

© 2024 by the author(s).

This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International License
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



How to cite / Як цитувати статтю: Romanukha V, Hryniv O, Hvozdetska H, Baryla N, Hrushetska A. Psycho-emotional status in patients with inflammatory bowel disease. *East Ukr Med J.* 2024;12(2):202-211

DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12\(2\):202-211](https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12(2):202-211)

ABSTRACT

Viktoriya Romanukha

<https://orcid.org/0009-0006-0036-0729>

Department of Therapy, Family and
Emergency Medicine PE, Ivano-
Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Olena Hryniv

<https://orcid.org/0000-0002-9998-6775>

Department of Therapy, Family and
Emergency Medicine PE, Ivano-
Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Halyna Hvozdetska

<https://orcid.org/0000-0003-3282-4656>

Department of Obstetrics and Gynecology
n. a. Professor I. D. Lanovoy, Ivano-
Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Nadiia Baryla

<https://orcid.org/0000-0002-7744-2427>

Department of Internal Medicine №2
and Nursing, Ivano-Frankivsk National
Medical University, Ivano-Frankivsk,
Ukraine

Anna Hrushetska

<https://orcid.org/0009-0000-2023-5593>

Department of Internal Medicine №2
and Nursing, Ivano-Frankivsk National
Medical University, Ivano-Frankivsk,
Ukraine

PSYCHO-EMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Introduction. Inflammatory bowel disease is a chronic disease of unclear etiology, with periods of exacerbation and remission, has negative social, physical and emotional consequences and reduces quality of life. It is an obvious fact that psychological status and quality of life are influenced by a significant number of factors, including the disease itself (Crohn's disease is most often more severe, especially in young patients), the severity of the disease, the prevalence of digestive tract involvement, extraintestinal manifestations, complications, surgical interventions and the effectiveness of the chosen therapy.

Materials and methods. The literature review was based on scientific studies published by Science Direct using the information retrieval systems PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar, The Cochrane Librar, Medknow. We mainly reviewed the studies that were published in the last 5 years. 68 scientific papers were selected for the article.

Results After analysing the sources of national and international literature, the risk factors (poor sleep quality, reduced physical activity, fatigue, female gender, obesity, intestinal dysbiosis, surgery with stoma formation) that contributed to a negative impact on the patient's quality of life were identified. Possible methods to alleviate psychopathological symptoms, namely psychotherapy, medication and regular physical activity, were described.

Conclusions. Inflammatory bowel disease contributes to the development of depressive and anxiety disorders, asthenia, sexual dysfunction, poor sleep quality, reduced physical activity, work quality, and productivity. The use of psychotherapy, namely cognitive behavioural therapy, psychodynamic therapy, acceptance and commitment therapy, stress management programs,

mindfulness, hypnosis, antidepressant medication and regular physical activity, leads to an improvement in the patient's quality of life.

Keywords: inflammatory bowel disease, psycho-emotional state, quality of life, anxiety, depression, psychotherapy.

Corresponding author: Viktoriya Romanukha, Department of Therapy, Family and Emergency Medicine PE, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine
tel.: +380676986807, email: vromanuha@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Вікторія Романуха

<https://orcid.org/0009-0006-0036-0729>

Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини ПО, Івано-Франківський національний медичний університет м. Івано-Франківськ, Україна

Олена Гринів

<https://orcid.org/0000-0002-9998-6775>

Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини ПО, Івано-Франківський національний медичний університет м. Івано-Франківськ, Україна

Галина Гвоздецька

<https://orcid.org/0000-0003-3282-4656>

Кафедра акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового, Івано-Франківський національний медичний університет м. Івано-Франківськ, Україна

Надія Барила

<https://orcid.org/0000-0002-7744-2427>

Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства, Івано-Франківський національний медичний університет м. Івано-Франківськ, Україна

Анна Грушецька

<https://orcid.org/0009-0000-2023-5593>

Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства, Івано-Франківський національний медичний університет м. Івано-Франківськ, Україна.

СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКА

Вступ. Запальні захворювання кишечника – це хронічні захворювання нез'ясованої етіології, які, протікаючи із періодами загострень і ремісії, призводять до негативних наслідків у соціальній, фізичній, емоційній сферах та знижують якість життя. Очевидним фактом є те, що на стан психологічного статусу і рівень якості життя впливають значна кількість чинників, зокрема саме захворювання (найчастіше важче протікає хвороба Крона, особливо з дебютом у молодих за віком пацієнтів), тяжкість перебігу захворювання, поширеність ураження травного каналу, позакишкові маніфестації, ускладнення, оперативні втручання, а також ефективність підібраної терапії.

