

В.В. Василиць
М.А. СтаніславчукВінницький національний
медичний університет
імені М.І. Пирогова**Ключові слова:** анкілозивний
спондиліт, алекситимія,
ефективність лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ, КОМОРБІДНИЙ З АЛЕКСИТИМІЄЮ

Дослідження факторів, що впливають на ефективність терапії анкілозивного спондиліту, є дієвим засобом покращення лікувальних заходів при цьому захворюванні. **Мета дослідження:** оцінити ефективність лікування хворих на анкілозивний спондиліт, коморбідний з алекситимією. **Матеріали і методи.** Оцінено ефективність лікування 127 хворих на анкілозивний спондиліт: 62 хворих без алекситимії, 29 — з можливою алекситимією, 36 — з алекситимією. **Результати.** Виявлено кращу динаміку показників активності, функціональної здатності і стану здоров'я хворих без алекситимії порівняно з пацієнтами з можливою алекситимією та наявністю алекситимії, що проявлялося зниженням показників швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) відповідно з $26,44 \pm 16,34$ до $16,89 \pm 8,64$, з $25,93 \pm 16,77$ до $18,21 \pm 10,01$ і з $33,50 \pm 18,55$ до $23,47 \pm 12,98$ мм/год; Bath AS Disease Activity Index (BASDAI) відповідно з $4,80 \pm 1,86$ до $4,15 \pm 1,78$, з $5,87 \pm 1,77$ до $5,13 \pm 1,71$ і з $6,91 \pm 1,83$ до $6,03 \pm 1,55$ бала; Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS-ESR) відповідно з $3,22 \pm 0,91$ до $2,78 \pm 0,78$, з $3,59 \pm 0,89$ до $3,11 \pm 0,78$ і з $3,94 \pm 0,79$ до $3,53 \pm 0,80$ бала; Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) відповідно з $3,27 \pm 1,48$ до $2,65 \pm 1,42$, з $4,00 \pm 1,63$ до $3,52 \pm 1,55$, і з $5,22 \pm 2,07$ до $4,61 \pm 1,95$ бала; Bath AS Functional Index (BASFI) відповідно з $4,42 \pm 2,31$ до $3,75 \pm 2,26$, з $5,56 \pm 1,75$ до $4,87 \pm 1,83$ і з $6,39 \pm 1,87$ до $5,48 \pm 2,04$ бала; Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G) 7 днів відповідно з $5,61 \pm 2,15$ до $4,31 \pm 1,95$, з $6,69 \pm 1,93$ до $5,48 \pm 1,81$ і з $7,42 \pm 1,65$ до $6,44 \pm 1,66$ бала; BAS-G 6 міс відповідно з $5,77 \pm 2,15$ до $5,29 \pm 2,18$, з $6,59 \pm 1,80$ до $6,03 \pm 2,11$ і з $7,17 \pm 2,04$ до $6,67 \pm 2,00$ бала; ASAS Health Index and Environmental Factors (ASAS) HI відповідно з $7,21 \pm 3,15$ до $6,15 \pm 3,10$, з $8,93 \pm 2,34$ до $7,69 \pm 2,30$ і з $10,58 \pm 3,66$ до $8,50 \pm 3,84$ бала; ASAS EF відповідно з $2,76 \pm 1,36$ до $2,29 \pm 1,11$, з $3,59 \pm 1,24$ до $2,79 \pm 1,05$ і з $4,08 \pm 1,36$ до $3,44 \pm 1,46$ бала; Health Assessment Questionnaire (HAQ) відповідно з $0,87 \pm 0,59$ до $0,82 \pm 0,60$, з $1,28 \pm 0,59$ до $1,05 \pm 0,56$ і з $1,57 \pm 0,57$ до $0,95 \pm 0,53$ бала; візуальної аналогової шкали (ВАШ) болю відповідно з $5,90 \pm 1,87$ до $4,82 \pm 1,79$, з $7,00 \pm 1,51$ до $5,66 \pm 1,29$ і з $7,78 \pm 1,15$ до $6,44 \pm 1,44$ бала. Стандартна терапія дозволила досягти відповідності критеріям Assessment of SpondyloArthritis International Society 20% (ASAS 20) у 38,7% хворих без алекситимії, у 20,7% — з можливою алекситимією, і у 13,9% — з алекситимією, критеріям Assessment of SpondyloArthritis international Society 40% (ASAS 40) — відповідно у 11,3; 3,4 та 2,8% пацієнтів. Стандартна терапія значуще покращила якість життя та стан психоемоційної сфери хворих, а також показники за шкалою алекситимії Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). При цьому найкращі показники в динаміці лікування виявлені у хворих без алекситимії, а найгірші — з алекситимією. **Висновки.** Стандартне лікування анкілозивного спондиліту дозволяє досягти зниження активності захворювання, покращення функціональних можливостей, стану здоров'я та якості життя пацієнтів, і зменшити вираженість психопатологічних проявів, асоційованих з анкілозивним спондилітом, при цьому алекситимія є актуальним фактором резистентності до лікування.

Лікування анкілозивного спондиліту (АС) є однією з найбільш складних і досі не розв'язаних задач сучасної ревматології. Складність і багатофак-

торність етіопатогенетичних механізмів АС, поліморфність клінічної картини захворювання, висока резистентність до терапії зумовлюють необхідність

вивчення актуальних факторів, які можуть впливати на ефективність лікування АС [1–3].

Одним із важливих факторів, що може чинити істотний вплив на перебіг та ефективність лікування АС, є алекситимія (АЛ) — порушення здатності індивіда ідентифікувати та описувати власні почуття, емоції та соматичні симптоми [4]. Дослідження впливу АЛ на перебіг соматичних захворювань наразі є нечисленними, але наявні наукові дані дозволяють вважати цю патологію одним із значущих чинників резистентності до лікування при широкому колі соматичних захворювань [5–8]. В основі негативного впливу АЛ на результативність лікування лежать системні порушення когнітивного функціонування, що проявляються збідненням інтроспективного та конкретного мислення і недостатньою розвиненістю уяви; внаслідок цього пацієнти з АЛ не здатні ідентифікувати і вербалізувати власні соматичні симптоми та почуття, що значно ускладнює діагностику і диференціацію захворювань, а також погіршує ефективність лікування [9–11]. У пацієнтів із ревматичними захворюваннями з коморбідною АЛ виявлено вищу активність хвороби, гірші функціональні можливості та більшу вираженість больового синдрому, а також виражені психопатологічні порушення, що зумовлюють значне погіршення якості життя та соціального функціонування хворих [12, 13].

АС і АЛ пов'язані спільними патогенетичними і патофизиологічними механізмами: хворі з АС особливо вразливі до дії психоемоційного стресу, а прояви психопатологічних порушень корелюють з показниками активності АС і функціональних порушень, що робить психологічні фактори, зокрема АЛ, такими ж важливими, як і фізичні, з точки зору життєдіяльності та якості життя хворих на АС [14]. У пацієнтів з АС виявлено не лише значну поширеність АЛ, що сягає 30–40%, а й глибокі порушення психічного функціонування, що тісно пов'язані з АЛ, зокрема, депресивні, тривожні та обсесивно-фобічні розлади, а також стійкі патохарактерологічні трансформації, що істотно впливають на ефективність терапії АС [15–19].

Усе це потребує поглиблених досліджень впливу АЛ на ефективність лікування АС з метою визначення актуальних факторів резистентності до терапії та удосконалення існуючих лікувальних підходів при АС.

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування хворих на АС, коморбідний з АЛ.

Об'єктом дослідження є ефективність лікування хворих на АС, коморбідний з АЛ, предметом — динаміка активності АС, функціональних порушень, стану здоров'я, якості життя та психоемоційної сфери в процесі лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Відповідно до принципів біомедицинської етики, на підставі інформованої згоди протягом 2021–2024 рр. нами обстежено 127 пацієнтів, яким встановлено діагноз АС відповідно до модифікованих Нью-Йоркських критеріїв [20] і які перебували на лікуванні у комунальному некомерційному підприємстві «Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова» та у відділен-

ні ревматології багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету. Визначення наявності АЛ проводили за допомогою адаптованої і валідизованої нами українською мовою версії Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) [21]. Обстежені пацієнти були розділені на 3 групи за результатами оцінки за TAS-20: 1-шу групу (62 особи) склали хворі зі значеннями за TAS-20 до 52 балів (група «без АЛ»), 2-гу групу (29 осіб) — хворі зі значеннями за TAS-20 52–60 балів (група «можлива АЛ»); 3-тю групу (36 осіб) — хворі зі значеннями за TAS-20 понад 60 балів (група «АЛ») [22]. Середній вік хворих без АЛ становив $40,2 \pm 10,6$ року, з можливою АЛ — $43,3 \pm 10,5$ року, з АЛ — $45,8 \pm 9,9$ року, середня тривалість захворювання від встановлення діагнозу АС — $5,5 \pm 3,7$; $7,6 \pm 6,9$ та $7,3 \pm 4,9$ року відповідно. Вивчено ефективність лікування хворих зазначених груп із застосуванням стандартної терапії відповідно до чинних клінічних протоколів та настанов, яка включала призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) (щонайменше протягом 2 тиж у стабільній дозі до моменту включення в дослідження і протягом усього терміну спостереження — 12 тиж), базисну терапію з призначенням метотрексату або сульфасалазину в стабільній дозі, яку почали отримувати щонайменше за 4 тиж до включення в дослідження. Оцінку ефективності лікування здійснювали через 12 тиж від початку лікування за критеріями Assessment of SpondyloArthritis international Society 20% (ASAS 20) та Assessment of SpondyloArthritis international Society 40% (ASAS 40) [23], а також за динамікою активності АС — Bath AS Disease Activity Index (BASDAI) [24] та Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) [25], вираженості функціональних порушень — Bath AS Functional Index (BASFI) [26] та Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) [27, 28], загальним станом здоров'я та функціями пацієнтів — за Health Assessment Questionnaire (HAQ) [29], ASAS Health Index and Environmental Factors (ASAS HI/EF) [30] та Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G) [31], динамікою якості життя — за Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire (ASQoL) [32], оцінкою рівня втоми — за Multidimensional Assessment Of Fatigue Scale (MAF) [33], оцінкою якості сну — за Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [34], вираженості депресії — за Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) [35] та рівнем когнітивного функціонування — за Mini-Mental State Examination (MMSE) [36].

Статистичний аналіз включав описову статистику, аналіз розбіжностей та кореляцій. Статистичну значущість розбіжностей у кількісних змінних визначали за допомогою непараметричного тесту Манна — Уїтні, категоризованих за допомогою точного критерію Фішера. Кореляційний аналіз виконували за допомогою методу рангових кореляцій Спірмена. Прийнятним вважався рівень статистичної значущості розбіжностей і кореляцій понад 95,0% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загалом під впливом стандартного лікування відбулися позитивні зміни в усіх досліджених групах, хоча динаміка змін різних показників в окремих групах була нерівнозначною.

При дослідженні динаміки швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) у процесі лікування встановлено, що зниження цього показника при порівнянні до і після лікування в усіх досліджених групах було значущим ($p < 0,0001$). При цьому найбільш суттєве зниження ШОЕ виявлено у групі без АЛ: на $29,2 \pm 31,4\%$ (з $26,44 \pm 16,34$ до $16,89 \pm 8,64$ мм/год). У групі пацієнтів з АЛ зниження ШОЕ було меншим — на $21,6 \pm 39,4\%$ (з $33,50 \pm 18,55$ до $23,47 \pm 12,98$ мм/год). Слід зазначити, що показник ШОЕ після лікування у групі з АЛ був найвищим, а у групі без АЛ — найнижчим, і розбіжності між цими групами виявилися статистично значущими ($p < 0,05$) (табл. 1).

Динаміка показників BASDAI та ASDAS-ESR, що характеризують активність АС, в процесі лікування була значущою ($p < 0,0001$) і схожою в усіх досліджених групах. Показник BASDAI у хворих усіх трьох груп знизився однаковою мірою — близько 10%, однак значення показника BASDAI після лікування у хворих без АЛ було значуще меншим порівняно з хворими з можливою АЛ ($p < 0,05$) та хворими з АЛ ($p < 0,01$), а у пацієнтів з можливою АЛ — значуще нижчим, ніж у хворих без АЛ ($p < 0,05$).

Динаміка показника ASDAS-ESR була схожою; при цьому найкраща динаміка за цим показником виявлена у хворих без АЛ: зниження на $12,0 \pm 17,3\%$ (з $3,22 \pm 0,91$ до $2,78 \pm 0,78$ бала), менша — у хворих з можливою АЛ: на $11,9 \pm 16,0\%$ (з $3,59 \pm 0,89$ до $3,11 \pm 0,78$ бала), а у групі з АЛ — найнижча: на $10,2 \pm 10,4\%$ (з $3,94 \pm 0,79$ до $3,53 \pm 0,80$ бала). У хворих без АЛ значення показника ASDAS-ESR після лікування було найнижчим, а у хворих з АЛ — найвищим; розбіжності статистично значущі при порівнянні групи з АЛ з групою без АЛ ($p < 0,01$) та групою з можливою АЛ ($p < 0,05$).

