

В.В. Василюк
М.А. СтаніславчукВінницький національний
медичний університет
імені М.І. Пирогова**Ключові слова:** анкілозивний
спондиліт, алекситимія,
клінічні особливості, депресія,
якість життя.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АНКІЛОЗИВНОГО СПОНДИЛІТУ, КОМОРБІДНОГО З АЛЕКСИТИМІЄЮ

Вивчення зв'язків алекситимії з клініко-феноменологічними особливостями, якістю життя та психосоціальним функціонуванням має важливе значення для удосконалення лікувально-діагностичних підходів при анкілозивному спондиліті (АС). **Мета:** встановити особливості клінічних проявів, якості життя та психоемоційного реагування хворих на АС із коморбідною алекситимією. **Матеріали і методи.** Клінічно обстежено 127 хворих на АС: 62 з відсутністю алекситимії, 29 — з можливою алекситимією і 36 — з алекситимією. **Результати.** Ознаки вираженої алекситимії виявлено у 28,3% хворих на АС, окремі прояви алекситимії — у 22,8%. Встановлено значуще погіршення стану у міру збільшення вираженості проявів алекситимії, підвищення показників клінічної активності АС за опитувальником BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Assessment Index) — у хворих без алекситимії $4,80 \pm 1,86$ бала, з можливою алекситимією $5,87 \pm 1,77$ бала, і з алекситимією $6,91 \pm 1,83$ бала; Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS-ESR) — $3,22 \pm 0,91$, $3,59 \pm 0,89$ і $3,94 \pm 0,79$ бала відповідно; функціональних порушень за Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) — $3,27 \pm 1,48$, $4,00 \pm 1,63$ і $5,22 \pm 2,07$ бала відповідно; показників за Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) — $4,42 \pm 2,31$, $5,56 \pm 1,75$ і $6,39 \pm 1,87$ бала; Bath Ankylosing Spondylitis Global Score (BAS-G) (7 днів) — $5,61 \pm 2,15$, $6,69 \pm 1,93$ і $7,42 \pm 1,65$ бала відповідно; стану здоров'я Assessment of SpondyloArthritis International Society Health Index (ASAS HI) — $7,21 \pm 3,15$, $8,93 \pm 2,34$ і $10,58 \pm 3,66$ бала відповідно; Assessment of SpondyloArthritis International Society Environmental Factors (ASAS EF) — $2,76 \pm 1,36$, $3,59 \pm 1,24$ і $4,08 \pm 1,36$ бала відповідно; Health Assessment Questionnaire (HAQ) — $0,87 \pm 0,59$, $1,28 \pm 0,59$ і $1,57 \pm 0,57$ бала відповідно; вираженості больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) — $5,90 \pm 1,87$, $7,00 \pm 1,51$ і $7,78 \pm 1,15$ бала відповідно; якості життя Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire (ASQoL) — $9,03 \pm 4,36$, $10,86 \pm 2,76$ і $12,72 \pm 3,46$ бала відповідно. У хворих без алекситимії виявлено ознаки легкої депресії за Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) — $10,02 \pm 6,79$ бала; у хворих з можливою алекситимією — депресії легкого і середнього ступеня ($13,62 \pm 8,72$ бала), з алекситимією — депресії середнього ступеня ($18,17 \pm 9,50$ бала). Встановлено високу ураженість хворих на АС інсомніями помірного і значного ступеня (показник за Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) — $7,48 \pm 3,90$, $9,14 \pm 4,41$ і $12,36 \pm 3,91$ бала відповідно); та хронічною втомою (показник за Multidimensional Assessment Of Fatigue Scale (MAF) $25,16 \pm 11,04$, $31,48 \pm 10,07$ і $36,86 \pm 7,77$ бала відповідно). Виявлено значущі ($p < 0,01$) позитивні кореляції помірної сили між показником за Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) і показниками швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), BASDAI, ASDAS-ESR, BASMI, BASFI, BAS-G, ASAS, HAQ, ВАШ, ASQoL, MAF, PSQI та HAM-D. **Висновки.** Хворим на АС притаманна висока поширеність алекситимії, яка пов'язана з гіршими показниками клінічної активності АС, функціональних порушень та стану здоров'я та більшою вираженістю психопатологічних розладів.

Вступ. Анкілозивний спондиліт (АС) є хронічним автоімунним запальним захворюванням, що уражує переважно хребет і периферичні суглоби, з ви-

раженим хронічним больовим синдромом, артритом, ентезитом, увейтом і дактилітом, які значно погіршують якість життя та функціональні можливості

пацієнтів [1]. Етіопатогенетичні механізми АС характеризуються багатофакторністю, реалізуються через складне поєднання генетичних, імунобіологічних, інфекційних та ендокринних порушень, і досі вивчені недостатньо [2–4].

АС супроводжується вираженими порушеннями психоемоційної сфери, що включають депресивні, тривожні, астеноневротичні розлади та порушення когнітивного функціонування [5–7]. Взаємозв'язок соматичних і психічних порушень при АС опосередкований спільними фізіологічними, патофізіологічними і патопсихологічними механізмами; соматична симптоматика АС погіршує стан психічного функціонування, а психічні порушення обтяжують перебіг АС і ускладнюють його діагностику та лікування [8, 9].

Важливу роль у складних психосоматичних зв'язках при АС відіграє алекситимія (АЛ) — порушення здатності до ідентифікації та опису власних почуттів, емоцій та соматичних симптомів [10]. АЛ супроводжується недостатнім розвитком уяви, збідненням інтроективного та конкретного мислення; ці порушення призводять до нездатності пацієнтів ідентифікувати й описати свої відчуття, що істотно ускладнює діагностику та диференціацію соматичних порушень та знижує ефективність їх лікування [11, 12]. Дослідження АЛ при АС є нечисленними, проте дані наявних досліджень дозволяють говорити про значну поширеність цього феномену у хворих на АС і суттєвий негативний вплив АЛ на якість життя хворих та прихильність їх до терапії [13, 14]. Водночас важливі аспекти взаємозв'язків АС та АЛ залишаються практично не дослідженими. Не вивчено особливості клінічного перебігу і патодинаміки АС, функціональної активності і стану здоров'я пацієнтів з урахуванням фактора АЛ, недостатньо даних щодо особливостей психоемоційного реагування у хворих на АС з коморбідною АЛ та їх якості життя. Відсутність таких даних істотно утруднює удосконалення існуючих і розробку інноваційних методів лікування АС, ефективність якого наразі є незадовільною [15].

Мета дослідження: встановити особливості клінічних проявів, якості життя та психоемоційного реагування хворих на АС з коморбідною АЛ.

Об'єктом дослідження є АС, коморбідний з АЛ, предметом — активність АС, функціональні порушення, стан здоров'я, якості життя та психоемоційної сфери при АС, коморбідного з АЛ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди обстежено 127 пацієнтів, які перебували на лікуванні у комунальному некомерційному підприємстві «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова» та у відділенні ревматології багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету у період 2021–2024 рр., і яким було встановлено діагноз АС згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями [16]. Для виявлення АЛ користувались адаптованою і валідизованою нами україномовною версією Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) [17]. За результатами оцінки за TAS-20 обстежені пацієнти були розподілені на три групи. До 1-ї групи чисельністю 62 хворих включено пацієнтів зі значеннями за TAS-20 до 52 балів (група «без АЛ»). До 2-ї групи чисельністю 29 хворих віднесені пацієнти зі значеннями за TAS-20 52–60 балів (група «можлива АЛ»). До 3-ї групи чисельністю 36 хворих включено пацієнтів зі значеннями за TAS-20 понад 60 балів (група «АЛ») [18]. Оцінка активності АС виконана з використанням Bath AS Disease Activity Index (BASDAI) [19] та Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) [20], функціональних порушень — з використанням Bath AS Functional Index (BASFI) [21] та Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) [22, 23], загального стану здоров'я та функцій — з використанням Health Assessment Questionnaire (HAQ) [24], ASAS Health Index and Environmental Factors (ASAS HI/EF) [25] та the Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G) [26], якості життя — з використанням Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire (ASQoL) [27], рівня втоми — з використанням Multidimensional Assessment Of Fatigue Scale (MAF) [28], якості сну — з використанням Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [29], вираженості депресії — з використанням Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) [30], когнітивного функціонування — з використанням Mini-Mental State Examination (MMSE) [31].

Статистичний аналіз включав описову статистику, аналіз розбіжностей у кількісних змінних з використанням непараметричного тесту Манна — Уїтні, категоризованих — з використанням точного критерію Фішера, та кореляційний аналіз з викорис-

Таблиця 1

Вікові, антропометричні характеристики і тривалість захворювання

Показник	Значення показника, М±СВ			p		
	Без АЛ, n=62	Можлива АЛ, n=29	АЛ, n=36	1–2	1–3	2–3
Вік, років	40,2±10,6	43,3±10,5	45,8±9,9	0,162	0,010	0,369
Термін від встановлення діагнозу АС, років (термін 1)	5,5±3,7	7,6±6,9	7,3±4,9	0,422	0,059	0,620
Тривалість захворювання (від перших скарг), років (термін 2)	9,2±5,1	11,4±7,4	11,3±5,3	0,278	0,024	0,574
Тривалість захворювання (від перших скарг до встановлення діагнозу АС), років (термін 3)	3,9±3,3	4,2±3,3	4,7±3,9	0,649	0,409	0,724
Маса тіла, кг	75,9±12,4	77,7±11,1	79,4±12,4	0,537	0,304	0,817
Зріст, см	172,3±8,1	172,5±6,2	174,8±8,3	0,615	0,099	0,358
Індекс маси тіла	25,49±3,40	26,02±3,12	25,97±3,33	0,344	0,355	0,974

Примітки. Тут і далі: М — середнє значення, СВ — стандартне відхилення; ДІ 95% — довірчий інтервал ±95,0%; Ме — медіана; Q₂₅–Q₇₅ — інтерквартильний діапазон; p — статистична значущість розбіжностей.

танням методу рангових кореляцій Спірмена. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей і кореляцій понад 95,0% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ

Вікові та антропометричні характеристики пацієнтів і дані щодо тривалості захворювання наведені у табл. 1, гендерний розподіл та дані щодо рентгенологічної стадії і виявлення HLA-B27 — у табл. 2.

Хворі з АЛ виявилися значуще ($p < 0,05$) старшими порівняно з такими без АЛ; у них також виявилася більшою тривалість захворювання від перших скарг. Антропометричні показники пацієнтів з різними характеристиками АЛ значуще не відрізнялися. Серед пацієнтів з АЛ було дещо більше чоловіків, однак розбіжності між групами статистично незначущі (див. табл. 2).

Загалом хворим на АС з АЛ були притаманні тяжчі рентгенологічні стадії АС, що, на нашу думку, підтверджує ймовірність розвитку вторинної АЛ у пацієнтів з АС у міру прогресування захворювання.

Хворі з АЛ характеризувалися гіршими клінічними проявами АС — вищою активністю захворювання, більшою втратою функціональної здатності та гіршим станом здоров'я. Так, найнижчий показник швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) виявлений у групі з відсутністю АЛ, у пацієнтів з можливою АЛ він був вищим, а у пацієнтів з АЛ — найвищим, і значуще ($p < 0,05$) вищим, ніж у пацієнтів без АЛ (табл. 3).

Показники, що характеризують активність АС, у пацієнтів з АЛ виявилися найгіршими і значуще відрізнялися від показників пацієнтів з відсутністю АЛ та з можливою АЛ.

Так, хоча середнє значення BASDAI у всіх групах пацієнтів перевищувало високий рівень (>4 балів), у пацієнтів без АЛ воно було значуще меншим ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів з можливою АЛ, а у пацієнтів з АЛ — значуще більшим, ніж у пацієнтів перших двох груп. Аналогічно показники за шкалою ASDAS-ESR у пацієнтів без АЛ виявилися найнижчими, у пацієнтів з можливою АЛ — вищими, ніж у 1-й групі, а у пацієнтів з АЛ — найвищими.

Хворі з АЛ характеризувалися гіршими показниками функціональних порушень за індексами BASMI та BASFI: значення за цими індексами виявилися найбільшими у пацієнтів з АЛ, меншими — у пацієнтів з можливою АЛ, і найменшими — у пацієнтів без АЛ.

Дещо складніші закономірності виявлені при аналізі показників стану здоров'я хворих на АС з різною вираженістю алекситимічних проявів, однак і тут простежувалася загальна закономірність щодо гірших показників у пацієнтів з АЛ. Так, показник BAS-G (7 днів) у пацієнтів без АЛ був значуще нижчим порівняно з хворими з можливою АЛ та явною АЛ. При цьому показник у пацієнтів з АЛ був найвищим серед усіх груп, хоча розбіжності з групою з можливою АЛ виявилися статистично незначущими ($p > 0,05$). Показник BAS-G (6 міс) у хворих на АС без АЛ також виявився найнижчим, з АЛ — найвищим, а з можливою АЛ — проміжним порівняно з цими двома групами; при цьому статистично значущі розбіжності зафіксовані лише при порівнянні груп пацієнтів з наявністю та відсутністю АЛ ($p < 0,01$). Показники стану здоров'я за індексом ASAS HI значуще відрізнялися у всіх досліджених групах: у хворих без АЛ показник був найниж-

Таблиця 2

Стать, рентгенологічна стадія та HLA-B27 у хворих на анкілозний спондиліт залежно від наявності алекситимії

Варіації ознаки	Без АЛ, n=62		Можлива АЛ, n=29		АЛ, n=36		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1–2	1–3	2–3
Стать									
Чоловіча	40	64,5	18	62,1	24	66,7	0,500	0,504	0,449
Жіноча	22	35,5	11	37,9	12	33,3			
Рентгенологічна стадія									
II стадія	27	43,5	6	20,7	7	19,4	0,028	0,013	0,571
III стадія	20	32,3	14	48,3	20	55,6	0,108	0,020	0,369
IV стадія	15	24,2	9	31,0	9	25,0	0,328	0,557	0,395
HLA-B27									
Відсутній	9	14,5	5	17,2	5	13,9	0,480	0,592	0,486
Наявний	53	85,5	24	82,8	31	86,1			

Таблиця 3

Показники активності захворювання, функціональних порушень, стану здоров'я та виразності больового синдрому (у балах)

Показник	Значення показника, M±CB			p		
	Без АЛ, n=62	Можлива АЛ, n=29	АЛ, n=36	1–2	1–3	2–3
ШОЕ, мм/год	26,44±16,34	25,93±16,77	33,50±18,55	0,711	0,037	0,102
BASDAI	4,80±1,86	5,87±1,77	6,91±1,83	0,032	0,001	0,025
ASDAS-ESR	3,22±0,91	3,59±0,89	3,94±0,79	0,135	0,001	0,040
BASMI	3,27±1,48	4,00±1,63	5,22±2,07	0,047	0,001	0,019
BASFI	4,42±2,31	5,56±1,75	6,39±1,87	0,045	0,001	0,030
BAS-G 7 днів	5,61±2,15	6,69±1,93	7,42±1,65	0,040	0,001	0,154
BAS-G 6 міс	5,77±2,15	6,59±1,80	7,17±2,04	0,149	0,003	0,163
ASAS HI	7,21±3,15	8,93±2,34	10,58±3,66	0,007	0,001	0,032
ASAS EF	2,76±1,36	3,59±1,24	4,08±1,36	0,005	0,001	0,098
HAQ	0,87±0,59	1,28±0,59	1,57±0,57	0,006	0,001	0,027
ВАШ болю	5,90±1,87	7,00±1,51	7,78±1,15	0,011	0,001	0,021

чим, з можливою АЛ — вищим, а з АЛ — найвищим серед усіх груп. Аналогічно показник ASAS EF у хворих без АЛ виявився найнижчим, з АЛ — найвищим, а з можливою АЛ — займав проміжне положення. Загальний стан здоров'я та функцій у хворих на АС за індексом HAQ був найкращим у пацієнтів без АЛ, значуще гіршим — з можливою АЛ, і найгіршим — з АЛ. Хворим на АС з АЛ була притаманна істотно більша вираженість больового синдрому за оцінкою пацієнта з використанням візуальної аналогової шкали болю (ВАШ): у групі хворих без АЛ середнє значення показника за ВАШ відповідало помірній інтенсивності больового синдрому і було найнижчим серед усіх груп; у групі з можливою АЛ вираженість больового синдрому була значуще більшою, а з АЛ больовий синдром був найвищим серед усіх груп.

Закономірності, виявлені при аналізі кількісних показників за шкалами BASDAI та ASDAS-ESR, підтверджуються результатами розподілу обстежених пацієнтів на групи за активністю АС (табл. 4).

Дослідження особливостей якості життя у хворих на АС з урахуванням фактора АЛ дозволило встановити асоціацію АЛ з істотним погіршенням якості життя (табл. 5).

Показник якості життя ASQoL у хворих без АЛ свідчив про найкращу якість життя серед усіх груп, з можливою АЛ — показник якості життя відповідав гіршій якості життя, а з АЛ — був найгіршим. У пацієнтів без АЛ середнє значення показника за шкалою депресії HAM-D відповідало наявності ознак депресивного розладу легкого ступеня, з можливою АЛ — межі депресії легкого і середнього ступеня тяжкості, з АЛ — депресії середнього ступеня, ближче до тяжкої. Оцінка якості сну у хворих на АС виявила ознаки інсомнії у всіх групах; при цьому у хворих з АЛ значення показника за PSQI було найвищим і відповідало значному погіршенню якості

сну. Аналогічно, вираженість втоми була найменшою у хворих без АЛ, і найбільшою — з АЛ. У обстежених пацієнтів не виявлено значних когнітивних порушень, що сягають рівня деменції, однак окремі прояви когнітивної дисфункції зафіксовані в усіх досліджених групах.

Нами проаналізовано кореляційні зв'язки показника TAS-20 з показниками, що характеризують клінічну активність захворювання, функціональну здатність пацієнтів, стан їх здоров'я, якості життя та психосоціального функціонування, а також з віковими та антропометричними характеристиками. Результати однофакторного непараметричного кореляційного аналізу наведено у табл. 6.

АЛ у хворих на АС прямо корелює з ШОЕ, BASDAI та ASDAS-ESR, BASMI та BASFI, BAS-G, ASAS HI, ASAS EF та HAQ, ASQoL, ВАШ болю, MAF, PSQI та HAM-D. Кореляційні зв'язки переважно помірної сили. АЛ не була значуще пов'язана з тривалістю захворювання й антропометричними показниками.

ДИСКУСІЯ

Дослідження АЛ при АС є вкрай нечисленними, але порівняння одержаних нами даних з наявними публікаціями дозволяє говорити про доповнення і розширення існуючих наукових даних про зв'язок АЛ з клініко-феноменологічними та функціональними характеристиками АС.

Дані щодо значної поширеності АЛ у хворих на АС, одержані нами, повністю узгоджуються з даними інших авторів. Серед обстежених нами хворих у 28,3% відмічено ознаки АЛ, і ще у 22,8% виявлено можливу АЛ, що свідчить про наявність окремих ознак АЛ або про формування вторинних алекситимічних рис. Ці дані співпадають з результатами G. Cengiz та співавторів (2023) [14], які повідомляють про наявність АЛ у 31,8% хворих на АС, та

Таблиця 4

Структура рівнів активності та функціональних порушень									
Варіації ознаки	Без АЛ, n=62		Можлива АЛ, n=29		АЛ, n=36		p, 1–2	p, 1–3	p, 2–3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Активність за BASDAI									
Низька	17	27,4	6	20,7	1	2,8	0,339	0,001	0,027
Висока	45	72,6	23	79,3	35	97,2			
Активність за ASDAS-ESR									
Середня	8	12,9	0	0,0	2	5,6	0,040	0,212	0,303
Висока	29	46,8	14	48,3	9	25,0	0,536	0,026	0,046
Дуже висока	25	40,3	15	51,7	25	69,4	0,213	0,005	0,115
Рівні функціональних порушень за BASMI									
Помірні	59	95,2	23	79,3	20	55,6	0,027	0,001	0,039
Виражені	3	4,8	6	20,7	16	44,4			
Рівні функціональних порушень за BASFI									
Невиражені	25	40,3	5	17,2	3	8,3	0,024	0,005	0,239
Виражені	37	59,7	24	82,8	33	91,7			

Таблиця 5

Показники якості життя та стану психоемоційної сфери (у балах)						
Показник	Значення показника, M±CB			p		
	Без АЛ, n=62	Можлива АЛ, n=29	АЛ, n=36	1–2	1–3	2–3
ASQoL	9,03±4,36	10,86±2,76	12,72±3,46	0,035	0,001	0,009
MAF	25,16±11,04	31,48±10,07	36,86±7,77	0,010	0,001	0,013
PSQI	7,48±3,90	9,14±4,41	12,36±3,91	0,041	0,001	0,003
HAM-D	10,02±6,79	13,62±8,72	18,17±9,50	0,021	0,001	0,013
MMSE	28,06±1,49	27,45±1,30	27,75±1,57	0,051	0,305	0,516

Кореляційні зв'язки показника за TAS-20 з віковими, антропометричними характеристиками, індикаторами активності АС, функціональних порушень, стану здоров'я, якості життя та психоемоційної сфери пацієнтів

Показник	Труднощі в ідентифікації почуттів		Труднощі в описі почуттів		Екстернальне мислення		Загальний показник АЛ	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
Вік	0,197	0,026	0,186	0,036	0,237	0,007	0,255	0,004
Термін 1	0,153	0,086	0,138	0,123	0,185	0,037	0,195	0,028
Термін 2	0,161	0,070	0,142	0,112	0,209	0,018	0,227	0,010
Термін 3	0,090	0,315	0,029	0,747	0,096	0,285	0,116	0,193
Маса тіла	0,007	0,942	-0,019	0,830	0,204	0,021	0,097	0,276
Зріст	0,097	0,279	0,007	0,939	0,144	0,107	0,129	0,147
BMI	-0,008	0,929	0,016	0,860	0,180	0,043	0,088	0,326
SHOE	0,221	0,013	0,243	0,006	0,160	0,072	0,252	0,004
BASDAI	0,426	0,001	0,361	0,001	0,315	0,001	0,473	0,001
ASDAS-ESR	0,378	0,001	0,303	0,001	0,289	0,001	0,414	0,001
BASMI	0,385	0,001	0,268	0,002	0,330	0,001	0,427	0,001
BASFI	0,341	0,001	0,287	0,001	0,323	0,001	0,403	0,001
BAS-G 7 днів	0,358	0,001	0,324	0,001	0,354	0,001	0,431	0,001
BAS-G 6 міс	0,267	0,002	0,226	0,011	0,341	0,001	0,344	0,001
ASAS HI	0,364	0,001	0,345	0,001	0,262	0,003	0,429	0,001
ASAS EF	0,422	0,001	0,243	0,006	0,249	0,005	0,413	0,001
HAQ	0,399	0,001	0,296	0,001	0,397	0,001	0,475	0,001
ВАШ болю	0,379	0,001	0,407	0,001	0,323	0,001	0,476	0,001
ASQoL	0,348	0,001	0,302	0,001	0,219	0,013	0,383	0,001
MAF	0,323	0,001	0,244	0,006	0,415	0,001	0,429	0,001
PSQI	0,370	0,001	0,291	0,001	0,471	0,001	0,488	0,001
HAM-D	0,366	0,001	0,260	0,003	0,440	0,001	0,475	0,001
MMSE	-0,189	0,034	-0,152	0,088	-0,022	0,805	-0,147	0,099

R.V. Aaron та співавторів (2019), які наводять дані про 41% хворих з АЛ серед пацієнтів із захворюваннями, що супроводжуються хронічним больовим синдромом [11]. У дослідженні D. Karabıçak та співавторів (2021) також виявлено значуще вищі показники АЛ у хворих на АС порівняно з контрольною групою [13].

У нашому дослідженні пацієнти з АЛ мали значуще старший вік і більшу тривалість захворювання від появи перших скарг. На нашу думку, ці відмінності можуть бути пов'язані з феноменом вторинної (набутої) АЛ, який характеризується формуванням або збільшенням вираженості алекситимічних рис в процесі розвитку тяжкого соматичного захворювання. Підтвердженням цього можна вважати загально більшу тривалість захворювання в групах пацієнтів з наявною та можливою АЛ.

У нашому дослідженні підтверджено також зв'язок АЛ з гіршим клінічним перебігом АС та гіршими функціональними можливостями і станом здоров'я, що може бути опосередковано більшою тривалістю захворювання і співпадає з даними D. Karabıçak та співавторів (2021), які встановили позитивні кореляції між тривалістю скарг при АС та показниками за BASMI, BASFI та ASQoL. Водночас у згаданому дослідженні не виявлено позитивних кореляцій між TAS-20 і показниками BASMI, BASFI, BASDAI, ASQoL та депресії за Beck Depression Inventory [13]. Ми поділяємо думку авторів щодо зв'язку АЛ з більшою тривалістю АС, хоча одержані нами результати свідчать про більш складний характер взаємозв'язків між клінічними, психічними та психосоматичними факторами при АС. Вищі показники активності АС у пацієнтів з АЛ можуть бути опосередковані більшою тяжкістю захворю-

вання, однак при цьому слід мати на увазі, що наявність алекситимічних рис може знижувати комплаєнтність і погіршувати якість лікування, що також може стати фактором гіршого клінічного перебігу АС. Крім того, тяжкий перебіг АС зумовлює розвиток вторинної АЛ, створюючи взаємообтяжувальне хибне коло, в якому тяжчі форми АС провокують розвиток вторинної АЛ, а АЛ, своєю чергою, може впливати на ефективність лікування.

Закономірним є зв'язок АС з вираженими депресивними, астеничними та інсомнічними проявами і погіршенням якості життя. Дані нашого дослідження підтверджують ці зв'язки і повністю узгоджуються як з даними досліджень, що виявили асоційованість АС із психопатологічними розладами, — D. Karabıçak та співавторів (2021) [13], І.О. Кедика (2022) [9], так і з дослідженнями, які встановили зв'язок АЛ та депресії та інших психопатологічних розладів, — R.V. Aaron та співавторів (2019) [11], Т.А. Вен та співавторів (2019) [8], Є.І. Шалковського та співавторів (2024) [12].

Загалом одержані дані дають підстави вважати АЛ важливим фактором негативного впливу на клінічні особливості АС, функціональні можливості хворих, їх якість життя та психосоціального функціонування. Водночас складність взаємозв'язків АЛ з іншими факторами у патогенезі АС потребує подальших досліджень.

ВИСНОВКИ

1. Хворим на АС притаманна висока поширеність АЛ: у 28,3% виявлено явні ознаки АЛ, ще у 22,8% — окремі її прояви (можливу АЛ).

2. АЛ у хворих на АС значуще пов'язана з гіршими показниками активності АС, функціональних

порушень та стану здоров'я порівняно з хворими без АЛ та з можливою АЛ.

3. Хворим на АС притаманні виражені психопатологічні порушення, основою яких є депресивні, інсомнічні та астеничні симптоми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Barnett R., Ingram T., Sengupta R. (2020) Axial spondyloarthritis 10 years on: still looking for the lost tribe. *Rheumatology*, 59(4): iv25–iv37. doi: 10.1093/rheumatology/keaa472.
2. Zhu W., He X., Cheng K. et al. (2019) Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Res.*, 7: 22. doi: 10.1038/s41413-019-0057-8.
3. Song S.Y., Ko Y.B., Kim H. et al. (2022) Effect of serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors for patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 99(1): e18653. doi: 10.1097/MD.00000000000018653.
4. Xu D.H., Cullen B.D., Tang M. et al. (2020) The effectiveness of topical cannabidiol oil in symptomatic relief of peripheral neuropathy of the lower extremities. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 21(5): 390–402. doi: 10.2174/1389201020666191202111534.
5. Fang M.L., Wu C.S., Weng L.C. et al. (2019) Factors associated with depressive symptoms in patients with ankylosing spondylitis in Northern Taiwan. *PLoS One*, 14(10): e0224298. doi: 10.1371/journal.pone.0224298.
6. Ma T., Geng Y., Li P. (2022) Depression in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol & Autoimmun*, 2: 69–75. doi: 10.1002/rai2.12020.
7. Reddy K.N., Sabu N., Pandey N. et al. (2021) Anxiety and depression among patients with axial spondyloarthritis. *Eur. J. Rheumatol.*, 9(1): 8–13. doi: 10.5152/eurjrheum.2021.21022.
8. Ben T.A., Mahmoud I., Hamd I. et al. (2019) Depression and anxiety in spondyloarthritis: Prevalence and relationship with clinical parameters and self-reported outcome measures. *Turk. J. Psychiatry*, 130(2): 90–98. PMID: 31487374.
9. Кедик І.О. (2022) Нейропатичний біль при анкілозивному спондиліті та особливості психопатологічного реагування. *Український журнал медицини, біології та спорту*, 6: 89–94. doi: 10.26693/jmbs07.06.089
10. Nemia J.C., Freyberger H., Sifneos P.E. (1976) Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 3: 430–439.
11. Aaron R.V., Fisher E.A., de la Vega R. et al. (2019) Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 160(5): 994–1006. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001487.
12. Шалковський Є.І., Кузьміна Н.В., Станіславчук М.А. (2024) Ефективність лікування хворих на ревматоїдний артрит: зв'язок з алекситимією та гліальним нейротрофічним фактором. *Український ревматологічний журнал*, 1(95): 57–62. doi: 10.32471/rheumatology.2707-6970.95.18695.
13. Karabıçak D., Doğruöz Karatekin B., İçağasıoğlu A. (2021) Alexithymia in ankylosing spondylitis. *Turk. J. Phys. Med. Rehabil.*, 67(3): 344–350. doi: 10.5606/tftrd.2021.6415.
14. Cengiz G., Şaş S., Kaplan H. et al. (2023) The influence of alexithymia on disease activity and quality of life in patients with axial spondyloarthritis: A cross-sectional study. *Int. J. Rheum. Dis.*, 26(6): 1091–1102. doi: 10.1111/1756-185X.14704.
15. Ebrahimiadib N., Berijani S., Ghahari M. et al. (2021) Ankylosing Spondylitis. *J. Ophthalmic. Vis. Res.*, 29, 16(3): 462–469. doi: 10.18502/jovr.v16i3.9440.
16. Linden S.V.D., Valkenburg H.A., Cats A. (1984) Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism*, 27(4): 361–368. doi: 10.1002/art.1780270401.
17. Василюк В.В., Шаповал І.І., Шалковський Є.І. та ін. (2023) Крос-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 1(91): 1–7. doi: 10.32471/rheumatology.2707-6970.91.17556.
18. Fanton S., Azevedo L.C., Vargas D.M. (2022) Alexithymia in obese adolescents is associated with severe obesity and binge eating behavior. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 98(3): 264–269. doi: 10.1016/j.jped.2021.06.003.
19. Garrett S., Jenkinson T., Kennedy L.G. et al. (1994) A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J. Rheumatol.*, 21(12): 2286–2291. PMID: 7699630.
20. Machado P., Landewé R., Lie E. et al. (2011) Assessment of SpondyloArthritis international Society. Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS): defining cut-off values for disease activity states and improvement scores. *Annals of the rheumatic diseases*, 70(1): 47–53. doi: 10.1136/ard.2010.138594.
21. Calin A., Garrett S., Whitelock H. et al. (1994) A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *The Journal of rheumatology*, 21(12): 2281–2285. PMID: 7699629.
22. Jenkinson T.R., Mallorie P.A., Whitelock H.C. et al. (1994) Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *The Journal of rheumatology*, 21(9): 1694–1698. PMID: 7799351.
23. Jones S.D., Porter J., Garrett S.L. et al. (1995) A new scoring system for the Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI). *The Journal of Rheumatology*, 22(8): 1609. PMID: 7473496.
24. Bruce B., Fries J.F. (2003) The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. *The Journal of rheumatology*, 30(1): 167–178. PMID: 12508408.
25. Станіславчук М.А., Шаповал І.І., Заїчко К.О. (2016) Адаптація та валідація україномовної версії ASAS Health Index and Environmental Factors у хворих на анкілозивний спондилоартрит. *Український ревматологічний журнал*, 65(3): 55–58.
26. Jones S.D., Steiner A., Garrett S.L. et al. (1996) The bath ankylosing spondylitis patient global score (BAS-G). *Rheumatology*, 35(1): 66–71. doi: 10.1093/rheumatology/35.1.66.
27. Doward L.C., Spoorenberg A., Cook S.A. et al. (2003) Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis.*, 62(1): 20–26. doi: 10.1136/ard.62.1.20.
28. Belza B., Miyawaki C.E., Liu M. et al. (2018) A Systematic Review of Studies Using the Multidimensional Assessment of Fatigue Scale. *J. Nurs. Meas.*, 26(1): 36–75. doi: 10.1891/1061-3749.26.1.36.
29. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H. et al. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2): 193–213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
30. Hamilton M. (1960) A rating scale for depression by Max Hamilton. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 23: 56–62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.
31. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975) «Minimal state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3): 189–198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

CLINICAL FEATURES OF ANKYLOSING SPONDYLITIS COMORBID WITH ALEXITHYMIA

V.V. Vasylets, M.A. Stanislavchuk

National Pirogov Memorial Medical University,
Vinnitsya

Abstract. Studying the relationship between alexithymia and clinical and phenomenological features, quality of life, and psychosocial functioning is important for improving treatment and diagnostic approaches in ankylosing spondylitis. **The aim:** to establish the characteristics of clinical

manifestations, quality of life and psychoemotional response of patients with ankylosing spondylitis with comorbid alexithymia. **Materials and methods.** 127 patients with ankylosing spondylitis were clinically examined: 62 with no alexithymia, 29 with possible alexithymia, and 36 with alexithymia.

Results. Signs of pronounced alexithymia were detected in 28.3% of patients with AS, individual manifestations of alexithymia — in 22.8%. A significant deterioration was found with increasing manifestations of alexithymia in the indicators of clinical activity of AS BASDAI (in patients without alexithymia 4.80 ± 1.86 points, in patients with a possible alexithymia 5.87 ± 1.77 points, and in patients with alexithymia 6.91 ± 1.83 points); ASDAS-ESR (respectively 3.22 ± 0.91 points, 3.59 ± 0.89 points and 3.94 ± 0.79 points); indicators of functional disorders BASMI (respectively 3.27 ± 1.48 points, 4.00 ± 1.63 points and 5.22 ± 2.07 points); BASFI (4.42 ± 2.31 points, 5.56 ± 1.75 points and 6.39 ± 1.87 points); BAS-G (7 days) (5.61 ± 2.15 points, 6.69 ± 1.93 points and 7.42 ± 1.65 points, respectively); health indicators ASAS HI (7.21 ± 3.15 points, 8.93 ± 2.34 points and 10.58 ± 3.66 points, respectively); ASAS EF (2.76 ± 1.36 points, 3.59 ± 1.24 points and 4.08 ± 1.36 points, respectively), HAQ (0.87 ± 0.59 points, 1.28 ± 0.59 points and 1.57 ± 0.57 points, respectively); severity of pain

syndrome according to VAS (5.90 ± 1.87 points, 7.00 ± 1.51 points and 7.78 ± 1.15 points, respectively); quality of life indicator ASQoL (9.03 ± 4.36 points, 10.86 ± 2.76 points and 12.72 ± 3.46 points, respectively). In patients without alexithymia, signs of mild depression according to HAM-D (10.02 ± 6.79 points) were detected, in patients with possible alexithymia — depression of mild and moderate severity (13.62 ± 8.72 points), in patients with alexithymia — depression of moderate severity (18.17 ± 9.50 points). A high prevalence of moderate and severe dyssomnias in AS patients (PSQI score 7.48 ± 3.90 points, 9.14 ± 4.41 points and 12.36 ± 3.91 points, respectively) and chronic fatigue (MAF score 25.16 ± 11.04 points, 31.48 ± 10.07 points and 36.86 ± 7.77 points, respectively) was found. Significant ($p < 0.01$) positive correlations of moderate strength were found between the TAS-20 score and the ESR, BASDAI, ASDAS-ESR, BASMI, BASFI, BAS-G, ASAS, HAQ, VAS pain, ASQoL, MAF, PSQI and HAM-D. **Conclusions.** Patients with AS have a high prevalence of alexithymia, which is associated with worse indicators of AS clinical activity, functional impairment and health status, and greater severity of psychopathological disorders.

Key words: ankylosing spondylitis, alexithymia, clinical features, depression, quality of life.

Відомості про авторів

Василець Вікторія Вікторівна, аспірантка, кафедра внутрішньої медицини № 1, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

E-mail: vasilets2005@yahoo.com

ORCID: 0009-0003-1172-3060

Станіславчук Микола Адамович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

E-mail: mstanislav53@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0001-8505-5999

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

FDA вперше за понад 20 років схвалило знеболювальний засіб нового покоління

Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США (Food and Drug Administration — FDA) 30 січня вперше за понад 20 років схвалило знеболювальний засіб нового покоління. Він не викликає звикання, як, наприклад, опіоїди при зловживанні, хоча він так само ефективний у полегшенні болю. Journavx (сузетригін, таблетки 50 мг) є першим схваленим у цьому новому класі знеболювальним препаратом.

Сузетригін від компанії «Vertex Pharmaceuticals Incorporated» зменшує вираженість болю, спрямовуючись на сигнальний шлях болю, що включає натрієві канали в периферичній нервовій системі, перш ніж сигнали про біль досягнуть головного мозку», — зазначила Жаклін Корріган-Кюрей (Jacqueline Corrigan-Curay), виконувачка обов'язків директора Центру оцін-

ки та дослідження ліків FDA. FDA вже давно підтримує розробку неопіоїдного лікування болю.

Ефективність препарату оцінювалася у двох рандомізованих подвійних сліпих плацебо- та активно-контрольованих дослідженнях гострого хірургічного болю, одне — після абдомінопластики, а інше — після буніонектомії (видалення виступаючого боку голівки плюсневої кістки). Він протипоказаний для одночасного застосування з сильними інгібіторами CYP 3A (наприклад кларитроміцином, ітраконазолом, кетоконазолом, лопінавіром, ритонавіром). Крім того, під час прийому сузетригіну пацієнтам слід уникати їжі та напоїв, що містять грейпфрут.

Препарат отримав від FDA позначення «проривні ліки» (Breakthrough Therapy), «швидке проходження» (Fast Track) і «пріоритетний розгляд» (Priority Review).

Редакція журналу «Український медичний часопис» за матеріалами www.fda.gov, news.vrtx.com