

УДК 616.711-002

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-11\(57\)-3183-3194](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-11(57)-3183-3194)

Кедик Іван Олександрович доктор філософії з медицини, асистент кафедри внутрішньої медицини № 1, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. м. Вінниця, <http://orcid.org/0000-0001-6420-6583>

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ З НЕЙРОПАТИЧНИМ КОМПОНЕНТОМ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Анотація. Анкілозивний спондиліт є важким автоімунним захворюванням, що супроводжується значним порушенням функціонування, зниженням якості життя та несприятливими змінами у психоемоційній сфері хворих. Нейропатичний біль обтяжує перебіг захворювання, знижує ефективність лікування та погіршує психоемоційний стан. Особливості психоемоційного реагування хворих на анкілозивний спондиліт з нейропатичним компонентом болю вивчені недостатньо, що утруднює розробку персоніфікованих лікувально-реабілітаційних заходів.

Мета дослідження: вивчити особливості психопатологічного реагування пацієнтів з анкілозивним спондилітом з урахуванням фактору нейропатичного болю. Обстежено 94 хворих на анкілозивний спондиліт з відсутністю нейропатичного болю, і 48 хворих з наявністю нейропатичного болю за допомогою опитувальника SCL-90-R. Виявлено, що хворим на анкілозивний спондиліт притаманні збільшені рівні соматизації ($2,35 \pm 0,64$ балів), зі значуще вищими значеннями показників у хворих з нейропатичним болем: $2,60 \pm 0,49$ балів проти $2,23 \pm 0,67$ балів ($p < 0,01$); помірні рівні виразності obsесивно-компульсивної симптоматики ($0,34 \pm 0,23$ балів у всіх хворих, $0,39 \pm 0,25$ балів у хворих з нейропатичним болем, і $0,32 \pm 0,22$ балів без нейропатичного болю ($p > 0,05$)); збільшені показники міжособистісної сензитивності (відповідно $1,68 \pm 0,80$ балів, $1,99 \pm 0,77$ балів і $1,52 \pm 0,78$ балів ($p < 0,01$)); підвищені рівні депресії (відповідно $2,54 \pm 0,80$ балів, $2,72 \pm 0,76$ балів і $2,44 \pm 0,80$ балів ($p < 0,05$)) та тривожності (відповідно $2,14 \pm 1,33$ балів, $2,84 \pm 1,06$ балів і $1,79 \pm 1,32$ балів ($p < 0,01$)); дещо збільшені показники ворожості (відповідно $0,59 \pm 0,27$ балів, $0,70 \pm 0,26$ балів і $0,53 \pm 0,25$ балів ($p < 0,01$)) та фобічної тривожності (відповідно $0,47 \pm 0,37$ балів, $0,64 \pm 0,40$ балів і $0,38 \pm 0,32$ балів ($p < 0,01$)); низькі рівні паранояльної симптоматики (відповідно $0,05 \pm 0,10$ балів, $0,07 \pm 0,12$ балів і $0,04 \pm 0,08$ балів ($p > 0,05$)) та психотизму (відповідно $0,23 \pm 0,17$ балів, $0,25 \pm 0,16$ балів і $0,22 \pm 0,18$ балів ($p > 0,05$)). Ці особливості можна розглядати в якості психопатологічних маркерів психоемоційного реагування пацієнтів з анкілозивним спондилітом, коморбідним з нейропатичним болем. Виражені прояви депресії, тривожності та

міжособистісної сенситивності можна вважати проявами стійких патохарактерологічних змін, пов'язаних з анкілозивним спондилітом. Виявлені закономірності слід враховувати при плануванні лікувально-реабілітаційних заходів для хворих на анкілозивний спондиліт з нейропатичним компонентом больового синдрому.

Ключові слова: анкілозивний спондиліт, нейропатичний біль, психопатологічне реагування.

Kedyk Ivan Oleksandrovych PhD, Assistant of the Department of Internal Medicine N1, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, <http://orcid.org/0000-0001-6420-6583>

FEATURES OF PSYCHOPATHOLOGICAL RESPONSE OF ANKYLOSING SPONDYLITIS PATIENTS WITH NEUROPATHIC COMPONENT OF PAIN SYNDROME

Abstract. Ankylosing spondylitis is a severe autoimmune disease, accompanied by significant functional impairment, decreased quality of life and adverse changes in the psycho-emotional sphere of patients. Neuropathic pain aggravates the course of the disease, reduces the effectiveness of treatment and worsens the psycho-emotional state. The features of the psycho-emotional response of patients with ankylosing spondylitis with a neuropathic component of pain have not been studied sufficiently, which makes it difficult to develop personalized treatment and rehabilitation measures.

Aim of the study: to study the features of the psychopathological response of patients with ankylosing spondylitis taking into account the factor of neuropathic pain. 94 patients with ankylosing spondylitis with the absence of neuropathic pain and 48 patients with the presence of neuropathic pain were examined using the SCL-90-R questionnaire. It was found that patients with ankylosing spondylitis have increased levels of somatization (2.35 ± 0.64 points), with significantly higher levels in patients with neuropathic pain: 2.60 ± 0.49 points versus 2.23 ± 0.67 points ($p < 0.01$); moderate levels of obsessive-compulsive symptoms (0.34 ± 0.23 points in all patients, 0.39 ± 0.25 points in patients with neuropathic pain, and 0.32 ± 0.22 points without neuropathic pain ($p > 0.05$)); increased indicators of interpersonal sensitivity (respectively 1.68 ± 0.80 points, 1.99 ± 0.77 points, and 1.52 ± 0.78 points ($p < 0.01$)); increased levels of depression (respectively 2.54 ± 0.80 points, 2.72 ± 0.76 points and 2.44 ± 0.80 points ($p < 0.05$)) and anxiety (respectively 2.14 ± 1.33 points, 2.84 ± 1.06 points and 1.79 ± 1.32 points ($p < 0.01$)); slightly increased indicators of hostility (respectively 0.59 ± 0.27 points, 0.70 ± 0.26 points and 0.53 ± 0.25 points ($p < 0.01$)) and phobic anxiety (respectively 0.47 ± 0.37 points, 0.64 ± 0.40 points and 0.38 ± 0.32 points ($p < 0.01$)); low levels of paranoid symptoms (0.05 ± 0.10 points, 0.07 ± 0.12 points and 0.04 ± 0.08 points ($p > 0.05$) respectively) and psychoticism (0.23 ± 0.17 points, 0.25 ± 0.16 points and 0.22 ± 0.18 points ($p > 0.05$) respectively). These features can be considered as psychopathological markers of psychoemotional response of patients with ankylosing

spondylitis, comorbid with neuropathic pain. Pronounced manifestations of depression, anxiety and interpersonal sensitivity can be considered manifestations of persistent pathocharacterological changes associated with ankylosing spondylitis. The revealed patterns should be taken into account when planning treatment and rehabilitation measures for patients with ankylosing spondylitis with a neuropathic component of pain syndrome.

Keywords: ankylosing spondylitis, neuropathic pain, psychopathological response.

Постановка проблеми. Анкілозивний спондиліт (АС) є важким хронічним системним запальним захворюванням, що переважно вражає чоловіків працездатного віку, характеризується прогресуючим перебігом, і супроводжується втратою працездатності, погіршенням здатності до самообслуговування, зниженням якості життя пацієнтів і скороченням його тривалості [1, 2, 3]. Ключовим клінічним проявом АС є хронічний біль; при цьому дослідженнями останніх років було переконливо доведено, що виразність і характер персистування болю при АС значною мірою зумовлені не лише запаленням, а й нейропатичним компонентом, який виявляють у 34,9 % чоловіків та 50,0 % жінок, хворих на АС [4, 5, 6]. Наявність нейропатичного компонента больового синдрому істотно обтяжує клінічний перебіг АС, утруднює його діагностику, погіршує прогноз і зменшує ефективність лікування [7, 8]. Дослідженнями було підтверджено зв'язок нейропатичного болю (НБ) з вищим рівнем тривоги та когнітивною дисфункцією, що слід враховувати при визначенні завдань лікування [9]. При цьому особливості впливу НБ на особливості психопатологічного реагування при АС залишаються недостатньо вивченими, попри те, що різноманітні психопатологічні реакції є важливою складовою комплексної клінічної картини АС, і істотно впливають на якість життя та ефективність лікування хворих [10, 11].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. НБ є важливою медичною і соціальною проблемою, що зумовлює значне погіршення якості життя і функціонування хворих, збільшення тривалості і зниження ефективності лікування, поглиблює непрацездатність і збільшує економічні витрати, пов'язані з лікуванням та доглядом за пацієнтами [7, 8, 12]. НБ тісно пов'язаний з порушеннями психічного функціонування хворих, зокрема, з тривогою, депресією, розладами сну і порушеннями когнітивного функціонування; він призводить до тотального погіршення якості життя за всіма ключовими сферами – фізичного і психічного здоров'я, життєздатності, болю, рольового функціонування (як фізичного, так і психічного) [13, 14].

АС, що є важким автоімунним захворюванням з вираженим больовим синдромом, прогресуючим перебігом та інвалідізуючими наслідками, супроводжується вираженими несприятливими змінами у психічній сфері, [15, 16, 17]. Афективні порушення при АС розглядаються як поліфакторна патологія, в

основі якої лежать як контекстуальні, так і асоційовані з автоімунним процесом чинники [10]. При цьому несприятливі клінічні, психологічні та соціальні фактори при АС взаємопов'язані, утворюючи синергічні потенціюючі зв'язки за механізмом порочного кола: труднощі повсякденного функціонування внаслідок обмеженої рухової активності негативно впливають на емоційний стан хворих і на якість їх життя, а наявність депресії і тривоги погіршує самооцінку пацієнта, у свою чергу, знижуючи можливості для виконання ним повсякденної діяльності [17, 18].

Водночас наголошується, що наразі не розроблена комплексна модель, що пояснювала б взаємозв'язки між клініко-біологічними і психопатологічними проявами у патогенезі і клінічній картині АС [10]. Однією з найменш досліджених є проблема психопатологічного реагування хворих на АС з наявністю нейропатичного компоненту больового синдрому. Основу психопатологічних проявів при АС складають депресивні і тривожні симптоми [24], однак, психопатологічна картина цього захворювання не обмежується афективними змінами. Визначення якомога більш повної психопатологічної картини АС має важливе значення не лише для корекції несприятливих змін у психоемоційній сфері, а й для визначення стратегії комплексного лікування захворювання. Особливого значення дослідження психопатологічної феноменології АС набувають за наявності у пацієнта НБ у зв'язку з потужним впливом його і на психічну, і на соматичну складову захворювання. Це актуалізує дослідження особливостей психопатологічних проявів у хворих на АС з урахуванням фактору НБ. Дані таких досліджень можуть стати основою для удосконалення лікувально-реабілітаційних заходів при АС, що дозволить покращити ефективність лікування та якість життя хворих на АС з нейропатичним компонентом больового синдрому, збільшити їх функціональні можливості, запобігти несприятливим клінічним та психологічним наслідкам захворювання.

Мета статті: вивчити особливості психопатологічного реагування хворих на АС з урахуванням фактору нейропатичного болю.

Виклад основного матеріалу. Нами було обстежено 142 пацієнта віком від 18 до 65 років, яким було встановлено діагноз АС згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями [19], і які перебували на лікуванні у Комунальному некомерційному підприємстві «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова» у період з 2019 по 2022 роки. Відбір пацієнтів для дослідження здійснювався суцільним методом. Дослідження виконано з дотриманням вимог біомедичної етики на підставі інформованої згоди пацієнтів. Протоколи дослідження були схвалені комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 7 від 1.10.2020 р. та № 6 від 12.10.2023 р.).

Обстеження проведено з використанням україномовної версії опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) [20, 21].

Статистичний аналіз розбіжностей виконаний з використанням непараметричного тесту Mann-Whitney; при значенні $p < 0,05$ розбіжності вважали статистично значущими.

Обстежені нами пацієнти були розподілені на дві групи: до першої були віднесені 94 пацієнта з відсутністю ознак НБ, другої – 48 пацієнтів з наявністю ознак НБ, на підставі даних Лідської шкали оцінки нейропатичного болю (LANSS) [22] та Діагностичного опитувальника нейропатичного болю (DN4) [23]. За умови позитивного результату за обома шкалами (12 і більше балів за шкалою LANSS, та 4 і більше бали за шкалою DN4) хворого відносили до групи з наявністю НБ; за відсутності – до групи з відсутністю НБ.

Дослідження структури і виразності психопатологічної симптоматики у хворих на АС з наявністю та відсутністю НБ з використанням стандартизованої психометричної методики дозволило нам виявити ряд важливих закономірностей.

Кількісні показники виразності психопатологічної симптоматики за даними опитувальника Symptom Check List-90-Revised наведено у табл. 1.

Таблиця 1

Показники виразності психопатологічної симптоматики за опитувальником Symptom Check List-90-Revised (у балах)

Симптом	Значення показника, $M \pm m$ / Me (Q_{25} – Q_{75})			p
	Всі пацієнти	Пацієнти без нейропатичного болю	Пацієнти з нейропатичним болем	
Соматизація	2,35 $\pm$ 0,64 / 2,60 (2,00–2,80)	2,23 $\pm$ 0,67 / 2,30 (2,00–2,80)	2,60 $\pm$ 0,49 / 2,80 (2,50–2,90)	0,001
Обсесивно-компульсивні розлади	0,34 $\pm$ 0,23 / 0,30 (0,20–0,50)	0,32 $\pm$ 0,22 / 0,30 (0,20–0,50)	0,39 $\pm$ 0,25 / 0,30 (0,20–0,50)	0,128
Міжособистісна сензитивність	1,68 $\pm$ 0,80 / 1,60 (1,10–2,30)	1,52 $\pm$ 0,78 / 1,30 (1,00–2,20)	1,99 $\pm$ 0,77 / 2,15 (1,30–2,65)	0,002
Депресія	2,54 $\pm$ 0,80 / 2,45 (1,80–3,30)	2,44 $\pm$ 0,80 / 2,35 (1,60–3,30)	2,72 $\pm$ 0,76 / 2,60 (2,15–3,70)	0,026
Тривожність	2,14 $\pm$ 1,33 / 1,70 (1,20–3,60)	1,79 $\pm$ 1,32 / 1,40 (0,70–3,30)	2,84 $\pm$ 1,06 / 3,60 (1,55–3,60)	0,001
Ворожість	0,59 $\pm$ 0,27 / 0,70 (0,30–0,70)	0,53 $\pm$ 0,25 / 0,50 (0,30–0,70)	0,70 $\pm$ 0,26 / 0,70 (0,50–0,80)	0,001
Фобічна тривожність	0,47 $\pm$ 0,37 / 0,40 (0,30–0,60)	0,38 $\pm$ 0,32 / 0,30 (0,10–0,60)	0,64 $\pm$ 0,40 / 0,60 (0,30–0,90)	0,001
Паранояльні симптоми	0,05 $\pm$ 0,10 / 0,00 (0,00–0,00)	0,04 $\pm$ 0,08 / 0,00 (0,00–0,00)	0,07 $\pm$ 0,12 / 0,00 (0,00–0,20)	0,155
Психотизм	0,23 $\pm$ 0,17 / 0,30 (0,10–0,30)	0,22 $\pm$ 0,18 / 0,20 (0,00–0,30)	0,25 $\pm$ 0,16 / 0,30 (0,10–0,35)	0,189
Індекс GSI	1,33 $\pm$ 0,33 / 1,40 (1,10–1,60)	1,22 $\pm$ 0,33 / 1,30 (1,00–1,50)	1,54 $\pm$ 0,21 / 1,50 (1,45–1,70)	0,001
Індекс PST	44,41 $\pm$ 8,46 / 45,50 (40,00–50,00)	41,80 $\pm$ 8,56 / 44,00 (36,00–48,00)	49,52 $\pm$ 5,40 / 49,50 (46,00–53,50)	0,001
Індекс PDSI	2,67 $\pm$ 0,32 / 2,70 (2,50–2,90)	2,60 $\pm$ 0,33 / 2,60 (2,40–2,80)	2,81 $\pm$ 0,24 / 2,80 (2,70–2,95)	0,001

Хворим на АС притаманні збільшені рівні соматизації, що відображує дистрес унаслідок соматичної дисфункції, зокрема, больових відчуттів, м'язового та суглобового дискомфорту, інших соматичних порушень. Зростання показників соматизації є закономірним відображенням неприємних соматичних відчуттів, що супроводжують розвиток АС. У хворих з НКБ цей показник значуще вищий, ніж у хворих без НБ: $2,60 \pm 0,49$ балів проти $2,23 \pm 0,67$ балів ($p < 0,01$); при цьому рівень показника у хворих без НБ відповідає помірному рівню, а у хворих з НБ – підвищеному рівню. У всіх обстежених пацієнтів середнє значення показника склало $2,35 \pm 0,64$ балів, що відповідає помірному рівню.

Показники виразності обсесивно-компульсивної симптоматики, що включає нав'язливі думки і дії, які сприймаються індивідом як чужі і непритаманні його особистості, у хворих на АС є відносно невисокими ($0,34 \pm 0,23$ балів); при цьому у пацієнтів з НБ вони є незначуще вищими, ніж у пацієнтів без НБ: $0,39 \pm 0,25$ балів проти $0,32 \pm 0,22$ балів ($p > 0,05$).

У пацієнтів з АС виявлено збільшені показники міжособистісної сензитивності, що проявляється почуттями особистісної неадекватності та неповноцінності, перш за все при порівнянні індивідом себе з іншими людьми, схильністю до самоосуду, неспокоєм, дискомфортом у міжособистісного спілкування, а також негативними очікуваннями щодо міжособистісної взаємодії та комунікації з іншими людьми (середнє значення показника склало $1,68 \pm 0,80$ балів, що відповідає помірному рівню). Збільшені показники міжособистісної сензитивності у пацієнтів з АС відображують, насамперед, депресивні і тривожні тенденції, що є невід'ємною складовою клінічної картини АС. При цьому у пацієнтів з НБ показник міжособистісної сензитивності був значуще ($p < 0,01$) вищим, ніж $1,99 \pm 0,77$ балів проти $1,52 \pm 0,78$ балів.

Показник депресії, що відображує афективний стан з негативним емоційним тлом, змінами мотиваційної сфери, когнітивним сповільненням та загальною пасивністю поведінки, з характерним суб'єктивним переживанням негативних болісних емоцій пригніченості, туги і відчаю, зниженням волевого потягу, у обстежених пацієнтів суттєво збільшений відносно норми. Середній показник депресії у всіх хворих на АС склав $2,54 \pm 0,80$ балів, що відповідає підвищеному рівню, при цьому у пацієнтів з НБ показник був значуще вищим у порівнянні з пацієнтами без НБ: $2,72 \pm 0,76$ балів проти $2,44 \pm 0,80$ балів ($p < 0,05$).

Показник тривожності, яка проявляється відчуттям тотальної загрози або небезпеки, нервозністю, напругою, очікуванням негативного розвитку подій, інколи – нападами паніки, у пацієнтів з АС також суттєво збільшений відносно норми, його середнє значення склало $2,14 \pm 1,33$ балів. При цьому у пацієнтів з НБ тривожність виражена значуще більше, ніж у пацієнтів без НБ: $2,84 \pm 1,06$ балів проти $1,79 \pm 1,32$ балів ($p < 0,01$).

Показник ворожості, що включає почуття, думки або дії, які є проявами негативного афекту злості, у хворих на АС був дещо збільшеним відносно

норми: $0,59 \pm 0,27$ балів. У пацієнтів з АС ворожість відображує насамперед психологічну неготовність прийняти факт наявності важкого інвалідізуючого захворювання і пов'язані з цим дисфоричні прояви: злість, напруження, гнів, агресію тощо. При цьому пацієнти з НБ виявили значуще вищий рівень ворожості: $0,70 \pm 0,26$ балів проти $0,53 \pm 0,25$ балів ($p < 0,01$).

Пацієнтам з АС виявилися притаманними дещо підвищені рівні фобічної тривожності, що розглядається як стійка реакція страху на певні об'єкти, місця, людей чи ситуації і характеризується як ірраціональна, неадекватна по відношенню до стимулу, і тягне за собою поведінку уникання: середнє значення показника у всіх пацієнтів склало $0,47 \pm 0,37$ балів. Прояви фобічної тривожності у пацієнтів з АС, на нашу думку, слід розглядати у комплексі психопатологічних реакцій на важке соматичне захворювання з інвалідізуючими наслідками і обмеженою здатністю до самообслуговування. При цьому у пацієнтів з НБ рівень фобічної тривожності виявився значуще вищим порівняно з пацієнтами без НБ: $0,64 \pm 0,40$ балів проти $0,38 \pm 0,32$ балів ($p < 0,01$).

Показники виразності паранояльної симптоматики, що включає проєкції думок, підозрілість, схильність до маячної інтерпретації реальності, у хворих на АС були низькими: загалом $0,05 \pm 0,10$ балів, у пацієнтів без НБ $0,04 \pm 0,08$ балів, у пацієнтів з НБ – $0,07 \pm 0,12$ балів ($p > 0,05$).

Незначно підвищеними у хворих на АС виявилися показники психотизму, що відображують унікаючий стиль поведінки: у всіх пацієнтів $0,23 \pm 0,17$ балів, у пацієнтів без НБ – $0,22 \pm 0,18$ балів, у пацієнтів з НБ – $0,25 \pm 0,16$ балів ($p > 0,05$).

Загальний індекс важкості симптомів (Global Severity Index – GSI), який є основним індикатором поточного стану індивіда та глибини психологічних проблем, у пацієнтів з АС виявився підвищеним: $1,33 \pm 0,33$ балів, при цьому пацієнти з НБ продемонстрували значуще ($p < 0,01$) вищі рівні показників: $1,54 \pm 0,21$ балів проти $1,22 \pm 0,33$ балів.

Загальний показник позитивних відповідей (Positive Symptom Total – PST), що виявляє кількість позитивних відповідей на питання тесту, у всіх хворих на АС склав $44,41 \pm 8,46$ балів. При цьому показник у пацієнтів з НБ виявився значуще ($p < 0,01$) вищим у порівнянні з показником пацієнтів без НБ: $49,52 \pm 5,40$ балів проти $41,80 \pm 8,56$ балів.

Індекс наявного симптоматичного дистресу (Positive Symptom Distress Index – PDSI), який є мірою інтенсивності психопатологічних проявів, у хворих на АС був збільшеним відносно норми: $2,67 \pm 0,32$ балів. При цьому у пацієнтів з НБ значення показника було значуще вищим, ніж у пацієнтів без НБ: $2,81 \pm 0,24$ балів проти $2,60 \pm 0,33$ балів ($p < 0,01$).

Виявлені нами закономірності узгоджуються з даними інших авторів, які встановили значну ураженість пацієнтів з АС депресивними і тривожними розладами (Shen C.C. et al., 2016 [25]; Zhao S. et al., 2018 [16]; Webers C. et al., 2019 [10]; Park J.Y. et al., 2020 [11]), а також асоційованість НБ з депресивними і тривожними феноменами (Gordh T.E. et al., 2008 [13]; Geler-Külcü D. et al.,

2018 [14]). Водночас, наше дослідження дозволило доповнити наявні наукові дані щодо виразності депресивних і тривожних проявів у хворих на АС, і визначити, що АС з НБ супроводжується істотним збільшенням рівня депресії і тривоги порівняно з АС з відсутністю нейропатичного компоненту больового синдрому. Відповідно до сучасних поглядів, автоімунна запальна природа АС може бути тісно пов'язана з депресією і тривогою через систему прозапальних цитокінів, зокрема, фактор некрозу пухлин альфа та інтерлейкін – 6 (Bal A. et al., 2007 [27]; Dowlati Y. et al., 2010 [28]), а наявність НБ може обтяжувати перебіг АС через збільшення важкості болю і пов'язаних з цим соматогенних реакцій депресії і тривоги.

Наше дослідження також розширило наявні наукові дані щодо спектру психопатологічної симптоматики, асоційованої з АС, як в цілому, так і при АС, коморбідному з НБ. Нами було виявлено у хворих на АС підвищені показники соматизації та міжособистісної сенситивності, що, на нашу думку, є закономірним проявом психологічних реакцій на важке інвалідізуюче захворювання з вираженим больовим синдромом та істотним обмеженням функціональних можливостей. Ці несприятливі зміни у психічній сфері можуть розглядатися як стійкі патохарактерологічні трансформації, зумовлені АС. У хворих на АС з наявністю НБ виявилася значуще вищою виразність соматизації, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності, які, на нашу думку, можна розглядати в якості психопатологічних маркерів психоемоційного реагування пацієнтів з АС, коморбідного з НБ. Ці особливості слід враховувати при плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів для хворих на АС з наявністю нейропатичного компоненту больового синдрому.

Висновки. 1. Захворювання на АС супроводжується широким спектром психопатологічної симптоматики, провідне місце серед якої займають депресивні і тривожні прояви, а також ознаки соматизації і міжособистісної сенситивності.

2. Наявність нейропатичного компоненту больового синдрому обтяжує психопатологічну симптоматику при АС, спричиняючи значуще зростання показників соматизації, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності, які можна розглядати в якості психопатологічних маркерів психоемоційного реагування пацієнтів з АС, коморбідного з НБ.

3. Виражені прояви депресії, тривожності та міжособистісної сенситивності у хворих на АС можна вважати проявами стійких патохарактерологічних змін, пов'язаних з наявністю важкого прогресуючого захворювання з вираженим больовим синдромом та інвалідізуючими наслідками.

4. Особливості психопатологічного реагування пацієнтів з АС за наявності нейропатичного компоненту больового синдрому слід враховувати при плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з поглибленим вивченням психопатологічних феноменів, що супроводжують розвиток АС з НБ, у динаміці захворювання, а також з розробкою персоніфікованих заходів з корекції несприятливих змін у психічній сфері пацієнтів з АС з наявністю нейропатичного компоненту больового синдрому.

Література

1. Bridgewood C., Watad A., Cuthbert R.J., McGonagle D. Spondyloarthritis: new insights into clinical aspects, translational immunology and therapeutics. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2018. Vol. 30(5). P. 526-532. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000529>.
2. Zhu W., He X., Cheng K., Zhang L., Chen D., Wang X., Qiu G., Cao X., Weng X. Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Res.* 2019. Vol. 7. P. 22. <https://doi.org/10.1038/s41413-019-0057-8>.
3. Hwang M.C., Ridley L., Reveille J.D. Ankylosing spondylitis risk factors: a systematic literature review. *Clin. Rheumatol.* 2021. Vol. 40(8). P. 3079-3093. <https://doi.org/10.1007/s10067-021-05679-7>.
4. Proft F., Poddubnyy D. Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis: recent insights and impact of new classification criteria. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2018. Vol. 10(5-6). P. 129-139. <https://doi.org/10.1177/1759720X18773726>.
5. Crossfield S.S.R., Marzo-Ortega H., Kingsbury S.R., Pujades-Rodriguez M., Conaghan P.G. Changes in ankylosing spondylitis incidence, prevalence and time to diagnosis over two decades. *RMD Open.* 2021. Vol. 7(3). P. e001888. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2021-001888>.
6. Hange N., Poudel S., Ozair S., Paul T., Nambakkam M., Shrestha R., Greye F., Shah S., Raj Adhikari Y., Thapa S., Patel P. Managing Chronic Neuropathic Pain: Recent Advances and New Challenges. *Neurol Res Int.* 2022. Vol. 12. P. 8336561. <https://doi.org/10.1155/2022/8336561>.
7. Kim T.W., Son S.M., Lee J.S. Neuropathic pain in ankylosing spondylitis: a meta-analysis. *Zh. Rheumatol.* 2020. Vol. 79(1). P. 95–102. <https://doi.org/10.1007/s00393-019-0654-3>.
8. van Velzen M., Dahan A., Niesters M. Neuropathic Pain: Challenges and Opportunities. *Front Pain Res (Lausanne).* 2020. Vol. 1. P. 1. <https://doi.org/10.3389/fpain.2020.00001>.
9. Tajerian M., Leu D., Zou Y., Sahbaie P., Li W., Khan H., Hsu V., Kingery W., Huang T.T., Becerra L., Clark J.D. Brain neuroplastic changes accompany anxiety and memory deficits in a model of complex regional pain syndrome. *Anesthesiology.* 2014. Vol. 121. P. 852–865. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000403>.
10. Webers C., Vanhoof L., Leue C., Boonen A., Köhler S. Depression in ankylosing spondylitis and the role of disease-related and contextual factors: a cross-sectional study. *Arthritis Res Ther.* 2019. Vol. 21. P. 215. <https://doi.org/10.1186/s13075-019-1995-7>.
11. Park J.Y., Howren A.M., Zusman E.Z., Esdaile J.M., De Vera M.A. The incidence of depression and anxiety in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Rheumatol.* 2020. Vol. 4. P. 12. <https://doi.org/10.1186/s41927-019-0111-6>.
12. Gok K., Cengiz G., Erol K., Ozgocmen S. Neuropathic pain component in axial spondyloarthritis and the influence on disease burden. *J Clin Rheumatol.* 2018. Vol. 24. P. 324-327. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000711>.
13. Gordh T.E., Stubhaug A., Jensen T.S., Arnèr S., Biber B., Boivie J., Mannheimer C., Kalliomäki J., Kalso E. Gabapentin in traumatic nerve injury pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over, multi-center study. *Pain.* 2008. Vol. 138. P. 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.011>.
14. Geler-Külcü D., Batıbay S., Öztürk G., Mesci N. The association of neuropathic pain and disease activity, functional level, and quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a cross-sectional study. *Turk J Med Sci.* 2018. Vol. 48. P. 257-265. <https://doi.org/10.3906/sag-1707-147>.

15. Zou Q., Jiang Y., Mu F., Shi Y., Fang Y. Correlation of axial spondyloarthritis with anxiety and depression. *Med Sci Monit.* 2016. Vol. 22. P. 3202-3208. <https://doi.org/10.12659/MSM.897232>.
16. Zhao S., Thong D., Miller N., Duffield S.J., Hughes D.M., Chadwick L., Goodson N.J. The prevalence of depression in axial spondyloarthritis and its association with disease activity: A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther.* 2018. Vol. 20(1). P. 140. <https://doi.org/10.1186/s13075-018-1644-6>.
17. Reddy K.N., Sabu N., Pandey N., Raut A., Joag K., Patil P. Anxiety and depression among patients with axial spondyloarthritis. *Eur J Rheumatol.* 2022. Vol. 9(1). P. 8-13. <https://doi.org/10.5152/eurjrheum.2021.21022>.
18. Özkan Y. Anxiety, depression, problem solving and stress management in patients with ankylosing spondylitis. *Meandros Med Dent J.* 2018. Vol. 19(1). P. 57-63. <https://doi.org/10.4274/meandros.98704>.
19. Linden S.V.D., Valkenburg H.A., Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism.* 1984. Vol. 27(4). P. 361-368. <https://doi.org/10.1002/art.1780270401>.
20. Derogatis L.R. SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. 2nd Edition, Clinical Psychometric Research, Inc., Towson. 1992.
21. Sereda Y., Dembitskyi S. Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry.* 2016. Vol. 16(1). P. 300. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1014-3>.
22. Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain.* 2001. Vol. 92(1-2). P. 147-157. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00482-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00482-6).
23. Bouhassira D., Attal N., Alchaar H., Boureau F., Brochet B., Bruxelle J., Cunin G., Fermanian J., Ginies P., Grun-Overdyking A., Jafari-Schluep H., Lantéri-Minet M., Laurent B., Mick G., Serrie A., Valade D., Vicaute E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain.* 2004. Vol. 114(1-2). P. 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.010>.
24. Кедик І.О. Нейропатичний біль при анкілозивному спондиліті та особливості психопатологічного реагування. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2022. № 6. С. 89-94. <https://doi.org/10.26693/jmbs07.06.089>.
25. Shen C.C., Hu L.Y., Yang A.C., Kuo B.I., Chiang Y.Y., Tsai S.J. Risk of psychiatric disorders following ankylosing spondylitis: a nationwide population-based retrospective cohort study. *J Rheumatol.* 2016. Vol. 43(3). P. 625-631. <https://doi.org/10.3899/jrheum.150388>.
26. Mitsikostas D.D., Moka E., Orrillo E., Aurilio C., Vadalouca A., Paladini A., Varrassi G. Neuropathic Pain in Neurologic Disorders: A Narrative Review. *Cureus.* 2022. Vol. 14(2), P. e22419. <https://doi.org/10.7759/cureus.22419>.
27. Bal A., Unlu E., Bahar G., Aydog E., Eksioglu E., Yorgancioglu R. Comparison of serum IL-1 beta, sIL-2R, IL-6, and TNF-alpha levels with disease activity parameters in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol.* 2007. Vol. 26(2). P. 211-215. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0283-5>.
28. Dowlati Y., Herrmann N., Swardfager W., Liu H., Sham L., Reim E.K., Lanctôt K.L. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry.* 2010. Vol. 67(5). P. 446-457. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.09.033>.

References

1. Bridgwood C., Watad A., Cuthbert R.J., McGonagle D. (2018) Spondyloarthritis: new insights into clinical aspects, translational immunology and therapeutics. *Curr. Opin. Rheumatol.* 30(5), 526-532. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000529>.
2. Zhu W., He X., Cheng K., Zhang L., Chen D., Wang X., Qiu G., Cao X., Weng X. (2019) Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Res.* 7, 22. <https://doi.org/10.1038/s41413-019-0057-8>.

3. Hwang M.C., Ridley L., Reveille J.D. (2021) Ankylosing spondylitis risk factors: a systematic literature review. *Clin. Rheumatol.* 40(8), 3079-3093. <https://doi.org/10.1007/s10067-021-05679-7>.
4. Proft F., Poddubnyy D. (2018) Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis: recent insights and impact of new classification criteria. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 10(5-6), 129-139. <https://doi.org/10.1177/1759720X18773726>.
5. Crossfield S.S.R., Marzo-Ortega H., Kingsbury S.R., Pujades-Rodriguez M., Conaghan P.G. (2021) Changes in ankylosing spondylitis incidence, prevalence and time to diagnosis over two decades. *RMD Open.* 7(3), e001888. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2021-001888>.
6. Hange N., Poudel S., Ozair S., Paul T., Nambakkam M., Shrestha R., Greye F., Shah S., Raj Adhikari Y., Thapa S., Patel P. (2022) Managing Chronic Neuropathic Pain: Recent Advances and New Challenges. *Neurol Res Int.* 12, 8336561. <https://doi.org/10.1155/2022/8336561>.
7. Kim T.W., Son S.M., Lee J.S. (2020) Neuropathic pain in ankylosing spondylitis: a meta-analysis. *Zh. Rheumatol.* 79(1), 95–102. <https://doi.org/10.1007/s00393-019-0654-3>.
8. van Velzen M., Dahan A., Niesters M. (2020) Neuropathic Pain: Challenges and Opportunities. *Front Pain Res (Lausanne).* 1, 1. <https://doi.org/10.3389/fpain.2020.00001>.
9. Tajerian M., Leu D., Zou Y., Sahbaie P., Li W., Khan H., Hsu V., Kingery W., Huang T.T., Becerra L., Clark J.D. (2014) Brain neuroplastic changes accompany anxiety and memory deficits in a model of complex regional pain syndrome. *Anesthesiology.* 121, 852–865. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000403>.
10. Webers C., Vanhoof L., Leue C., Boonen A., Köhler S. (2019) Depression in ankylosing spondylitis and the role of disease-related and contextual factors: a cross-sectional study. *Arthritis Res Ther.* 21, 215. <https://doi.org/10.1186/s13075-019-1995-7>.
11. Park J.Y., Howren A.M., Zusman E.Z., Esdaile J.M., De Vera M.A. (2020) The incidence of depression and anxiety in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Rheumatol.* 4, 12. <https://doi.org/10.1186/s41927-019-0111-6>.
12. Gok K., Cengiz G., Erol K., Ozgocmen S. (2018) Neuropathic pain component in axial spondyloarthritis and the influence on disease burden. *J Clin Rheumatol.* 24, 324-327. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000711>.
13. Gordh T.E., Stubhaug A., Jensen T.S., Arnèr S., Biber B., Boivie J., Mannheimer C., Kalliomäki J., Kalso E. (2008) Gabapentin in traumatic nerve injury pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over, multi-center study. *Pain.* 138, 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.011>.
14. Geler-Külcü D., Batıbay S., Öztürk G., Mesci N. (2018) The association of neuropathic pain and disease activity, functional level, and quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a cross-sectional study. *Turk J Med Sci.* 48, 257-265. <https://doi.org/10.3906/sag-1707-147>.
15. Zou Q., Jiang Y., Mu F., Shi Y., Fang Y. (2016) Correlation of axial spondyloarthritis with anxiety and depression. *Med Sci Monit.* 22, 3202-3208. <https://doi.org/10.12659/MSM.897232>.
16. Zhao S., Thong D., Miller N., Duffield S.J., Hughes D.M., Chadwick L., Goodson N.J. (2018) The prevalence of depression in axial spondyloarthritis and its association with disease activity: A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther.* 20(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s13075-018-1644-6>.
17. Reddy K.N., Sabu N., Pandey N., Raut A., Joag K., Patil P. (2022) Anxiety and depression among patients with axial spondyloarthritis. *Eur J Rheumatol.* 9(1), 8-13. <https://doi.org/10.5152/eurjrheum.2021.21022>.
18. Özkan Y. (2018) Anxiety, depression, problem solving and stress management in patients with ankylosing spondylitis. *Meandros Med Dent J.* 19(1), 57-63. <https://doi.org/10.4274/meandros.98704>.
19. Linden S.V.D., Valkenburg H.A., Cats A. (1984) Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism.* 27(4), 361-368. <https://doi.org/10.1002/art.1780270401>.

20. Derogatis L.R. (1992) SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. 2nd Edition, Clinical Psychometric Research, Inc., Towson.
21. Sereda Y., Dembitskyi S. (2016) Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry*. 16(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1014-3>.
22. Bennett M. (2001) The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain*. 92(1-2), 147-157. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00482-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00482-6).
23. Bouhassira D., Attal N., Alchaar H., Boureau F., Brochet B., Bruxelle J., Cunin G., Fermanian J., Ginies P., Grun-Overdyking A., Jafari-Schluep H., Lantéri-Minet M., Laurent B., Mick G., Serrie A., Valade D., Vicaut E. (2004) Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 114(1-2), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.010>.
24. Kedyk I.O. (2022) Neiropatychnyi bil' pry ankilozyvnomu spondyliyti ta osoblyvosti psyhopatologichnogo reaguvannia [Neuropathic Pain in Ankylosing Spondylitis and Peculiarities of Psychopathological Response]. *Ukrainskii Zhurnal Medicyny, Biologii ta Sportu [Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sport]*. 6, 89-94. <https://doi.org/10.26693/jmbs07.06.089>. [in Ukrainian].
25. Shen C.C., Hu L.Y., Yang A.C., Kuo B.I., Chiang Y.Y., Tsai S.J. (2016) Risk of psychiatric disorders following ankylosing spondylitis: a nationwide population-based retrospective cohort study. *J Rheumatol*. 43(3), 625–631. <https://doi.org/10.3899/jrheum.150388>.
26. Mitsikostas D.D., Moka E., Orrillo E., Aurilio C., Vadalouca A., Paladini A., Varrassi G. (2022) Neuropathic Pain in Neurologic Disorders: A Narrative Review. *Cureus*. 14(2), e22419. <https://doi.org/10.7759/cureus.22419>.
27. Bal A., Unlu E., Bahar G., Aydog E., Eksioglu E., Yorgancioglu R. (2007) Comparison of serum IL-1 beta, sIL-2R, IL-6, and TNF-alpha levels with disease activity parameters in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol*. 26(2), 211–215. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0283-5>.
28. Dowlati Y., Herrmann N., Swardfager W., Liu H., Sham L., Reim E.K., Lanctôt K.L. (2010) A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry*. 67(5), 446–457. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.09.033>.