

Сравнительная оценка качества жизни и уровня тревоги и депрессии у пациентов с язвенным колитом

Е.В. Болотова¹, К.А. Юмукян^{1, 2}, А.В. Дудникова¹ ✉

¹ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, г. Краснодар

² ГБУЗ «Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница № 1 им. С.В. Очаповского»; Россия, г. Краснодар

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценка качества жизни, уровня тревоги и депрессии у пациентов с язвенным колитом (ЯК) в зависимости от активности заболевания.

Дизайн: сравнительное проспективное.

Материал и методы. На базе ГБУЗ ККБ № 1 им. С.В. Очаповского в 2018–2020 гг. проведено сравнительное проспективное исследование, включавшее 218 пациентов: 178 больных с ЯК (139 — в стадии обострения, 39 — в стадии ремиссии) и 40 здоровых добровольцев (группа контроля). Помимо стандартных обследований и определения уровней фекальных маркеров воспаления всем пациентам проведено исследование качества жизни по шкалам The Short Form-36 (SF-36) и Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), индекса клинической активности (CAI), уровня тревоги и депрессии по шкале Hospital Anxiety and Depression (HADS).

Результаты. Наиболее низкие средние показатели по опроснику SF-36 и наиболее сильные корреляции с CAI выявлены у больных с ЯК для доменов: шкала жизнеспособности, общее состояние здоровья и ролевое эмоциональное функционирование ($p < 0,05$). Установлены достоверные различия по опроснику IBDQ в средних баллах и корреляции между величиной баллов и CAI по всем доменам ($p = 0,0001$). Наиболее сильные корреляции получены для общего балла и домена «кишечный фактор» ($p = 0,0001$). Более низкими средними баллами по опроснику SF-36 были у пациентов с хроническими заболеваниями, не связанными с ЯК, а по опроснику IBDQ — напротив, у пациентов с внекишечными проявлениями ЯК. Обнаружена корреляция между баллами по HADS и CAI, отражающим тяжесть атаки ЯК ($r = 0,560$; $p = 0,01$).

Выводы. Полученные нами результаты демонстрируют важность исследования качества жизни больных с ЯК с помощью специфических, так и неспецифических типов опросников, поскольку они дополняют друг друга и позволяют индивидуализировать терапевтические подходы к пациентам с ЯК.

Ключевые слова: язвенный колит, воспалительные заболевания кишечника, качество жизни, тревога, депрессия.

Для цитирования: Болотова Е.В., Юмукян К.А., Дудникова А.В. Сравнительная оценка качества жизни и уровня тревоги и депрессии у пациентов с язвенным колитом. Доктор.Ру. 2023;22(2):51–56. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-2-51-56

Comparative Assessment of the Quality of Life and the Level of Anxiety and Depression in Patients with Ulcerative Colitis

E.V. Bolotova¹, K.A. Yumukyan^{1, 2}, A.V. Dudnikova¹ ✉

¹ Kuban State Medical University of the Ministry of Health of Russia; 4 Sedina Str., Krasnodar, Russian Federation 350063

² Scientific Research Institute — Prof. S.V. Ochapovskiy Regional Clinical Hospital No.1; 167 1 Maya Str., Krasnodar, Russian Federation 360086

ABSTRACT

Aim: To assess the quality of life, the level of anxiety and depression in patients with ulcerative colitis (UC) depending on disease active/inactive status.

Design: comparative prospective study.

Materials and methods. In 2018–2020, a clinical study was conducted in Prof. S. V. Ochapovskiy Regional Clinical Hospital No. 1, which enrolled 218 patients: 178 patients with UC (139 patients with active disease and 39 patients with inactive disease) and 40 healthy volunteers (control group). In addition to routine examinations and faecal inflammatory markers, all patients underwent a quality-of-life assessment using The Short Form-36 (SF-36) and Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), Clinical Activity Index (CAI), anxiety and depression evaluation using the Hospital Anxiety and Depression (HADS) scale.

Results. The lowest mean values for SF-36 and the strongest correlations with CAI were observed in UC patients for the following domains: viability scale, overall health and emotional functioning ($p < 0.05$). Significant differences were recorded for IBDQ in mean values and correlations between the points on the scale and CAI for all domains ($p = 0.0001$). The strongest correlations were observed for the overall points and the “intestinal factor” domain ($p = 0.0001$). Lower mean values for SF-36 were in patients with chronic diseases not related to UC; for IBDQ, the situation was opposite — patients with extraintestinal UC signs had lower mean values. We found a correlation between HADS and CAI points which shows severity of an UC episode ($r = 0.560$; $p = 0.01$).