Матеріали і методи. Літературний огляд проведено на основі опублікованих наукових досліджень Science Direct за допомогою інформаційно-пошукових систем PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar, The Cochrane Librar, Medknow. Проведений огляд досліджень переважно за останні 5 років. Для написання статті відібрано 68 наукових праць.

Результати. Проаналізувавши джерела вітчизняної та зарубіжної літератури, виокремлено фактори ризику (незадовільна якість сну, знижена фізична активність, втома, жіноча стать, ожиріння, дисбіоз кишечника, перенесене оперативне втручання з формуванням стони), що сприяють негативному впливу на якість життя пацієнта. Описано можливі методи нівелювання психопатологічної симптоматики, а саме, психотерапію, медикаментозну корекцію та регулярну фізичну активність.

Висновки. Запальні захворювання кишечника сприяють розвитку депресивних та тривожних розладів, астенії, сексуальної дисфункції, погіршенню якості сну, зниженню регулярності фізичної активності, якості та продуктивності праці. Застосування психотерапії, а саме когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічної терапії, терапії прийняття та прихильності, програм управління стресом, усвідомленості, гіпнозу, медикаментозної корекції із використанням антидепресантів, регулярної фізичної активності призводить до поліпшення якості життя пацієнта.

Ключові слова: запальні захворювання кишечника, психоемоційний стан, якість життя, тривога, депресія, психотерапія.

Автор, відповідальний за листування: Вікторія Романуха, кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини ПО, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна
Моб.тел.: +380676986807, email: vromanuha@gmail.com

INTRODUCTION / ВСТУП

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) – це хронічні, рецидивуючі захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) нез'ясованої етіології, які перебігають із періодами загострень і ремісії. Основні представники ЗЗК – виразковий коліт (ВК) і хвороба Крона (ХК).

Якість життя за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) – це сприйняття людьми свого становища в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, турботами. Це комплексне поняття, що включає вплив таких чинників, як фізичне здоров'я (життєва активність, біль, сон і відпочинок), психологічний стан (сприйняття власного тіла і зовнішності, самооцінка), незалежність (рухливість, повсякденна активність, працездатність, залежність від лікарських препаратів), соціальне ставлення (особисті стосунки, сексуальна активність), вплив довкілля (фінансові ресурси, фізична активність, можливість відпочинку та розваг) [1, 2]. Оскільки ЗЗК – це хронічні захворювання, вони, безумовно, впливають на якість життя пацієнтів, що, своєю чергою, корелює з активністю захворювання, на наш погляд, підвищуючи ризик рівнів тривоги, депресії та стресу, а також зниження продуктивності праці. Тому поліпшення якості життя має бути одним із напрямів у лікуванні пацієнтів цієї категорії.

Стратегія пошуку. Для наукового огляду використано дані наукометричних баз PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar, The Cochrane Librar, Medknow, використовуючи комбінацію термінів «запальні захворювання кишечника», «запальні захворювання кишечника у чоловіків», «запальні захворювання кишечника у жінок», «якість життя при запальних захворюваннях кишечника». Пошук проводився з жовтня 2023 р. по лютий 2024 р. Вивчено та узагальнено літературні дані, що стосуються впливу фізичної активності, ожиріння, втоми, оперативних втручань із формуванням стоми на якість життя та психоемоційний стан пацієнтів із запальними захворюваннями кишечника, особливостей перебігу захворювання у чоловіків та жінок та методів медикаментозної корекції психоемоційного стану. До 69 праць відібраних для написання статті праць ввійшли або найновіші публікації (за останні 5 років), або останні публікації із досліджуваної проблематики (незалежно від давності).

Результати та їх обговорення. Підвищена активність захворювання призводить до значущого зниження якості життя та емоційного стресу [3]. Перебіг захворювання із частими рецидивами

достовірно пов'язана з депресивними та тривожними розладами, зниженням якості та продуктивності праці [4, 5, 6], стресом [7], наявністю позакишкових проявів [8, 9], ризиком недоїдання внаслідок відмови від певних продуктів харчування під час загострення хвороби [10]. Поширеність недоїдання серед 107 пацієнтів із ЗЗК, за даними поперечного дослідження, виконаного J. Pulley et al. (2019), становила 16%. Предиктори недостатності харчування, на думку авторів, пов'язані з больовим абдомінальним синдромом, активністю захворювання, повторними госпіталізаціями [11, 12]. Помічено, що пацієнти з низькою якістю життя через недостатність харчування менше споживають клітковину, кальцій, фосфор, магній, що необхідно для мінералізації кісток та адекватної моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ) [13, 14].