У пацієнтів без АЛ динаміка показників за шкалою BASMI у процесі лікування була найкращою: показник знизився з $3,27 \pm 1,48$ до $2,65 \pm 1,42$ бала (на $22,0 \pm 26,8\%$). У групах пацієнтів з можливою АЛ та з АЛ динаміка була істотно нижчою і приблизно однаковою: з $4,00 \pm 1,63$ до $3,52 \pm 1,55$ бала (зниження на $12,5 \pm 18,0\%$) та з $5,22 \pm 2,07$ до $4,61 \pm 1,95$ бала (зниження на $12,5 \pm 17,4\%$) відповідно. Показник за шкалою BASMI після лікування у хворих без АЛ був значуще кращим порівняно з хворими з можливою АЛ ($p < 0,05$) та з АЛ ($p < 0,01$), а у пацієнтів з мож-

Таблиця 1

Показники активності захворювання, функціональних порушень, стану здоров'я та вираженості больового синдрому (у балах) до і після лікування

Показник	Значення показника, $M \pm CB$			p		
	Без АЛ, n=62	Можлива АЛ, n=29	АЛ, n=36	1–2	1–3	2–3
До лікування						
ШОЕ, мм/год	$26,44 \pm 16,34$	$25,93 \pm 16,77$	$33,50 \pm 18,55$	0,711	0,037	0,102
BASDAI	$4,80 \pm 1,86$	$5,87 \pm 1,77$	$6,91 \pm 1,83$	0,032	<0,001	0,025
ASDAS-ESR	$3,22 \pm 0,91$	$3,59 \pm 0,89$	$3,94 \pm 0,79$	0,135	<0,001	0,040
BASMI	$3,27 \pm 1,48$	$4,00 \pm 1,63$	$5,22 \pm 2,07$	0,047	<0,001	0,019
BASFI	$4,42 \pm 2,31$	$5,56 \pm 1,75$	$6,39 \pm 1,87$	0,045	<0,001	0,030
BAS-G 7 днів	$5,61 \pm 2,15$	$6,69 \pm 1,93$	$7,42 \pm 1,65$	0,040	<0,001	0,154
BAS-G 6 міс	$5,77 \pm 2,15$	$6,59 \pm 1,80$	$7,17 \pm 2,04$	0,149	0,003	0,163
ASAS HI	$7,21 \pm 3,15$	$8,93 \pm 2,34$	$10,58 \pm 3,66$	0,007	<0,001	0,032
ASAS EF	$2,76 \pm 1,36$	$3,59 \pm 1,24$	$4,08 \pm 1,36$	0,005	<0,001	0,098
HAQ	$0,87 \pm 0,59$	$1,28 \pm 0,59$	$1,57 \pm 0,57$	0,006	<0,001	0,027
ВАШ болю	$5,90 \pm 1,87$	$7,00 \pm 1,51$	$7,78 \pm 1,15$	0,011	<0,001	0,021
Після лікування						
ШОЕ, мм/год	$16,89 \pm 8,64$	$18,21 \pm 10,01$	$23,47 \pm 12,98$	0,582	0,014	0,122
BASDAI	$4,15 \pm 1,78$	$5,13 \pm 1,71$	$6,03 \pm 1,55$	0,049	<0,001	0,043
ASDAS-ESR	$2,78 \pm 0,78$	$3,11 \pm 0,78$	$3,53 \pm 0,80$	0,096	<0,001	0,048
BASMI	$2,65 \pm 1,42$	$3,52 \pm 1,55$	$4,61 \pm 1,95$	0,015	<0,001	0,015
BASFI	$3,75 \pm 2,26$	$4,87 \pm 1,83$	$5,48 \pm 2,04$	0,026	<0,001	0,056
BAS-G 7 днів	$4,31 \pm 1,95$	$5,48 \pm 1,81$	$6,44 \pm 1,66$	0,016	<0,001	0,031
BAS-G 6 міс	$5,29 \pm 2,18$	$6,03 \pm 2,11$	$6,67 \pm 2,00$	0,140	0,003	0,174
ASAS HI	$6,15 \pm 3,10$	$7,69 \pm 2,30$	$8,50 \pm 3,84$	0,006	0,001	0,250
ASAS EF	$2,29 \pm 1,11$	$2,79 \pm 1,05$	$3,44 \pm 1,46$	0,021	<0,001	0,070
HAQ	$0,82 \pm 0,60$	$1,05 \pm 0,56$	$0,95 \pm 0,53$	0,063	0,178	0,569
ВАШ болю	$4,82 \pm 1,79$	$5,66 \pm 1,29$	$6,44 \pm 1,44$	0,030	<0,001	0,038

Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) у показниках до і після лікування

	Без АЛ, n=62	Можлива АЛ, n=29	АЛ, n=36
ШОЕ, мм/год	<0,001	<0,001	<0,001
BASDAI	<0,001	<0,001	<0,001
ASDAS-ESR	<0,001	<0,001	<0,001
BASMI	<0,001	0,001	<0,001
BASFI	<0,001	<0,001	<0,001
BAS-G 7 днів	<0,001	<0,001	<0,001
BAS-G 6 міс	0,025	0,502	0,136
ASAS HI	<0,001	0,010	<0,001
ASAS EF	<0,001	0,001	0,002
HAQ	0,001	0,004	<0,001
ВАШ болю	<0,001	<0,001	<0,001

Примітки. Тут і далі: M – середнє значення, CB – стандартне відхилення; p – статистична значущість розбіжностей.

ливою АЛ — значуще кращим порівняно з хворими з АЛ ($p < 0,05$).

Показник за шкалою BASFI у групі пацієнтів без АЛ також виявив найкращу динаміку: зниження становило $15,8 \pm 28,4\%$ (з $4,42 \pm 2,31$ до $3,75 \pm 2,26$ бала). Як показник за шкалою BASMI, так і показник BASFI після лікування у хворих без АЛ був значуще кращим порівняно з хворими з можливою АЛ ($p < 0,05$) та з АЛ ($p < 0,01$), а у пацієнтів з можливою АЛ — значуще кращим порівняно з хворими з АЛ ($p < 0,05$). В усіх групах зниження показників BASMI та BASFI після лікування порівняно з показником до початку лікування було статистично значущим ($p < 0,001$).

Дещо менш вираженими були відмінності між групами у покращенні стану здоров'я в процесі лікування, хоча й тут виявлена загальна тенденція до вищої ефективності терапії у хворих без АЛ.

Так, показник за BAS-G (7 днів) продемонстрував найбільш виражені відмінності залежно від АЛ. У групі пацієнтів без АЛ його зниження було найбільшим: на $17,0 \pm 58,1\%$ (з $5,61 \pm 2,15$ до $4,31 \pm 1,95$ бала), у групі пацієнтів з можливою АЛ — меншим щодо 1-ї групи: на $16,3 \pm 17,9\%$ (з $6,69 \pm 1,93$ до $5,48 \pm 1,81$ бала), а у групі з АЛ — найменшим: на $11,5 \pm 19,1\%$ (з $7,42 \pm 1,65$ до $6,44 \pm 1,66$ бала). В усіх групах зниження показника BAS-G (7 днів) після лікування відносно показника до лікування було статистично значущим ($p < 0,0001$).

Показник BAS-G (6 міс) змінився істотно менше, хоча й щодо нього зберігалася загальна закономірність кращої динаміки у хворих без АЛ, дещо гіршої — у хворих з можливою АЛ, і найгіршої — у хворих з АЛ. Розбіжності у показниках BAS-G (6 міс) після лікування значущі при порівнянні груп без АЛ та з АЛ ($p < 0,01$), а при порівнянні показників до і після лікування — лише у групі без АЛ ($p = 0,025$).

Більш складною виявилася динаміка за показниками ASAS HI та ASAS EF. У пацієнтів без АЛ виявлено зниження показника ASAS HI в процесі лікування з $7,21 \pm 3,15$ до $6,15 \pm 3,10$ бала (на $13,0 \pm 41,4\%$), у пацієнтів з можливою АЛ — з $8,93 \pm 2,34$ до $7,69 \pm 2,30$ бала (на $11,3 \pm 25,3\%$), і у пацієнтів з АЛ — з $10,58 \pm 3,66$ до $8,50 \pm 3,84$ бала (на $20,0 \pm 23,9\%$). При цьому в усіх групах відмічено значуще зниження показника в процесі лікування ($p < 0,01$), а показники після лікування були найкращими у хворих без АЛ, і найгіршими — у хворих з АЛ.

Показник ASAS EF у групі хворих без АЛ під впливом лікування знизився з $2,76 \pm 1,36$ до $2,29 \pm 1,11$ бала (на $7,7 \pm 43,2\%$), у групі хворих з можливою АЛ — з $3,59 \pm 1,24$ до $2,79 \pm 1,05$ бала (на $20,6 \pm 23,8\%$), і у групі хворих з АЛ — з $4,08 \pm 1,36$ до $3,44 \pm 1,46$ бала (на $13,6 \pm 27,2\%$). Динаміка ASAS EF в процесі лікування була значущою в усіх групах ($p < 0,01$), при цьому показники після лікування у групі без АЛ були найкращими, у групі з можливою АЛ — гіршими порівняно з групою без АЛ, і у групі з АЛ — найгіршими з усіх груп.

Показник HAQ у групі пацієнтів без АЛ під впливом лікування знизився з $0,87 \pm 0,59$ до $0,82 \pm 0,60$ бала, у групі пацієнтів з можливою АЛ — з $1,28 \pm 0,59$ до $1,05 \pm 0,56$ бала, а у групі з АЛ — з $1,57 \pm 0,57$ до $0,95 \pm 0,53$ бала. Зниження показника HAQ після лікування порівняно з показником до лікування в усіх

групах було статистично значущим ($p < 0,01$); значення показника після лікування було найгіршим у хворих з можливою АЛ, і кращим — у хворих з АЛ, однак розбіжності між групами статистично незначущі ($p > 0,05$).

Динаміка зменшення вираженості больового синдрому в процесі лікування була найкращою у пацієнтів без АЛ, при тому що початкова інтенсивність болю у цій групі була найнижчою. Зниження показника за VAS болю у цій групі становило $18,2 \pm 26,0\%$ (з $5,90 \pm 1,87$ до $4,82 \pm 1,79$ бала), у групі пацієнтів з можливою АЛ зниження було меншим: на $17,8 \pm 16,7\%$ (з $7,00 \pm 1,51$ до $5,66 \pm 1,29$ бала), а у групі з АЛ — найменшим — на $17,5 \pm 11,6\%$ (з $7,78 \pm 1,15$ до $6,44 \pm 1,44$ бала). Динаміка зменшення вираженості болю в процесі лікування в усіх групах була значущою ($p < 0,0001$), а інтенсивність больового синдрому після лікування залишалася найвищою у хворих з АЛ, значуще нижчою — у хворих з можливою АЛ, і найнижчою — у хворих без АЛ.

Результати, отримані при аналізі кількісних показників за шкалами BASDAI та ASDAS-ESR, підтверджуються даними вивчення розподілу пацієнтів на групи за цими шкалами.

Так, питома вага хворих з високою активністю АС за шкалою BASDAI у групі пацієнтів без АЛ зменшилася з 72,6 до 59,7%, а з низькою активністю — збільшилася з 27,4 до 40,3% (на 12,9%); у групі пацієнтів з можливою АЛ питома вага хворих з високою активністю зменшилася з 79,3 до 72,4%, а з низькою — збільшилася з 20,7 до 27,6% (на 6,9%); у групі пацієнтів з АЛ зменшення питомої ваги хворих з високою активністю АС і збільшення з низькою становило 8,3% (відповідно з 97,2 до 88,9% та з 2,8 до 11,1%) (табл. 2). Відповідно, зменшення питомої ваги пацієнтів з дуже високою активністю АС за шкалою ASDAS-ESR у групі хворих без АЛ становило 27,4% (з 40,3 до 12,9%), у групі хворих з можливою АЛ — 20,6% (з 51,7 до 31,1%), у групі хворих з АЛ — 25,0% (з 69,4 до 44,4%). Питома вага хворих з високою активністю збільшилася за рахунок зменшення кількості хворих з дуже високою активністю у групі хворих без АЛ на 14,5% (з 46,8 до 61,3%), з можливою АЛ — на 17,2% (з 48,3 до 65,5%), і з АЛ — на 27,8% (з 25,0 до 52,8%). Питома вага хворих з середньою активністю у групі без АЛ збільшилася на 9,7% (з 12,9 до 22,6%), а у групі з АЛ зменшилася на 2,8% (з 5,6 до 2,8%). При цьому в групах без АЛ та з можливою АЛ після лікування з'явилися пацієнти, у яких вдалося досягти низького рівня активності АС (відповідно 3,2 і 3,4%). Питома вага хворих з дуже високим рівнем активності АС після лікування була найбільшою у групі з АЛ, і найменшою — у групі без АЛ (табл. 2).

При вивченні розподілу обстежених пацієнтів на групи за результатами оцінок з використанням шкал BASMI та BASFI підтверджені описані вище закономірності. Так, питома вага пацієнтів з вираженими функціональними порушеннями за даними шкали BASMI у групі хворих без АЛ зменшилася на 3,1% (з 4,8 до 1,7%), з можливою АЛ — на 10,4% (з 20,7 до 10,3%), а з АЛ — на 5,5% (з 44,4 до 38,9%). Питома вага пацієнтів з помірними порушеннями змен-

шилася у групі без АЛ на 1,7% (з 95,2 до 93,5%) і збільшилася у групі з можливою АЛ на 10,4% (з 79,3 до 89,7%), а у групі з АЛ — на 5,5% (з 55,6 до 61,1%). У групі без АЛ у 3 пацієнтів (4,8%) вдалося досягти рівня показника за BASMI, який відповідав відсутності функціональних порушень. Питома вага хворих з вираженими порушеннями після лікування була найбільшою у групі пацієнтів з АЛ, і найменшою — у групі без АЛ. Аналогічно найбільш помітне зменшення питомої ваги хворих з вираженими функціональними порушеннями за індексом BASFI у процесі лікування відзначено у групі пацієнтів без АЛ — з 59,7 до 48,4% (на 11,3%), тоді як у групах пацієнтів з можливою АЛ та з АЛ зниження було менш суттєвим: з 82,8 до 79,3% (на 3,5%) і з 91,7 до 86,1% (на 5,6%) відповідно. Після лікування питома вага хворих з вираженими функціональними порушеннями у групі з АЛ була майже вдвічі більшою порівняно з групою без АЛ.

Аналіз відповідності критеріям ASAS 20 засвідчив вищу ефективність лікування у пацієнтів без АЛ. У цій групі критеріям ASAS 20 після 12-тижневої терапії відповідали 38,7% хворих, у групі з можливою АЛ — 20,7%, у групі з АЛ — 13,9% (табл. 3). Розбіжності статистично значущі при порівнянні груп без АЛ та з АЛ, і наближаються до прийнятного 95% рівня статистичної значущості при порівнянні груп без АЛ та з можливою АЛ ($p < 0,1$).

При аналізі відповідності критеріям ASAS 40 значущих розбіжностей між групами не виявлено, хоча питома вага пацієнтів, у яких була досягнута відповідність критеріям ASAS 40, у групі без АЛ була іс-

тотно більшою, ніж у групах з можливою АЛ та з АЛ: 11,3% проти 3,4 та 2,8% відповідно (табл. 3).

Під впливом лікування відмічено також значуще покращення якості життя та стану психоемоційного реагування у пацієнтів в усіх трьох групах (табл. 4).

Показник ASQoL знизився у групі хворих без АЛ на $15,5 \pm 33,6\%$ (з $9,03 \pm 4,36$ до $7,47 \pm 3,98$ бала), з можливою АЛ — на $14,8 \pm 32,6\%$ (з $10,86 \pm 2,76$ до $8,86 \pm 3,11$ бала) і з АЛ — на $14,9 \pm 32,3\%$ (з $12,72 \pm 3,46$ до $10,39 \pm 3,78$ бала). Зниження показника ASQoL після лікування порівняно з показником до лікування статистично значуще у всіх групах, при цьому якість життя після лікування у хворих без АЛ була найкращою, а у хворих з АЛ — найгіршою.

У всіх групах під впливом лікування зафіксовано значуще зниження показника за шкалою PSQI, що свідчить про покращення якості сну. Найбільш суттєве зниження показника PSQI відмічено у пацієнтів без АЛ — на $20,7 \pm 29,7\%$ (з $7,48 \pm 3,90$ до $5,69 \pm 3,70$ бала), тоді як у пацієнтів з ознаками АЛ покращення було меншим.

Під впливом лікування зменшилися вираженість депресивних проявів в усіх групах. При цьому необхідно зазначити, що середнє значення показника депресії після лікування у групі без АЛ відповідало відсутності ознак депресії, у групі з можливою АЛ — легкій депресії, а у групі з АЛ — межі легкої і помірної депресії.

У процесі лікування також зменшилася вираженість астеничної симптоматики, про що свідчить значуще зниження показника за шкалою MAF у всіх

Таблиця 2

Структура рівнів активності АС та функціональних порушень до і після лікування

Показник	Варіації ознаки	Без АЛ, n=62		Можлива АЛ, n=29		АЛ, n=36		p		
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	1–2	1–3	2–3
Активність за BASDAI	До лікування									
	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			
	Після лікування									
	Низька	25	40,3	8	27,6	4	11,1	0,173	0,002	0,084
	Висока	37	59,7	21	72,4	32	88,9			
Активність за ASDAS-ESR	До лікування									
	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
	Після лікування									
	Середня	2	3,2	1	3,4	0	0,0	0,689	0,398	0,446
Рівні функціональних порушень за BASMI	До лікування									
	Помірні	59	95,2	23	79,3	20	55,6	0,027	0,001	0,039
	Виразені	3	4,8	6	20,7	16	44,4			
	Після лікування									
	Відсутні	3	4,8	0	0,0	0	0,0	0,311	0,249	1,000
	Помірні	58	93,5	26	89,7	22	61,1	0,394	0,001	0,009
Рівні функціональних порушень за BASFI	До лікування									
	Не виражені	25	40,3	5	17,2	3	8,3	0,024	0,005	0,239
	Виразені	37	59,7	24	82,8	33	91,7			
	Після лікування									
	Не виражені	32	51,6	6	20,7	5	13,9	0,005	0,001	0,345
	Виразені	30	48,4	23	79,3	31	86,1			

Відповідність критеріям ASAS 20 і ASAS 40 після 12 тиж лікування

Відповідність критеріям	Без АЛ, n=62		Можлива АЛ, n=29		АЛ, n=36		p		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	1–2	1–3	2–3
ASAS 20									
Не відповідають	38	61,3	23	79,3	31	86,1	0,069	0,007	0,345
Відповідають	24	38,7	6	20,7	5	13,9			
ASAS 40									
Не відповідають	55	88,7	28	96,6	35	97,2	0,208	0,134	0,697
Відповідають	7	11,3	1	3,4	1	2,8			

Таблиця 4

Показники якості життя та стану психоемоційної сфери (у балах) після лікування

Показник	Значення показника, M±CB			p		
	Без АЛ, n=62	Можлива АЛ, n=29	АЛ, n=36	1–2	1–3	2–3
До лікування						
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
Після лікування						
ASQoL	7,47±3,98	8,86±3,11	10,39±3,78	0,071	<0,001	0,015
MAF	19,46±10,71	26,59±9,99	30,32±6,68	0,003	<0,001	0,070
PSQI	5,69±3,70	7,41±3,92	10,14±4,33	0,031	<0,001	0,007
HAM-D	7,45±5,09	10,93±7,39	13,67±7,33	0,005	<0,001	0,021
MMSE	28,06±1,49	27,59±1,21	27,78±1,55	0,105	0,343	0,698
Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) у показниках до і після лікування						
	Без АЛ, n=62	Можлива АЛ, n=29	АЛ, n=36			
ASQoL	<0,001	<0,001	<0,001			
MAF	<0,001	<0,001	<0,001			
PSQI	<0,001	0,004	<0,001			
HAM-D	<0,001	<0,001	<0,001			
MMSE	1,000	0,248	0,983			

трьох групах, однак після лікування вираженість втоми у хворих без АЛ була найменшою, з можливою АЛ — дещо більшою, а з АЛ — найбільшою. Розбіжності статистично значущі при порівнянні показників MAF після лікування між групою без АЛ з групами з можливою АЛ та з АЛ.

Не виявлено значущої динаміки в процесі лікування у когнітивному функціонуванні пацієнтів; показники за MMSE в усіх трьох групах практично не змінилися. Водночас слід зауважити, що у обстежених хворих не виявлено істотних порушень когнітивного функціонування, тому відсутність динаміки за MMSE є закономірною.

Важливим для розуміння ролі АЛ у комплексній клінічній картині АС є дослідження динаміки алекситимічних проявів під впливом лікування. Нами вивчено динаміку показників шкали TAS-20 під впливом лікування у хворих з різною вираженістю алекситимічних ознак. Результати аналізу наведені у табл. 5.

В усіх групах відмічено значуще ($p < 0,0001$) зниження загального показника TAS-20 в процесі лікування: у групі пацієнтів без АЛ воно було найнижчим: з $42,34 \pm 5,90$ до $40,29 \pm 6,20$ бала (на $4,5 \pm 11,1\%$), з можливою АЛ — вищим: з $55,17 \pm 2,44$ до $50,24 \pm 5,32$ бала (на $9,0 \pm 8,4\%$), з АЛ — найвищим: з $65,00 \pm 4,59$ до $56,47 \pm 7,71$ бала (на $12,7 \pm 13,1\%$).

Під впливом лікування відмічена також позитивна динаміка показників за окремими шкала-

ми TAS-20. У групі пацієнтів без АЛ зниження показника труднощів ідентифікації почуттів було найменшим: з $14,18 \pm 3,59$ до $13,47 \pm 3,57$ бала (на $3,2 \pm 21,6\%$), з можливою АЛ — істотно більшим: з $20,66 \pm 2,86$ до $18,45 \pm 3,73$ бала (на $10,8 \pm 12,5\%$), з АЛ — найбільшим — з $23,47 \pm 3,33$ до $19,83 \pm 4,35$ бала (на $14,6 \pm 18,6\%$). Найменш виражена динаміка під впливом лікування виявлена щодо показника труднощів опису почуттів. У групі пацієнтів з відсутністю АЛ показник труднощів опису почуттів знизився з $10,29 \pm 2,56$ до $9,74 \pm 2,62$ бала (на $3,7 \pm 20,8\%$), з можливою АЛ — з $12,66 \pm 2,19$ до $11,97 \pm 1,97$ бала (на $3,8 \pm 17,0\%$). У цих двох групах зниження показника після лікування відносно показника до лікування було статистично незначущим ($p = 0,074$ та $p = 0,169$ відповідно). У групі пацієнтів з АЛ зниження показника труднощів опису почуттів було статистично значущим ($p = 0,001$): з $15,83 \pm 2,79$ до $14,39 \pm 2,92$ бала (на $8,3 \pm 14,6\%$). Показник екстернального мислення значуще знизився у всіх групах; при цьому у групі хворих без АЛ динаміка була найменшою: з $17,87 \pm 4,24$ до $17,08 \pm 4,23$ бала (на $3,6 \pm 15,2\%$), з можливою АЛ — суттєво більшою — з $21,86 \pm 3,95$ до $19,83 \pm 4,90$ бала (на $9,8 \pm 11,7\%$), і з АЛ — найбільшою — з $25,69 \pm 3,53$ до $22,25 \pm 3,25$ бала (на $11,7 \pm 17,4\%$).

ДИСКУСІЯ

Дослідження впливу АЛ на ефективність лікування соматичних захворювань на сьогодні є вкрай об-

Показники за шкалою TAS-20 до і після лікування (у балах)

Показник	До / після лікування	Значення показника, М±СВ, бали			р до / після лікування		
		Без АЛ, n=62	Можлива АЛ, n=29	АЛ, n=36	Без АЛ	Можлива АЛ	АЛ
Труднощі ідентифікації почуттів	До лікування	14,18±3,59	20,66±2,86	23,47±3,33	<0,001	<0,001	<0,001
	Після лікування	13,47±3,57	18,45±3,73	19,83±4,35			
Труднощі опису почуттів	До лікування	10,29±2,56	12,66±2,19	15,83±2,79	0,074	0,169	<0,001
	Після лікування	9,74±2,62	11,97±1,97	14,39±2,92			
Екстернальне мислення	До лікування	17,87±4,24	21,86±3,95	25,69±3,53	0,037	<0,001	<0,001
	Після лікування	17,08±4,23	19,83±4,90	22,25±3,25			
Показник TAS-20	До лікування	42,34±5,90	55,17±2,44	65,00±4,59	<0,001	<0,001	<0,001
	Після лікування	40,29±6,20	50,24±5,32	56,47±7,71			

меженими, а щодо АС — взагалі відсутніми. Наші дані дозволяють підтвердити висновки D. Karabıçak та співавторів (2021) про асоційованість АЛ з гіршими показниками функціональної здатності пацієнтів за BASMI, BASFI, а також з нижчою якістю життя за ASQoL [16].

У нашому дослідженні розширено і доповнено дані щодо зв'язку АЛ з вищою активністю АС, гіршими функціональними можливостями та якістю життя хворих, а також щодо тісного зв'язку АЛ з порушеннями у психоемоційній сфері, зокрема депресивними та астеноневротичними порушеннями і погіршенням якості сну, що виявлені у більш ранніх дослідженнях (Yurdakul F.G. et al., 2018 [37]; Fang M.L. et al., 2019 [15]; Reddy K.N. et al., 2021 [17]; Ma T. et al., 2022 [18]; Cengiz G. et al., 2023 [19]; İzci Duran T. et al., 2023 [14]). Співставлення наших даних з даними інших авторів, зокрема, Aaron R.V. et al. (2019) [9]; Marchi L. et al., 2019 [12]; Ziarko M. et al., 2021 [13]; Habibi Asgarabad M. et al., 2022) [10], які встановили зв'язок АЛ з гіршим перебігом та порушеннями у психоемоційній сфері не лише при АС, а й при інших ревматичних захворюваннях та фіброміалгії, дозволяють говорити про універсальний характер обтяжливого впливу АЛ на перебіг соматичних, зокрема ревматичних, захворювань.

Єдиним дослідженням впливу АЛ на ефективність лікування ревматичних захворювань, яке нам вдалося знайти, наразі є роботи Є.І. Шалковського та співавторів (2024) [11]. Автори повідомляють про кращу динаміку активності ревматоїдного артриту, кращу функціональну здатність та якість життя пацієнтів без АЛ після лікування порівняно з хворими з АЛ. Це узгоджується з даними нашого дослідження, яке виявило обтяжливий вплив АЛ на ефективність лікування АС.

У нашому дослідженні встановлено неоднорідну динаміку зменшення вираженості симптоматики АС під впливом лікування у хворих з різною вираженістю алекситимічних ознак. Показники активності АС і функціональної здатності пацієнтів продемонстрували кращу динаміку у хворих без АЛ, що може бути пов'язано з меншою тяжкістю захворювання у цій групі. Ми вважаємо, що більша асоційованість АЛ з тяжчим перебігом і більшою тривалістю захворювання може бути пояснена вторинним характером АЛ, що виникає внаслідок складного комплексу психопатологічних трансформацій у від-

повідь на тяжке хронічне соматичне захворювання з вираженим больовим синдромом і обмеженням життєдіяльності. Показники стану здоров'я продемонстрували більш складну динаміку, хоча закономірність щодо значущо кращих показників після лікування у хворих без АЛ, і найгірших — у хворих з АЛ, зберігалася і для цих показників. З урахуванням вищевикладеного, закономірною є виявлена у нашому дослідженні найкраща ефективність лікування за критеріями ASAS 20 і ASAS 40 у хворих без АЛ, і найгірша — у хворих з АЛ.

Динаміка якості життя та психопатологічних проявів в цілому відповідала динаміці змін клінічних проявів АС в процесі лікування. Зниження активності захворювання і покращення функціональних можливостей зумовило зменшення вираженості тривожних і астеничних проявів та покращення якості сну у хворих навіть за відсутності специфічної психотропної терапії.

Зменшення вираженості алекситимічних характеристик в процесі лікування, на нашу думку, підтверджує швидше за все вторинний характер АЛ по відношенню до основного тяжкого соматичного захворювання, яким є АС. Це дозволяє вважати адекватне лікування АС засобом ефективного зменшення проявів АЛ, особливо у хворих з вираженими алекситимічними ознаками.

ВИСНОВКИ

1. Стандартне лікування АС дозволяє досягти значущого зниження активності АС, покращення функціональних можливостей, стану здоров'я та якості життя пацієнтів і зменшити вираженість психопатологічних проявів, асоційованих з АС.

2. Найкраща динаміка показників у процесі лікування і найкращі показники після лікування характерні для пацієнтів без АЛ, тоді як пацієнти з АЛ демонструють гіршу динаміку і найгірші з усіх досліджених груп показники після 12-тижневої стандартної терапії. Це дозволяє вважати АЛ актуальним фактором резистентності до лікування АС.

3. Стандартне лікування АС сприяє зменшенню «алекситимічності» хворих за шкалою TAS-20, що свідчить про пом'якшення алекситимічних ознак паралельно зі зменшенням вираженості симптоматики захворювання. Таке зменшення найбільш виражене у пацієнтів з АЛ, і найменш виражене — у пацієнтів без АЛ.

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. Ebrahimiadib N., Berijani S., Ghahari M., Pahlavani F.G. (2021) Ankylosing Spondylitis. *J Ophthalmic Vis Res.*, 29: 16(3): 462–469. doi: 10.18502/jovr.v16i3.9440.
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. Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P.E. (1976) Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 3: 430–439.
5. Chimenti M.S., Fonti G.L., Conigliaro P. et al. (2019) Evaluation of alexithymia in patients affected by rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 98(4): e13955. doi: 10.1097/MD.00000000000013955.
6. Hogeveen J., Krueger F., Grafman J. (2021) Association between alexithymia and impaired reward valuation in patients with fronto-insular damage. *Emotion*, 21(1): 137–147. doi: 10.1037/emo0000676.
7. Rady A., Alamrawy R.G., Ramadan I., El Raouf M.A. (2021) Prevalence of Alexithymia in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A Cross-sectional Study in Egypt. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 17: 136–145. doi: 10.2174/1745017902117010136.
8. Di Trani M., Metallo C., Renzi A. et al. (2023) Childhood traumatic events, alexithymia and perceived stress in patients with rheumatoid arthritis during the COVID-19 pandemic. *Psychol. Health Med.*, 28(8): 2169–2181. doi: 10.1080/13548506.2023.2229243.
9. 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.
10. Habibi Asgarabad M., Salehi Yegaei P., Jafari F. et al. (2023) The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Pain*, 27(3): 321–337. doi: 10.1002/ejp.2064.
11. 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.
12. Marchi L., Marzetti F., Orrù G. et al. (2019) Alexithymia and Psychological Distress in Patients With Fibromyalgia and Rheumatic Disease. *Front Psychol.*, 10: 1735. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01735.
13. Ziarko M., Grobelny B., Sikorska D. et al. (2021) Pain as a mediator in the temperament-alexithymia relationship in individuals suffering from rheumatoid arthritis. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 25(24): 7840–7846. doi: 10.26355/eurrev_202112_27631.
14. İzci Duran T., Pamukçu M., Ulusoy H., Altınbaş K. (2023) Evaluation of the Role of Affective Temperamental Features, Automatic Thoughts, and Symptom Interpretation on Disease Activity in Patients with Axial Spondyloarthritis. *Alpha Psychiatry*, 24(2): 68–74. doi: 10.5152/alphapsychiatry.2023.22908.
15. Fang M.L., Wu C.S., Weng L.C., Huang H.L. (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.
16. 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.
17. 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.
18. Ma T., Geng Y., Li P. (2022) Depression in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol & Autoimmun.*, 2: 69–75. doi: 10.1002/rai2.12020.
19. 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.
20. 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.
21. 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 анкілозуючий спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 1(91): 1–7. doi: 10.32471/rheumatology.2707-6970.91.17556.
22. 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.
23. Landewé R., van Tubergen A. (2015) Clinical Tools to Assess and Monitor Spondyloarthritis. *Curr. Rheumatol. Rep.*, 17(7): 47. doi: 10.1007/s11926-015-0522-3.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Станіславчук М.А., Шаповал І.І., Заїчко К.О. (2016) Адаптація та валідація україномовної версії ASAS Health Index and Environmental Factors у хворих на анкілозуючий спондилоартрит. *Український ревматологічний журнал*, 65(3): 55–58.
31. Jones S.D., Steiner A., Garrett S.L., Calin A. (1996) The bath ankylosing spondylitis patient global score (BAS-G). *Rheumatology*, 35(1): 66–71. doi: 10.1093/rheumatology/35.1.66.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. Yurdakul F.G., Garip Çimen Y., Koçak Ulucaköy R. et al. (2018) Impulsivity in ankylosing spondylitis: Is there a relationship? *Turk J Phys Med Rehabil.*, 65(1): 51–58. doi: 10.5606/tftrd.2019.2580.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS COMORBID WITH ALEXITHYMIA

V.V. Vasylets, M.A. Stanislavchuk

National Pirogov Memorial Medical University,
Vinnitsya

Abstract. Research into factors influencing the effectiveness of ankylosing spondylitis treatment is an effective means of improving treatment measures for this disease. **The aim:** to assess the effectiveness of treatment of patients with ankylosing spondylitis comorbid with alexithymia. **Materials and methods.** 127 patients with ankylosing spondylitis were clinically examined: 62 with no alexithymia, 29 with possible alexithymia, and 36 with alexithymia. The effectiveness of treatment was assessed. **Results.** Better dynamics of activity, functional ability and health status of patients without alexithymia were found compared to patients with possible alexithymia and with the presence of alexithymia, which was manifested by a decrease in ESR from 26.44 ± 16.34 mm/h to 16.89 ± 8.64 mm/h, from 25.93 ± 16.77 mm/h to 18.21 ± 10.01 mm/h, and from 33.50 ± 18.55 mm/h to 23.47 ± 12.98 mm/h; BASDAI from 4.80 ± 1.86 points to 4.15 ± 1.78 points, from 5.87 ± 1.77 points to 5.13 ± 1.71 points, and from 6.91 ± 1.83 points to 6.03 ± 1.55 points; ASDAS-ESR respectively from 3.22 ± 0.91 points to 2.78 ± 0.78 points, from 3.59 ± 0.89 points to 3.11 ± 0.78 points, and from 3.94 ± 0.79 points to 3.53 ± 0.80 points; BASMI respectively from 3.27 ± 1.48 points to 2.65 ± 1.42 points, from 4.00 ± 1.63 points to 3.52 ± 1.55 points, and from 5.22 ± 2.07 points to 4.61 ± 1.95 points; BASFI respectively from 4.42 ± 2.31 points to 3.75 ± 2.26 points, from 5.56 ± 1.75 points to 4.87 ± 1.83 points, and from 6.39 ± 1.87 points

to 5.48 ± 2.04 points; BAS-G 7 days respectively from 5.61 ± 2.15 points to 4.31 ± 1.95 points, from 6.69 ± 1.93 points to 5.48 ± 1.81 points, and from 7.42 ± 1.65 points to 6.44 ± 1.66 points; BAS-G 6 months respectively from 5.77 ± 2.15 points to 5.29 ± 2.18 points, from 6.59 ± 1.80 points to 6.03 ± 2.11 points, and from 7.17 ± 2.04 points to 6.67 ± 2.00 points; ASAS HI respectively from 7.21 ± 3.15 points to 6.15 ± 3.10 points, from 8.93 ± 2.34 points to 7.69 ± 2.30 points, and from 10.58 ± 3.66 points to 8.50 ± 3.84 points; ASAS EF respectively from 2.76 ± 1.36 points to 2.29 ± 1.11 points, from 3.59 ± 1.24 points to 2.79 ± 1.05 points, and from 4.08 ± 1.36 points to 3.44 ± 1.46 points; HAQ respectively from 0.87 ± 0.59 points to 0.82 ± 0.60 points, from 1.28 ± 0.59 points to 1.05 ± 0.56 points, and from 1.57 ± 0.57 points to 0.95 ± 0.53 points; VAS pain, respectively, from 5.90 ± 1.87 points to 4.82 ± 1.79 points, from 7.00 ± 1.51 points to 5.66 ± 1.29 points, and from 7.78 ± 1.15 points to 6.44 ± 1.44 points. Standard therapy allowed achieving compliance with ASAS20 criteria in 38.7% of patients without alexithymia, in 20.7% of patients with possible alexithymia, and in 13.9% of patients with alexithymia, with ASAS 40 criteria — in 11.3%, 3.4%, and 2.8% of patients, respectively. Standard therapy significantly improved the quality of life and psychoemotional state of patients, as well as TAS-20 alexithymia scale. The best dynamics of treatment was found in patients without alexithymia, and the worst in patients with alexithymia. **Conclusions.** Standard treatment of ankylosing spondylitis allows to achieve a decrease in activity, improve functional capabilities, health status and quality of life of patients, and reduce the severity of psychopathological manifestations associated with ankylosing spondylitis, while alexithymia is an actual factor of resistance to treatment.

Key words: ankylosing spondylitis, alexithymia, clinical features, treatment effectiveness.

Відомості про авторів

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

E-mail: vasylets2005@yahoo.com

ORCID: 0009-0003-1172-3060

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

E-mail: mstanislav53@yahoo.com

ORCID: 0000-0001-8505-5999

Надійшла до редакції / Received: 07.03.2025

Прийнято до друку / Accepted: 17.03.2025