Conclusions. The results demonstrate the importance of evaluation of the quality of life of patients with UC using both specific and non-specific questionnaires, since they complement each other and allow personalising therapeutic approaches for patients with UC.

Keywords: ulcerative colitis; inflammatory bowel diseases; quality of life; anxiety; depression.

For citation: Bolotova E.V., Yumukyan K.A., Dudnikova A.V. Comparative assessment of the quality of life and the level of anxiety and depression in patients with ulcerative colitis. Doctor.Ru. 2023;22(2):51–56. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-2-51-56

✉ Дудникова Анна Валерьевна / Dudnikova, A.V. — E-mail: avdudnikova@yandex.ru



Оригинальная
статья



Original
Paper

ВВЕДЕНИЕ

Язвенный колит (ЯК) — это хроническое, рецидивирующее заболевание, проявляющееся воспалением слизистой прямой кишки с тенденцией к распространению проксимально на толстый кишечник [1]. Инвалидизация, снижение качества жизни (КЖ), возрастной пик заболеваемости, приходящийся на молодой трудоспособный возраст, определяют социальную значимость ЯК [1]. ЯК преимущественно ассоциируется с такими симптомами, как боль в животе, кровавая диарея, потеря веса, анемия, усталость и лихорадка. Помимо этого могут возникать внекишечные нарушения, связанные с активностью заболевания (поражения глаз, суставов, печени, слизистых оболочек) и хроническим персистирующим воспалением (холелитиаз, стеатоз, амилоидоз, тромбозы различных локализаций) [1]. В ходе заболевания часто возникают обострения и ремиссии, высок риск колэктомии и колоректального рака, что существенно снижает КЖ [1]. Многочисленные исследования показывают, что пациенты с ЯК страдают от тревожных и депрессивных симптомов значительно чаще по сравнению с сопоставимой по возрасту и полу популяцией [2, 3]. С точки зрения клинициста, особенно важным и информативным является комплексный подход к пациенту с учетом как клинических, так и социодемографических, психологических особенностей [2–4]. Недооцененные проблемы психического здоровья способны привести к увеличению инвалидности, снижению приверженности к лечению и росту затрат на здравоохранение.

Цель исследования: оценка КЖ, уровня тревоги и депрессии у пациентов с ЯК в зависимости от активности заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГБУЗ НИИ ККБ № 1 им. С.В. Очаповского в 2018–2020 гг. проведено сравнительное проспективное исследование, включавшее 218 пациентов. Группу контроля составили 40 здоровых добровольцев, 1-ю группу — 39 пациентов с ЯК в стадии ремиссии, 2-ю группу — 48 пациентов с легкой атакой, 3-ю группу — 46 пациентов с атакой средней тяжести, 4-ю группу — 45 пациентов с тяжелой атакой. Помимо стандартных исследований у всех пациентов были изучены фекальные биомаркеры (неоптерин, лактоферрин, кальпротектин) и цитокиновый профиль. Для оценки степени воспаления слизистой оболочки при колоноскопии использовали шкалу Мейо [1]. Индекс клинической активности (CAI) устанавливали следующим образом: 1–4 — неактивное заболевание, 5–12 — умеренная активность и > 12 — высокая активность [1].

Для оценки уровня тревоги и депрессии применяли Шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression — HADS) [5]; для оценки КЖ — неспецифический опросник The Short Form-36 (SF-36), состоящий из 36 вопросов, ответы на которые распределены в 8 шкал, объединенные в два суммарных параметра: физического компонента здоровья и психический компонент здоровья [6] и специфический опросник для больных ВЗК — Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), состоящий из 4 разделов, касающихся кишечных, системных, социальных и эмоциональных проявлений [7].

Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики и принципами Хельсинкской декларации. До включения в исследование у всех пациентов получено письменное информированное согла-

сие. Протокол исследования № 67 от 05.10.2018 одобрен на заседании Независимого этического комитета ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Статистическая обработка проведена с использованием пакета статистической программы MedCalc. Оценку статистической значимости различий двух или нескольких относительных показателей (частот, долей) выполняли при помощи критерия χ^2 Пирсона. Корреляционный анализ для уточнения взаимосвязи показателей проведен с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Показатели представлены в виде $M (SD)$, где M — среднее значение, SD — стандартное отклонение при параметрическом распределении и в виде медианы (Me) и 25 и 75 перцентиля при непараметрическом. Корреляционные связи и различия сравниваемых показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнение данных, полученных по результатам анкетирования по SF-36 и IBDQ, показало, что пациенты с ЯК имели нарушения по всем доменам в виде более низких средних баллов по сравнению с пациентами контрольной группы (табл. 1). По опроснику IBDQ были получены достоверные различия в средних баллах по всем доменам ($p = 0,0001$). Выявлены достоверные корреляции между величиной баллов и CAI по всем доменам ($p < 0,05$). Наиболее сильные корреляции получены для общего балла и домена «кишечный фактор» ($p = 0,0001$), однако и остальные корреляции CAI с доменами опросника IBDQ были от умеренных до сильных ($p = 0,0001$).