На даний час дані про відмінності в гендерному відношенні суперечливі й залежать від соціального становища, способу життя, країни проживання. Є дані, згідно з якими жінки з вищим рівнем депресії та тривоги зазнавали більше емоційних розладів, пов'язаних із захворюванням, а також мали частіші симптоми з боку ШКТ у порівнянні з чоловіками, що призводило до низького рівня якості життя, пов'язаного зі здоров'ям [15]. У дослідженні S.C. Shah et al. (2018) виявили зв'язок між віком розвитку ЗЗК і статтю хворих. Було встановлено, що жіноча стать мала низький ризик розвитку ЗЗК у дитячому віці (до 10–14 років). Навпаки, жінки у віковому діапазоні 25–29 років і, особливо, старші за 35 років більш схильні до ЗЗК у порівнянні з чоловіками. При цьому у чоловіків старше 45 років ризик розвитку ВК на 20% вищий, ніж у жінок [16, 17]. Жіноча стать частіше схильна до психологічних розладів, стресу, що простежується в багатьох дослідженнях. Жінки, які страждають на ЗЗК у післяпологовому періоді, піддаються підвищеному ризику виникнення нового психіатричного діагнозу [18]. Поширеність психічних розладів, таких як депресія, біполярний розлад, шизофренія, розлади аутистичного спектра, деменція, очевидно, вища у пацієнтів із ЗЗК у порівнянні з населенням загалом [19].

На якість життя також впливає фізична активність пацієнта. Багато хворих відзначають обмеження і зниження регулярності фізичної активності в період загострення, при рецидивах, у результаті чого більшість пацієнтів віддають перевагу вправам із низьким навантаженням, таким як ходьба [21, 22]. До того ж, виявлено залежність між астеною та фізичною активністю: пацієнти з підвищеною втомлюваністю демонструють знижену

фізичну форму та фізичну активність у порівнянні з пацієнтами без астенії [22, 23].

Незадовільна якість сну негативно впливає на повсякденну активність пацієнтів із ЗЗК. Порушення якості сну корелює з активністю ЗЗК: чим важче загострення, тим сильніше пацієнти відчувають розлади сну [24]. Дослідження 2020 р. показало, що у третини обстежуваних пацієнтів із ЗЗК відмічається порушення сну, що, в свою чергу, пов'язано з низькою якістю життя, інвалідністю та позакишковими проявами. Крім того, наявність депресії на відміну від тривоги підвищувала частоту змін якості сну [25, 26, 27].

В іншому дослідженні автори вказують на явне зниження якості сну при позакишкових проявах ЗЗК, зокрема при периферичному артриті. Наявність скарг на біль у животі, в суглобах, депресивні порушення, виявлення підвищення С-реактивного білка (СРБ), на думку авторів, слугують фактором, що впливає на якість сну [28].

ЗЗК безпосередньо впливають на статеве життя і фертильність, при них можливий розвиток сексуальної дисфункції (СД), що негативно впливає на якість життя. Дослідження на тему сексуального здоров'я хворих на ЗЗК нечисленні. Дійсно, у пацієнтів із ЗЗК частіше спостерігається розвиток СД порівняно із загальною популяцією [29, 30]. Серед пацієнтів із ЗЗК 54% жінок мають СД, 43% чоловіків – еректильну дисфункцію. Предиктором розвитку СД та еректильної дисфункції були соціальні та емоційні розлади, тривога у жінок і депресія у чоловіків, але активність ЗЗК не була пов'язана з розвитком СД [31]. Чоловіки із ЗЗК частіше вдаються до застосування лікарських препаратів з приводу еректильної дисфункції [32]. У нещодавньому поперечному дослідженні оцінювали СД у чоловіків із ЗЗК, і в 94% із них спостерігалася еректильна дисфункція [33]. Серед жінок сексуальна активність – не менш важлива складова якості життя. Зазначено, що ЗЗК у жінок пов'язані з труднощами в досягненні оргазму і посилюють диспареунію, що посилюється з плином часу [34]. Слід зазначити, що жіноча стать, вік, стомлюваність, активність захворювання і вживання стероїдів пов'язані зі збільшенням незадоволеності своїм тілом, що також було спричинено зниженням якості життя [35, 36, 37].

У певних випадках одним зі способів лікування ЗЗК є оперативне втручання з формуванням стоми. Як і передбачалося, наявність стоми значимо знижує позитивне сприйняття свого тіла, підвищує сексуальну дисфункцію, рівень тривоги. На думку багатьох авторів, наявність стоми є важливим чинником інвалідності [39]. Водночас у дослідженні

2016 р. не було підтверджено негативного впливу стоми на якість життя, а також її зв'язку з тривогою, депресією, порушеннями сну, зниженням сексуального інтересу та задоволеності. Однак наявність стоми була асоційована зі зниженням задоволеності в соціальній сфері у пацієнтів у періоди ремісії та загострення [40]. В іншому ретроспективному когортному дослідженні, навпаки, пацієнти із ЗЗК, які перенесли хірургічне втручання, мали вищий рівень тривожності та депресії, а формування стоми являло собою додатковий фактор ризику зниження якості життя [41, 42].

Є дані про зниження якості життя пацієнтів з ожирінням при ЗЗК, посилення системного низькоінтенсивного запалення за супутніх захворювань, пов'язаних із метаболічним синдромом. Крім того, ожиріння збільшує ризик рецидиву захворювання і пов'язане з вищими тривожністю, депресією, астеною та болем, частішим зверненням за медичною допомогою, а також зі збільшенням ризиків неефективності терапії в результаті конкурентного впливу препаратів, спрямованих на терапію ЗЗК [43].

Втома є одним із чинників, який помітно знижує якість життя і спостерігається практично в половині пацієнтів із ЗЗК [44]. На жаль, цьому симптому, його діагностиці та лікуванню не надають важливого значення. Існуючі дослідження підтверджують зв'язок між астеною і ступенем тяжкості захворювання на відміну від пацієнтів у ремісії [45]. В оглядовій статті T. Grimstad et al. проаналізовано 156 статей, у яких астенія в осіб із ЗЗК траплялася значно частіше, ніж серед населення загалом. Крім того, втома була основною скаргою пацієнтів у період загострень і корелювала з рівнем депресії [46].

Скарги на астеною турбують усіх пацієнтів із ЗЗК незалежно від віку та статі, але деякі дослідження вказують на її частішу поширеність серед жінок. У першій роботі S. Saraiva et al. показано, що загострення ГК і жіноча стать достовірно пов'язані з високим рівнем втоми. При цьому не було виявлено значущої кореляції між клінічною формою ЗЗК і лабораторними показниками, а саме гемоглобіном, СРБ, рівнем феритину [47].

Безпосередню роль в обґрунтуванні астенії, розвитку тривожності та депресії відводиться можливому зв'язку між кишечником і центральною нервовою системою (вісь кишечник-мозок) [48]. Іншим важливим ключовим моментом є мікробіота ШКТ. Доведено, що психологічний стрес змінює мікробіоту кишечнику в бік зменшення кількості біфідобактерій, лактобацил і збільшення числа

аеробних бактерій. Серед представників анаеробних бактерій найбільше значення приділяється виду *Prevotella*. Крім того, доведено твердження про те, що чим вища кількість аеробних ентерококів, тим важчі неврологічні та когнітивні порушення, включно з нервозністю, втратою пам'яті, забудькуватістю і сплутаністю свідомості. Порушення бар'єрної функції кишечника при синдромі хронічної астениї сприяє бактеріальній транслокації [49].

Підбиваючи підсумки, можна припустити, що, впливаючи на вісь мозок-кишечник, мікробіоту, бар'єрну функцію ШКТ засобами корекції мікробіоти, цитопротекторами, можна знизити рівень прозапальних цитокінів і потенційно вплинути на настрій пацієнта, підвищити повсякденну активність і тим самим збільшити якість життя [50, 51].

Згадані вище фактори ризику сприяють збільшенню рівня тривожності, депресії та стресу [52]. Існує маса досліджень, що підтверджують цей взаємозв'язок. Тривогу та депресію вважають найпоширенішими психологічними розладами серед як осіб, які не страждають на ЗЗК, так і пацієнтів із ЗЗК. Розвиток тривоги і депресії, на думку багатьох авторів, пов'язаний із наявністю хірургічного анамнезу, ускладненнями захворювання (включаючи позакишкові прояви), курінням і жіночою статтю [53]. Крім того, у пацієнтів із ЗЗК спостерігається високий рівень страху і занепокоєння, особливо це стосується пацієнтів з ВК і частіше спостерігається в групі з ускладненнями і загостреннями [54]. Припускають, що тривожно-депресивний розлад спричинений загостренням ЗЗК. У дослідженні 2011 р. автори не виявили суттєвої різниці за рівнем тривоги та депресії, а також за частотою ймовірного психічного розладу серед пацієнтів із ХК та ВК [55]. Крім того, багато досліджень також показали, що за неякісного контролю, відсутності лікарської терапії тривога і депресія провокують загострення ЗЗК, збільшення кількості госпіталізацій і зниження прихильності до лікування [56, 57, 58]. Загалом більшість досліджень вказують на значуще зниження якості життя в результаті підвищення рівня тривоги і депресії [59].

Регулярна фізична активність є одним із методів впливу на пацієнтів при різних хронічних захворюваннях. Безсумнівно, ЗЗК слід також розглядати з цієї точки зору. Існують нечисленні дослідження, що підтверджують позитивний вплив фізичної активності на якість життя. Фізична активність низької та середньої інтенсивності може бути корисною особам із ЗЗК, підвищуючи якість життя, проте досліджень, що вивчають зв'язок між

фізичною активністю від помірної до високої та якістю життя в цій популяції, немає [60].

Переваги психотерапії, а саме когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічної терапії, терапії прийняття та прихильності, програм управління стресом, усвідомленості, гіпнозу в поліпшенні якості життя, підтверджуються в оглядовому дослідженні, але необхідне проведення подальших якісних досліджень, перш ніж психологічна терапія може бути впроваджена в повсякденну практику лікування ЗЗК [61]. Опубліковані результати рандомізованого контрольованого дослідження, в якому використовувалася терапія прийняття і прихильності (Acceptance and commitment therapy – АСТ). Це психологічне втручання включає процедури прийняття й усвідомленості поряд зі стратегіями прийняття зобов'язань і зміною поведінки для зниження стресу. АСТ була викликана зниженням сприйманого стресу і депресії, але не тривоги, у порівнянні з контрольними особами. Крім того, під час вивчення оцінювали рівень кортизолу у волоссі: з'ясувалося, що концентрація кортизолу корелювала з тривогию на вихідному рівні, але істотно не змінилася в групі АСТ за період дослідження у порівнянні з контрольною групою [62]. Позитивної дії, ефективності та безпеки канабісу в досягненні ремісії хворими на ХК і ВК досягнуто не було, причому були значно поширені побічні ефекти в групі тих, хто отримував цей препарат [63].

Недостатнє розуміння патогенезу захворювання, невизначеність щодо медикаментозної терапії, співвідношення ризику та користі призначення лікарських препаратів, недостатня кількість проведених експериментальних досліджень і наявні дані на сьогоднішній день не дають змоги сформулювати рекомендації щодо призначення терапії для цієї групи хворих. Хоча більшість факторів ризику потенційно піддається зміні і тим самим, можливо, підвищенню якості життя, але на даний момент немає підтверджуючих експериментальних робіт щодо їх доведеної ефективності.

Нині дискутується питання про призначення антидепресантів з метою зменшення тривоги і депресії. Деякі дослідження припускають лікування супутніх психологічних розладів при ЗЗК з метою контролю активності захворювання. Звісно, залишається багато невіршених питань, що потребує подальшого вивчення (відсутність рандомізованих досліджень, невелика вибірка учасників, використання різних видів препаратів), тому докази для призначення антидепресантів

невизначені. Клінічних рекомендацій та настанов щодо призначення антидепресантів пацієнтам із ЗЗК немає. Є дуже обмежена кількість досліджень, але відзначається позитивний вплив антидепресантів на перебіг ЗЗК деякими авторами [64]. В огляді від 2006 р. проаналізовано 12 нерандомізованих досліджень. Антидепресанти, про які повідомлялося в цих публікаціях, включали пароксетин, бупропіон, амітриптилін, фенелзин і міртазапін. У 10 статтях висловлено припущення, згідно з яким пароксетин, бупропіон і фенелзин ефективні в лікуванні як психологічних, так і соматичних симптомів у пацієнтів, які страждають на ЗЗК. Амітриптилін визнано неефективним для лікування соматичних симптомів ЗЗК. Міртазапін не був рекомендований пацієнтам із ЗЗК. Загалом відзначено позитивний ефект лікування антидепресантами, але відсутність достовірних даних щодо їхньої ефективності при ЗЗК не дає змоги рекомендувати ці препарати всім пацієнтам цієї категорії [65].

CONCLUSIONS / ВИСНОВКИ

Проблема ЗЗК вкрай актуальна для сучасної практичної гастроентерології. Ряд наукових досліджень однозначно свідчать про те, що ЗЗК сприяють розвитку депресивних та тривожних розладів, астенії, сексуальної дисфункції, погіршенню якості сну, зниженню регулярності фізичної активності, якості та продуктивності праці. Застосування психотерапії, а саме

Ефективність антидепресантів також підтверджено в огляді від 2019 р., у якому показано поліпшення симптомів тривоги та депресії у порівнянні з групою плацебо, крім того, відбулося поліпшення не тільки якості життя, а й зниження активності ЗЗК. Однак побічних ефектів у групі, яка отримувала антидепресанти, зареєстровано більше, ніж у групі плацебо [66]. Зокрема, відзначено такі побічні ефекти, як нудота, головний біль, запаморочення, сонливість, сексуальні порушення, безсоння, астенія, зниження настрою та/або занепокоєння, сухість у роті, м'язові спазми та припливи. Протизапальні та прозапальні ефекти підтверджено у бупропіону та міртазапіну. При вивченні впливу бупропіону при ХК визначено його позитивний вплив на перебіг загострень ХК, зменшення абдоміналгії, частоти випорожнень незалежно від статусу паління, зменшення стомлюваності серед пацієнтів і позитивний вплив на якість сну [67].

когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічної терапії, терапії прийняття та прихильності, програм управління стресом, усвідомленості, гіпнозу, медикаментозної корекції із використанням антидепресантів, регулярної фізичної активності призводить до зменшення проявів психосимптоматики та поліпшення якості життя пацієнтів.

PROSPECTS FOR FUTURE RESEARCH / ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та розробці методів психосоціальної підтримки та корекції змін із боку сексуальної сфери, сну і якості життя у пацієнтів із ЗЗК.

CONFLICT OF INTEREST / КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

FUNDING / ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ

Відсутні.

AUTHOR CONTRIBUTIONS / ВКЛАД АВТОРІВ

Коцептуалізація, написання статті, редагування та затвердження остаточного варіанту статті проводилось Романухою В. В. Збирання та аналіз даних, написання статті та редагування остаточного варіанту статті проводилось Гринів О. І. Збирання та аналіз даних, затвердження остаточного варіанту статті проводилось Гвоздецькою Г. С. Збирання та аналіз даних, редагування остаточного варіанту статті проводилось Барилою Н. І. Редагування та затвердження остаточного варіанту статті проводилось Грушецькою А. Я.

REFERENCES/СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, Borge CR, Engebretsen E, Eisemann M, Halvorsrud L, Hanssen TA, Haugstvedt A, Haugland T, Johansen VA, Larsen MH, Løvereide L, Løyland B, Kvarme LG, Moons P, Norekvål TM, Ribu L, Rohde GE, Urstad KH, Helseth S. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life*

- Res. 2019;28(10):2641-2650.
<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>.
2. Bullinger M, Quitmann J. Quality of life as patient-reported outcomes: principles of assessment. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(2):137-45.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.2/mbullinger>.
 3. Larsson K, Lööf L, Rönnblom A, Nordin K. Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. *J Psychosomat Res*. 2008;64(2):139-48.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.007>.
 4. Min Ho PY, Hu W, Lee YY, Gao C, Tan YZ, Cheen HH, Wee HL, Lim TG, Ong WC. Health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease in Singapore. *Intest Res*. 2019;17(1):107-18.
<https://doi.org/10.5217/ir.2018.00099>.
 5. Zhang Y, Zhang L, Gao X, Dai C, Huang Y, Wu Y, Zhou W, Cao Q, Jing X, Jiang H, Zhong Y, Zhu W, Wang X. Impact of malnutrition and sarcopenia on quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A multicentre study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2023;14(6):2663-2675.
<https://doi.org/10.1002/jcsm.13341>.
 6. Berenblum Tobi C. Principles for Assessing Quality of Life in Patients With Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(12):1952-1953.
<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002002>
 7. Graff LA, Walker JR, Clara I, Lix L, Miller N, Rogala L, Rawsthorne P, Bernstein CN. Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(12):2959-69.
<https://doi.org/10.1038/ajg.2009.529>.
 8. Dai W, ZenY, Liang E, Zhou Q, Zhang L, Peng J. The actuality of resilience, social support and quality of life among patients with inflammatory bowel disease in China. *Nurs Open*. 2022;9(4):2190-2198.
<https://doi.org/10.1002/nop2.946>.
 9. Büsch K, Sonnenberg A, Bansback N. Impact of inflammatory bowel disease on disability. *Curr Gastroenterol Rep*. 2014;16(10):414.
<https://doi.org/10.1007/s11894-014-0414-0>.
 10. Cao Q, Huang YH, Jiang M, Dai C. The prevalence and risk factors of psychological disorders, malnutrition and quality of life in IBD patients. *Scand J Gastroenterol*. 2019;54(12):1458-66.
<https://doi.org/10.1080/00365521.2019.1697897>.
 11. Pulley J, Todd A, Flatley C, Begun J. Malnutrition and quality of life among adult inflammatory bowel disease patients. *J Gastroenterol Hepatol*. 2019;4(3):454-60.
<https://doi.org/10.1002/jgh3.12278>.
 12. Parra RS, Chebli JMF, Amarante HMBS, Flores C, Parente JML, Ramos O, Fernandes M, Rocha JJR, Feitosa MR, Feres O, Scotton AS, Nones RB, Lima MM, Zaltman C, Goncalves CD, Guimaraes IM, Santana GO, Sasaki LY, Hossne RS, Bafutto M, Junior RLK, Faria MAG, Miszputen SJ, Gomes TNF, Catapani WR, Faria AA, Souza SCS, Caratin RF, Senra JT, Ferrari MLA. Quality of life, work productivity impairment and healthcare resources in inflammatory bowel diseases in Brazil. *World J Gastroenterol*. 2019;25(38):5862-82.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i38.5862>.
 13. Hughes LD, King L, Morgan M, Ayis S, Direkze N, Lomer MC, Lindsay JO, Whelan K. Food- related Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: Development and Validation of a Questionnaire. *J Crohns Colitis*. 2016;10(2):194- 201.
<https://doi.org/10.1093/ecco-icc/jjv192>.
 14. Whelan K, Murrells T, Morgan M, Cummings F, Stansfield C, Todd A, Sebastian S, Lobo A, Lomer MCE, Lindsay JO, Czuber-Dochan. Food- related quality of life is impaired in inflammatory bowel disease and associated with reduced intake of key nutrients. *Am J Clin Nutr*. 2021;113(4):832-44.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa395>
 15. Greuter T, Manser C, Pittet V, Vavricka SR, Biedermann L, on behalf of Swiss IBDnet, an official working group of the Swiss Society of Gastroenterology. Gender Differences in Inflammatory Bowel Disease. *Digestion*. 2020;101:98-104.
<https://doi.org/10.1159/000504701>.
 16. Shah SC, Khalili H, Gower-Rousseau C, Olen O, Benchimol EI, Lyng E, Nielsen KR, Brassard P, Vutocvici M, Bitton A, Bernstein CN, Leddin D, Tamim H, Stefansson T, Loftus EV Jr, Moum B, Tang W, Ng SC, Gearry R, Sincic B, Bell S, Sands BE, Lakatos PL, Végh Z, Ott C, Kaplan GG, Burisch J, Colombel JF. Sex-Based Differences in Incidence of Inflammatory Bowel Diseases-Rooled Analysis of Population-Based Studies From Western Countries. *Gastroenterology*. 2018;155(4):1079-89.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.06.043>.
 17. Halloran J, McDermott B, Ewais T, Begun J, Karatela S, d'Emden H, Corias C, Denny S. Psychosocial burden of inflammatory bowel disease in adolescents and young adults. *Intern Med J*. 2021 Dec;51(12):2027-2033.
<https://doi.org/10.1111/imj.15034>.
 18. Vigod SN, Kurdyak P, Brown HK, Nguyen GC, Targownik LE, Seow CH, Kuenzig ME, Benchimol EI. Inflammatory bowel disease and new-onset psychiatric disorders in pregnancy and post partum: a population-based cohort study. *Gut*. 2019;68(9):1597-605. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317610>.
 19. Fousekis FS, Katsanos AH, Kourtis G, Saridi M, Albani E, Katsanos KH, Christodoulou DK. Inflammatory Bowel Disease and Patients With Mental Disorders: What Do We Know? *J Clin Med Res*. 2021;13(9):466-73.
<https://doi.org/10.14740/jocmr4593>
 20. Nurmi E, Haapamäki J, Paavilainen E, Rantanen A, Hillilä M, Arkkila P. The burden of inflammatory bowel disease on health care utilization and quality of life. *Scand J Gastroenterol*. 2013;48(1):51-7.
<https://doi.org/10.3109/00365521.2012.685750>
 21. Fagan G, Osborne H, Schultz M. Rphysical Activity in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Cross-

- Sectional Study. *Inflamm Intest Dis*. 2021;6(2):61-69. <https://doi.org/10.1159/000511212>.
22. DeFilippis EM, Tabani S, Warren RU, Christos PJ, Bosworth BP, Scherl EJ. Exercise and Self-Reported Limitations in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Dig Dis Sci*. 2016;61(1):215-23. <https://doi.org/10.1007/s10620-015-3832-4>
 23. Vogelaar L, van den Berg-Emons R, Bussmann H, Rozenberg R, Timman R, van der Woude. Physical fitness and physical activity in fatigued and non-fatigued inflammatory bowel disease patients. *Scand J Gastroenterol*. 2015;50(11):1357-67. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1046135>.
 24. Salwen-Deremer JK, Smith MT, Haskell HG, Schreyer C, Siegel CA. Poor Sleep in Inflammatory Bowel Disease Is Reflective of Distinct Sleep Disorders. *Dig Dis Sci*. 2022 Jul;67(7):3096-3107. <https://doi.org/10.1007/s10620-021-07176-y>.
 25. Ling F, Tu L, Li J, Chen Y, Xu M, Zhu L. Psychological aspect of patients with inflammatory bowel disease, which may be related to the quality of life, sleep and disease characteristics. *Scand J Gastroenterol*. 2021 Nov;56(11):1328-1336. <https://doi.org/10.1080/00365521.2021.1966093>
 26. Marinelli C, Savarino EV, Marsilio I, Lorenzon G, Gavaruzzi T, D'Inca R, Zingone, F. Sleep disturbance in Inflammatory Bowel Disease: prevalence and risk factors - A cross-sectional study. *Sci Rep*. 2020;10(1):507 <https://doi.org/10.1038/s41598-020-57460-6>.
 27. Sochal M, Malecka-Panas E, Gabrylska A, Talar-Wojnarowska R, Szmyd B, Krzywdzińska M, Białasiewicz P. Determinants of Sleep Quality in Inflammatory Bowel Diseases. *J Clin Med*. 2020;9(9):2921. <https://doi.org/10.3390/jcm9092921>.
 28. Zhang Y, Pi B, Xu X, Li Y, Chen X, Yang N, Li X. Sleep Characteristics and Influencing Factors of Sleep Quality in Patients With Inflammatory Bowel Disease-Peripheral Arthritis. *Front Med (Lausanne)*. 2020;6:190. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00190>.
 29. Rivière P, Zallot C, Desobry P, Sabaté JM, Vergniol J, Zerbib F, Peyrin-Biroulet L, Laharie D, Poullenot F. Frequency of and Factors Associated With Sexual Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2017;11(11):1347-52. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx100>.
 30. Sørensen J, Schantz Laursen B, Drewes AM, Krarup AL. The Incidence of Sexual Dysfunction in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Sex Med*. 2019 Dec;7(4):371-383. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.08.010>
 31. Roseira J, Magro F, Fernandes S, Simões C, Portela F, Vieira AI, Patita M, Leal C, Lago P, Caldeira P, Gago T, Currais P, Dias CC, Santiago M, Dias S, Tavares de Sousa H. Sexual Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Multicenter, National-Level Study. *Inflamm Bowel Dis*. 2020 Apr 11;26(5):746-755. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz185>.
 32. O'Toole A, de Silva PS, Marc LG, Ulysse CA, Testa MA, Ting A, Moss A, Korzenik J, Friedman S. Sexual Dysfunction in Men With Inflammatory Bowel Disease: A New IBD-Specific Scale. *Inflamm Bowel Dis*. 2018 Jan 18;24(2):310-316. <https://doi.org/10.1093/ibd/izx053>
 33. Shmidt E, Suárez-Fariñas M, Mallette M, Moniz H, Bright R, Shah SA, Merrick M, Shapiro J, Xu F, Saha S, Sands BE. Erectile Dysfunction Is Highly Prevalent in Men With Newly Diagnosed Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2019;25(8):1408-1416. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy401>.
 34. Shmidt E, Suárez-Fariñas M, