. Сулика Е.В., Акиншин И.И., Горбунова Т.О. и др. Некоторые проблемы ультразвуковой визуализации суставов при ранней диагностике ювенильного ревматоидного артрита. Педиатр. 2013; 4(2): 106–9. DOI: 10.17816/PED42106-109.
15. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению и факторы на нее влияющие. Фундаментальные исследования. 2007; 9: 57–8.
16. Холкина А.А., Соусова Я.В., Гончар Н.О. Комплаинс пациентов с метаболическим синдромом. Университетский терапевтический вестник. 2019; 1(1): 38–46.
17. Dekkers J.C., Geenen R., Evers A.W. et al. Biopsychosocial mediators of stress-health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2001; 45(4): 307–16.
18. Covic T., Tyson G., Spencer D. et al. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. J. Psychosom. Res. 2006; 60(5): 469–76.

REFERENCES

1. Averin V.A. Psihologiya lichnosti. [Psychology of personality]. Sankt-Peterburg: Izdatel'stvo Mihajlova V.A.; 1999. (in Russian).
2. Berdnikov D.V. Method of studying accentuations of temperament properties. [Method for studying

- accentuations of temperament properties]. Scientific and practical journal "Theory and practice of forensic examination". Moskva: 2008; 4(12): 168–75. (in Russian).
3. Zhigulina A.I., Tyrenko V.V., Fedorets V.N. Osobennosti psikhofiziologicheskikh sootnosheniy u bol'nykh revmatoidnym artritom s razlichnymi tipami aktsentuatsiy temperamenta. [Features of psychophysiological relationships in patients with rheumatoid arthritis with various types of temperamental accentuations]. Klinicheskaya bol'nitsa. 2013; 1(04): 30–5. (in Russian).
 4. Zhigulina A.I., Yudin V.A. Kognitivnyye narusheniya u bol'nykh revmatoidnym artritom s razlichnymi tipami aktsentuatsii temperamenta. [Cognitive impairment in patients with rheumatoid arthritis with various types of temperamental accentuation]. Sovremennyye podkhody psikhiiatrii, psikhoterapii i klinicheskoy psikhologii k diagnostike i korrektsii patologii cheloveka: sbornik nauchnykh trudov po materialam Mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii (Kursk, 30-31 maya 2023 goda). Tekst elektronnyy. Kursk: KGMU Publ., 2023; 1 CD-ROM: 85–9. (in Russian).
 5. Zhigulina A.I., Tyrenko V.V. Otsenka osobennostey temperamenta bol'nykh revmatoidnym artritom. [Assessment of the temperamental characteristics of patients with rheumatoid arthritis]. Vestnik Rossiyskoy voyenno-meditsinskoy Akademii. 2009; 1: 32–6. (in Russian).
 6. Zubareva Ye.S., Generalova D.D., Grechanyy S.V. Yuvenil'nyy idiopatcheskiy artrit u podrostkov s bolevym sindromom (psikhosomaticheskiy aspekt). [Juvenile idiopathic arthritis in adolescents with pain syndrome (psychosomatic aspect)]. FORCIPE. 2021; 4(S1): 697. (in Russian).
 7. Klinicheskaya revmatologiya. [Clinical rheumatology]. Rukovodstvo dlya vrachev. Pod red. V.I. Mazurova. Moskva: E-noto Publ.; 2021. (in Russian).
 8. Krestova O., Bryukhanova I., Sedykh D. i dr. Aktsentuatsii kharaktera pri obuchenii patsiyentov s infarktomy miokarda. [Accentuations of character in teaching patients with myocardial infarction]. Vrach. 2018; 29(3): 38–41. (in Russian).
 9. Nebylitsin V.D. Osnovnyye svoystva nervnoy sistemy cheloveka kak neyrofiziologicheskaya osnova individual'nosti. [Basic properties of the human nervous system as a neurophysiological basis of individuality]. Moskva: Nauka Publ.; 1978. (in Russian).
 10. Plotnikov D.V., Sever'yanova L.A. Aktsentuatsiya integral'nykh parametrov individual'nosti cheloveka kak faktor riska psikhosomaticheskikh rasstroystv. [Accentuation of integral parameters of human individuality as a risk factor for psychosomatic disorders]. Moskva: Triumf Publ.; 2021. (in Russian).
 11. Plotnikov V.V. Klassifikatsiya osnovnykh tipov aktsentuatsiy svoystv temperamenta. [Classification of the main types of accentuations of temperament properties]. Materialy simpoziuma "Mekhanizmy integratsii funktsiy v norme i pri psikhosomaticheskikh rasstroystvakh". 2005: 162–8. (in Russian).
 12. Rusalov V.M. Temperament v strukture individual'nosti cheloveka: differentsial'no-psikhofiziologicheskiye i psikhologicheskiye issledovaniya. [Temperament in the structure of human individuality: differential psychophysiological and psychological studies]. Moskva: IP RAN Publ.; 2012. (in Russian).
 13. Svintsitskaya I.S., Yudin V.A., Yelbayev R.Zh. i dr. Vliyaniye komorbidnogo statusa na lecheniye patsiyenta s pozdney stadiyey revmatoidnogo artrita (klinicheskoye nablyudeniye). [The influence of comorbid status on the treatment of a patient with late stage rheumatoid arthritis (clinical observation)]. RMZH. 2023; 7: 27–31. (in Russian).
 14. Sulika Ye.V., Akinshin I.I., Gorbunova T.O. i dr. Nekotoryye problemy ul'trazvukovoy vizualizatsii sustavov pri ranney diagnostike yuvenil'nogo revmatoidnogo artrita. [Some problems of ultrasound visualization of joints in the early diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis]. Pediatr. 2013; 4(2): 106–9. (in Russian).
 15. Tarasenko Ye.V., Naumova Ye.A., Shvarts Yu.G. Priverzhennost' k dlitel'nomu lecheniyu i faktory na neye vliyayushchiye. [Adherence to long-term treatment and factors influencing it]. Fundamental'nyye issledovaniya. 2007; 9: 57–8. (in Russian).
 16. Kholkina A.A., Sousova Ya.V., Gonchar N.O. Komplayns patsiyentov s metabolicheskim sindromom. [Compliance of patients with metabolic syndrome]. Universitetskiy terapevticheskiy vestnik. 2019; 1(1): 38–46. (in Russian).
 17. Dekkers J.C., Geenen R., Evers A.W. et al. Biopsychosocial mediators of stress-health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2001; 45(4): 307–16.
 18. Covic T., Tyson G., Spencer D. et al. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. J. Psychosom. Res. 2006; 60(5): 469–76.