Наиболее низкие средние показатели по опроснику SF-36 у больных с ЯК выявлены для доменов: шкала жизнеспособности, общее состояние здоровья и ролевое эмоциональное функционирование; различия по сравнению с контрольной группой оказались достоверными ($p < 0,05$). Для этих же доменов были получены наиболее сильные корреляции с CAI ($r > 0,5$). Корреляции CAI с доменами SF-36, как правило, были ниже, чем с предыдущим опросником, хотя все корреляции, кроме трех (ролевое эмоциональное функционирование, шкала боли и физическое функционирование), были умеренной силы.

Мы проанализировали взаимосвязь между величиной средних баллов по обоим опросникам и протяженностью ЯК (рис. 1). Обращают на себя внимание более низкие показатели по всем доменам у пациентов с панколитом по сравнению с пациентами с проктитом, что отражает обратную пропорциональную зависимость протяженности поражения и КЖ (рис. 1).

При оценке КЖ пациентов с ЯК с помощью опросника IBDQ выявлено, что среднее значение составило $116,5 \pm 5,1$ балла и было на 20,6% ниже среднего значения для контрольной группы ($140,3 \pm 4,5$ балла; табл. 2). Среднее значение баллов по опроснику IBDQ в 4-й группе было в 1,4 раза ниже, чем в 1-й группе ($p = 0,01$). Важно отметить, что при тяжелой атаке заболевания все факторы одновременно снижались по сравнению с контрольной группой (табл. 2). Наиболее выраженное снижение наблюдалось в кишечной и эмоциональной сферах: баллы по кишечному фактору у пациентов с ЯК были в 2,1 раза ниже, чем в контрольной группе, а по эмоциональному фактору — в 2,7 раза.

В когорте пациентов с ЯК у 69,1% (123) пациентов были выявлены сопутствующие хронические заболевания, из которых 52,8% (65) являлись внекишечными проявлениями

Средние баллы по опросникам IBDQ и SF-36 и их взаимосвязь с САИ у больных с язвенным колитом (n = 218)
 Mean IBDQ and SF-36 values and their correlation with CAI in patients with ulcerative colitis (n = 218)

Показатель	ЯК	Группа контроля	Достоверность различий	Корреляция с САИ
IBDQ				
Кишечный фактор	52,8 (56,0–59,7)	68,9 (67,0–69,6)	p = 0,01	r = -0,825; p = 0,0001
Системный фактор	25,1 (23,9-25,8)	34,6 (33,8–35,0)	p = 0,01	r = -0,523; p = 0,001
Эмоциональный фактор	67,4 (65,7–69,8)	83,2 (82,1–84,0)	p = 0,01	r = -0,513; p = 0,001
Социальный фактор	31,8 (29,2–33,2)	33,2 (32,2–35,0)	p = 0,06	r = -0,495; p = 0,01
Общий балл	181,1 (177,4–184,5)	219,9 (215,1–223,6)	p = 0,01	r = -0,781; p = 0,0001
SF-36				
Физическое функционирование	72,1 (66,6, 81,5)	97,4 (96,6, 98,5)	p = 0,06	r = -0,325; p = 0,001
Ролевое физическое функционирование	66,5 (68,5, 64,4)	92,4 (86,5, 94,5)	p = 0,02	r = -0,476; p = 0,001
Шкала боли	59,9 (57,8, 60,0)	96,4 (88,6, 98,5)	p = 0,06	r = -0,294; p = 0,001
Общее состояние здоровья	53,3 (52,1–54,9)	95,7 (88,7, 97,1)	p = 0,01	r = -0,536; p = 0,001
Шкала жизнеспособности	50,1 (45,1, 55,0)	95,7 (89,7, 96,6)	p = 0,01	r = -0,577; p = 0,0001
Шкала социального функционирования	66,1 (61,5, 70,8)	96,1 (95,3, 97,2)	p = 0,01	r = -0,408; p = 0,001
Ролевое эмоциональное функционирование	53,3 (48,6, 58,0)	93,6 (89,5, 94,3)	p = 0,01	r = -0,531; p = 0,001
Психологическое здоровье	68,2 (64,3, 72,2)	91,3 (88,2, 93,1)	p = 0,01	r = -0,421; p = 0,001

Рис. 1. Качество жизни в зависимости от протяженности колита (n = 178)

Fig. 1. Quality of life depending on colitis duration (n = 178)

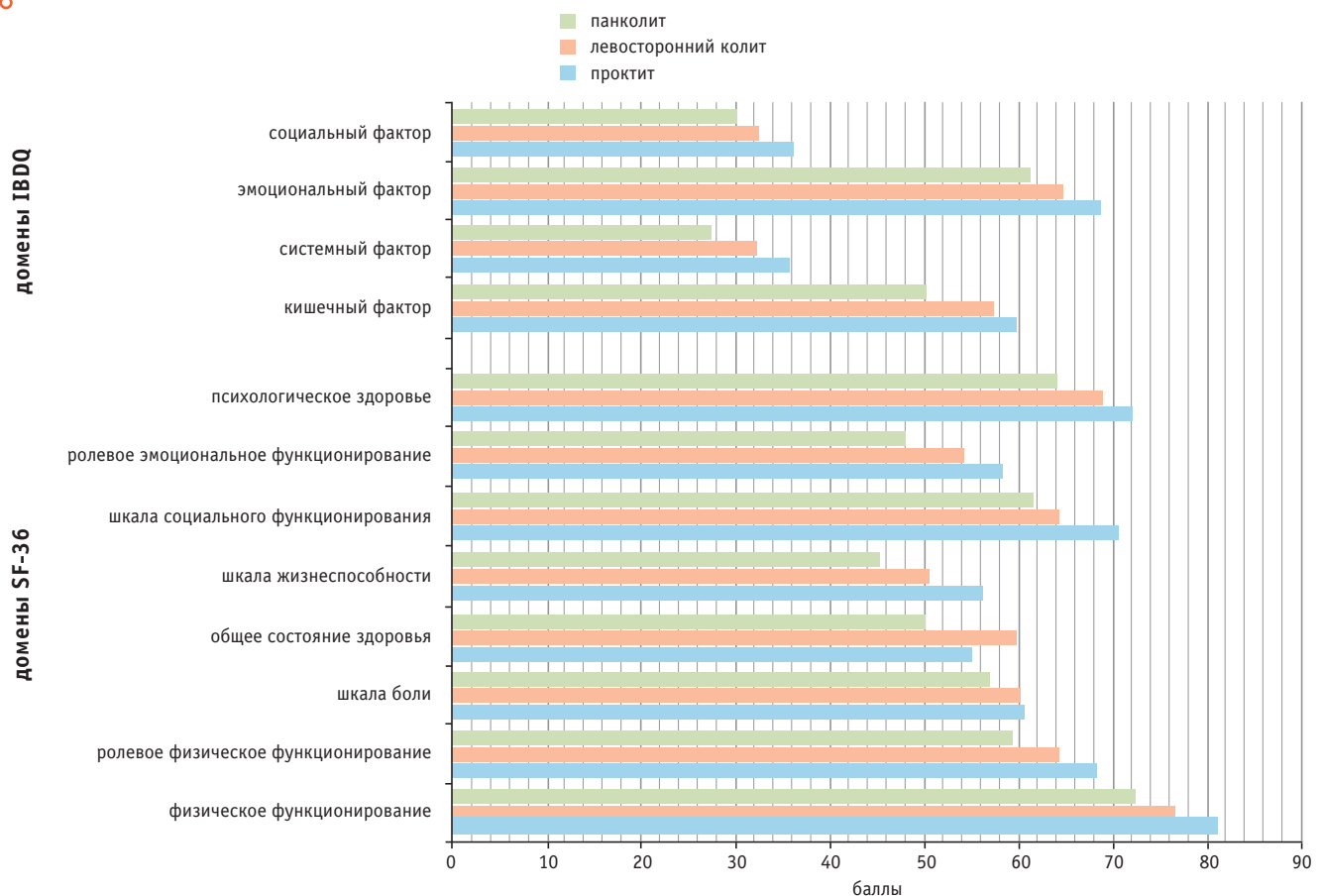


Таблица 2 / Table 2

Показатели качества жизни больных с язвенным колитом по специфическим (IBDQ, SF 36) и неспецифическому опроснику в зависимости от тяжести атаки колита (n = 218)
 QoL in patients with ulcerative colitis as assessed with specific (IBDQ, SF 36) and non-specific questionnaires depending on colitis severity (n = 218)

Группа	IBDQ	SF-36	
		PH	MH
1-я	132,3 ± 7,8	55,1 ± 2,2	46,8 ± 3,7
2-я	126,8 ± 5,4	51,6 ± 3,2	46,1 ± 3,5
3-я	112,9 ± 6,2	42,6 ± 5,7	45,3 ± 5,8
4-я	96,9 ± 3,3	34,9 ± 4,1	45,1 ± 4,9
Группа контроля	141,9 ± 2,1	51,2 ± 3,9	48,5 ± 3,7

ЯК. Нами было проанализировано влияние данных заболеваний на КЖ по обоим опросникам у пациентов с ЯК (рис. 2). Выявлено, что более низкие средние баллы по опроснику SF-36 были у пациентов с хроническими заболеваниями, не связанными с ЯК, а по опроснику IBDQ — напротив, у пациентов с внекишечными проявлениями ЯК. Средний балл по шкале уровня тревоги и депрессии HADS в когорте пациентов с ЯК составил $9,4 \pm 1,1$ балла, что достоверно выше, чем в группе контроля ($9,9 \pm 1,1$ vs $5,1 \pm 0,9$; $p = 0,01$). Выявлено преобладание депрессии над тревогой ($8,7 \pm 1,5$ vs $7,9 \pm 0,9$; $p = 0,06$), однако разница была не достоверна. У пациентов 4-й группы средний балл по HADS был наиболее высоким, достоверно выше по сравнению с пациентами 1-й и 2-й групп ($10,1 \pm 2,1$ vs $4,2 \pm 0,9$; $p = 0,01$ и $10,1 \pm 2,1$ vs $5,2 \pm 0,8$; $p = 0,01$ соответственно). Обнаружена корреляция средней силы между баллами по HADS и CAI, отражающим тяжесть атаки ($r = 0,560$, $p = 0,01$; рис. 3).

Рис. 2. Влияние кишечных и внекишечных проявлений на качество жизни (по данным опросников SF-36 и IBDQ)

Fig. 2. Effect of intestinal and extraintestinal signs on quality of life (SF-36 and IBDQ values)

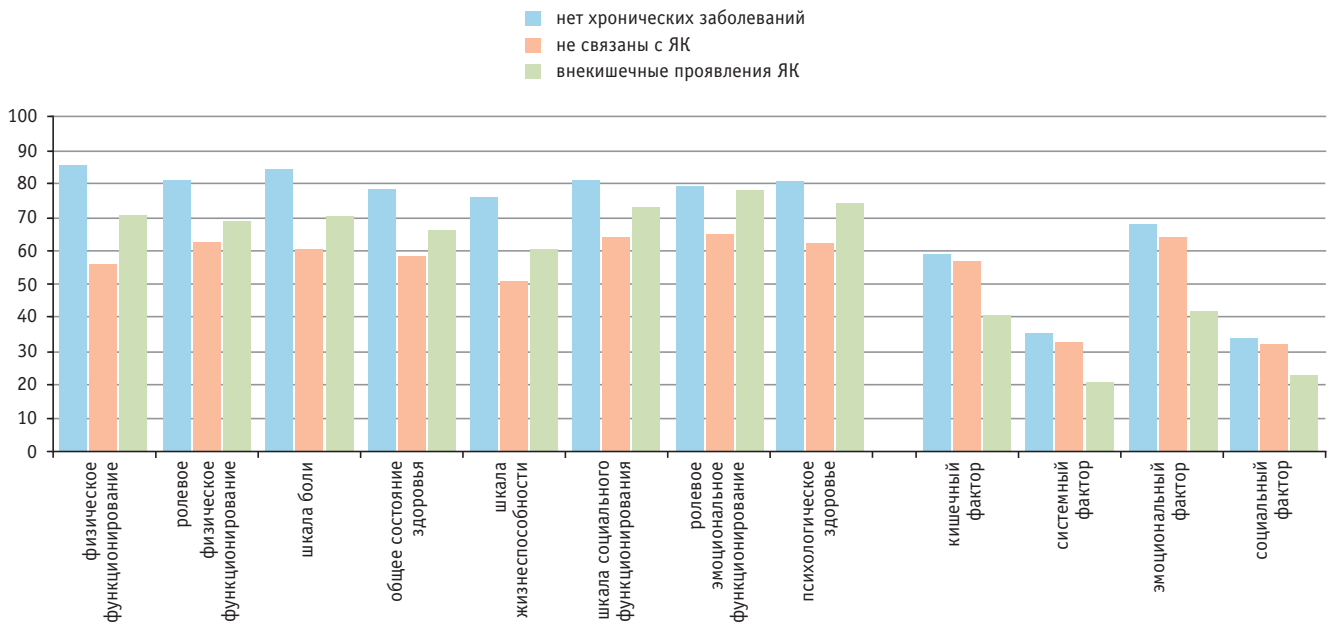
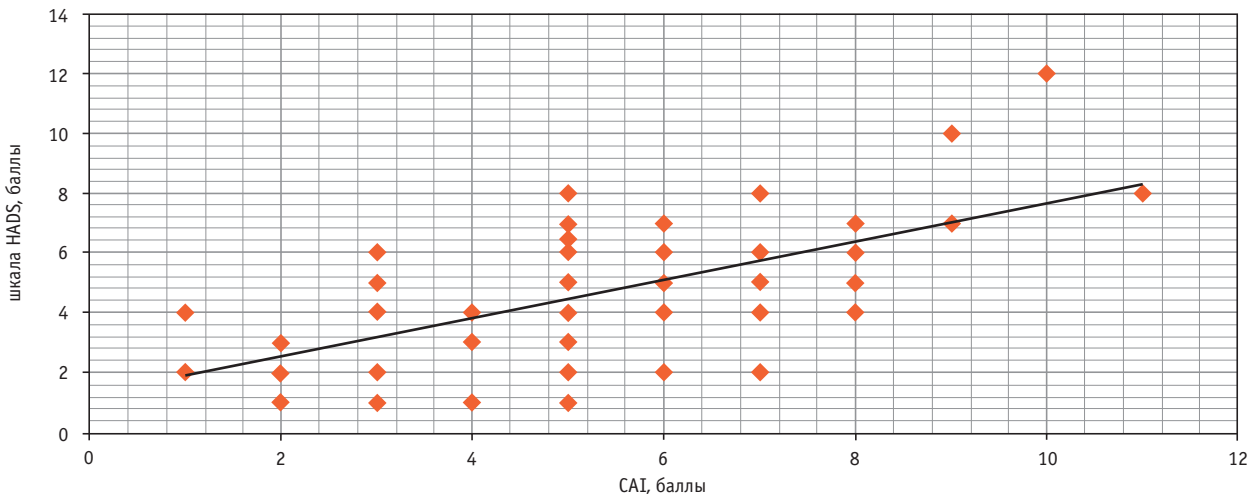


Рис. 3. Корреляция между CAI и баллами по HADS

Fig. 3. Correlation between CAI and HADS points



ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты нашего исследования показали, что пациенты с ЯК имели нарушения по всем доменам шкал SF-36 и IBDQ в виде более низких средних баллов по сравнению с пациентами контрольной группы. Ряд исследователей отмечают, что в дополнение к симптомам и осложнениям, непосредственно связанным с ВЗК, на КЖ таких пациентов большое влияние оказывают многочисленные психологические и социальные факторы [8, 9]. ЯК является хроническим рецидивирующим заболеванием кишечника, связанным с инвалидизирующими физическими и психологическими симптомами, в том числе сексуальной дисфункцией [8–10]. Так, в ряде исследований показано, что вне зависимости от степени активности заболевания большинство пациентов с ВЗК считают, что их КЖ нарушено [8–10].

В последние годы была признана важность выявления психологических проблем на приемах пациентов с ВЗК по HADS, которая считается наиболее подходящим инструментом для этой цели [5, 8]. Это позволяет врачу своевременно направлять пациентов с ВЗК к специалисту по психическому здоровью. Полученные нами данные продемонстрировали взаимосвязь выраженности тревоги и депрессии и CAI в виде положительной корреляционной связи. По результатам общенационального проспективного когортного исследования в Корее, сумма баллов по HADS ≥ 8 среди пациентов с ЯК составила 33,7% для тревоги и 41,8% для депрессии [11]. Из них значительные расстройства настроения, требующие психологических вмешательств, определяемые баллом HADS ≥ 11 , были выявлены у 16,7% (тревога) и 20,6% (депрессия) пациентов. Существенной разницы в среднем показателе HADS в зависимости от тяжести заболевания в этом исследовании не выявлено [11].

Полученные данные о взаимосвязи активности ЯК и баллов по HADS в целом сопоставимы с результатами исследования R.A. Marrie и соавт., включавшем 247 пациентов [12]. Авторы продемонстрировали, что лица с симптомами депрессии (ОШ = 6,27; 95% ДИ 1,39–28,2) и тревоги (ОШ = 2,17; 95% ДИ 1,01–4,66) имели более высокую активность ВЗК и повышенный риск использования биологической терапии (ОШ = 2,02; 95% ДИ 1,02–4,00) [12].

В нашем исследовании активность симптомов ЯК была более тесно связана с оценками по специфическому опроснику IBDQ, чем по общему опроснику SF-36. Эти результаты подтверждают данные ряда предыдущих работ о том, что специфические опросники для определенных заболеваний помогают прогнозировать активность/обострение

заболевания [13, 14]. Наши результаты продемонстрировали преимущества общего опросника КЖ SF-36 относительно наличия/отсутствия сопутствующих заболеваний, не связанных с ЯК. И наоборот, IBDQ оказался более информативным относительно внекишечных проявлений ЯК. Этот факт, вероятно, объясняется тем, что данный вопросник валидизирован для пациентов с ВЗК [7].

Общеизвестно, что конечной целью медицинских работников, занимающихся лечением ЯК, является формирование междисциплинарного лечения, которое позволит достигнуть клинической, эндоскопической, биохимической и гистологической ремиссии, улучшить КЖ и предотвратить инвалидность. Новизна нашего исследования заключается в том, что мы одновременно сравнили специфический и неспецифический опросники КЖ, а также оценили уровень тревоги и депрессии у больных с ЯК и сопоставили их с CAI. Полученные нами данные продемонстрировали необходимость скрининга тревожно-депрессивных состояний и КЖ в условиях повседневной клинической практики на всех этапах оказания медицинской помощи пациентам с ЯК для своевременного выявления психосоциальных проблем и оптимизации лечения.

Выводы

1. Сравнение данных, полученных по результатам анкетирования при помощи SF-36 и IBDQ, показало, что пациенты с ЯК имели нарушения по всем доменам в виде более низких средних баллов по сравнению с пациентами контрольной группы.
2. Наиболее низкие средние показатели по опроснику SF-36 у больных ЯК выявлены для доменов: шкала жизнеспособности, общее состояние здоровья и ролевое эмоциональное функционирование, различия по сравнению с контрольной группой оказались сопоставимыми ($p < 0,05$), для этих же доменов были получены наиболее сильные корреляции с CAI ($r > 0,5$).
3. Получены достоверные различия по опроснику IBDQ в средних баллах и корреляции между величиной баллов и CAI по всем доменам ($p = 0,0001$). Наиболее сильные корреляции получены для общего балла и домена «кишечный фактор» ($p = 0,0001$).
4. Более низкие средние баллы по опроснику SF-36 были у пациентов с хроническими заболеваниями, не связанными с ЯК, а по опроснику IBDQ — напротив, у пациентов с внекишечными проявлениями ЯК.
5. Обнаружена положительная корреляция средней силы между баллами по HADS и CAI, отражающим тяжесть атаки ЯК ($r = 0,560$; $p = 0,01$).

Вклад авторов / Contributions

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Вклад каждого из авторов: Болотова Е.В. — редактирование текста, утверждение рукописи для публикации; Юмукян К.А. — сбор материала и анализ полученных данных, написание текста; Дудникова А.В. — анализ результатов, написание текста.

All authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication. Special contribution: Bolotova, E.V. — editing of the text, approval of the manuscript for publication; Yumukyan, K.A. — material collection and data analysis, text of the article; Dudnikova, A.V. — analysis of the results, text of the article.

Конфликт интересов / Disclosure

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.
The authors declare no conflict of interests.

Об авторах / About the authors

Болотова Елена Валентиновна / Bolotova, E.V. — д. м. н., профессор кафедры терапии № 1 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет». 350063, Россия, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4. eLIBRARY.RU SPIN: 4322-9985. <https://orcid.org/0000-0001-6257-354X>. E-mail: bolotowa_e@mail.ru

Юмукян Кнара Андраниковна / Yumukyan, K.A. — ассистент кафедры терапии № 1 ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет». 350063, Россия, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4; врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения ГБУЗ «НИИ

ККБ № 1 им. С.В. Очаповского». 360086, Россия, г. Краснодар, ул. 1 Мая, д. 167. eLIBRARY.RU SPIN: 8830-1516. <https://orcid.org/0000-0001-9825-7610>. E-mail: yutukyan_ka@mail.ru

Дудникова Анна Валерьевна / Dudnikova, A.V. — к. м. н., врач-терапевт консультативно-диагностического отделения Клиники ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет». 350010, Россия, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/3. eLIBRARY.RU SPIN: 7480-1992. <https://orcid.org/0000-0003-2601-7831>. E-mail: avdudnikova@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Белоусова Е.А. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению язвенного колита. *Колонпроктология*. 2019;18(4):7–36. Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Belousova E.A. et al. PROJECT: Clinical guidelines for the diagnostics and treatment of ulcerative colitis. *Coloproctology*. 2019;18(4):7–36 (in Russian). DOI: 10.33878/2073-7556-2019-18-4-7-36
2. Бандель В.Е., Михайлова Е. И., Трофимова Н.В. Качество жизни и психоэмоциональные нарушения как критерий эффективности терапии у пациентов с язвенным колитом. *Гепатология и гастроэнтерология*. 2022;6(1):77–81. Bandel V.E., Mikhailova E.I., Trofimova N.V. Quality of life and psychoemotional disorders as a criterion for the effectiveness of therapy in patients with ulcerative colitis. *Hepatology and gastroenterology*. 2022;6(1):77–81. (in Russian). DOI: 10.25298/2616-5546-2022-6-1-77-81
3. Щёкотова А.П., Третьякова Ю.И., Шулькина С.Г. и др. Качество жизни и психоэмоциональные нарушения у больных язвенным колитом в период attacks заболевания. *Современные проблемы науки и образования*. 2018;2:25. Shchyokotova A.P., Tret'yakova Yu.I., Shul'kina S.G. et al. Quality of life and psychoemotional disturbances in patients with ulcerative colitis in the period of attack of disease. *Modern problems of science and education*. 2018;2:25. (in Russian)
4. Knowles S.R., Graff L.A., Wilding H. et al. Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analyses. Part I. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24(4):742–751. DOI: 10.1093/ibd/izx100
5. Brennan C., Worrall-Davies A., McMillan D. et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *J. Psychosom. Res.* 2010;69(4):371–378. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.04.006
6. Yaras A., Rubin D.T., Panés J. et al. Burden of ulcerative colitis on functioning and well-being: a systematic literature review of the SF-36® Health Survey. *J. Crohns Colitis*. 2018;12(5):600–609. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjy024
7. Yaras A., Maher S., Bayliss M. et al. The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire in randomized controlled trials of treatment for ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis. *J. Patient Cent. Res. Rev.* 2020;7(2):189–205. DOI: 10.17294/2330-0698.172
8. Yamamoto-Furusho J.K., Bozada Gutiérrez K.E., Sarmiento-Aguilar A. et al. Depression and anxiety disorders impact in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Psychiatry J.* 2021;2021:5540786. DOI: 10.1155/2021/5540786
9. Barello S., Guida E., Leone S. et al. Does patient engagement affect IBD patients' health-related quality of life? Findings from a cross-sectional study among people with inflammatory bowel diseases. *Health Qual. Life Outcomes*. 2021;19(1):77. DOI: 10.1186/s12955-021-01724-w
10. Boyd T., de Silva P.S., Friedman S. Sexual dysfunction in female patients with inflammatory bowel disease: an overview. *Clin. Exp. Gastroenterol.* 2022;15:213–224. DOI: 10.2147/CEG.S359367
11. Moon J.R., Lee C.K., Hong S.N. et al. Unmet psychosocial needs of patients with newly diagnosed ulcerative colitis: results from the nationwide prospective cohort study in Korea. *Gut Liver*. 2020;14(4):459–467. DOI: 10.5009/gnl19107
12. Marrie R.A., Graff L.A., Fisk J.D. et al. The relationship between symptoms of depression and anxiety and disease activity in IBD over time. *Inflamm. Bowel Dis*. 2021;27(8):1285–1293. DOI: 10.1093/ibd/izaa349
13. Ren W.H., Lai M., Chen Y. et al. Validation of the mainland Chinese version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) for ulcerative colitis and Crohn's disease. *Inflamm. Bowel Dis*. 2007;13(7):903–910. DOI: 10.1002/ibd.20128
14. Fu H., Kaminga A.C., Peng Y. et al. Associations between disease activity, social support and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel diseases: the mediating role of psychological symptoms. *BMC Gastroenterol.* 2020;20(1):11. DOI: 10.1186/s12876-020-1166-y

Поступила / Received: 15.11.2022

Принята к публикации / Accepted: 06.02.2023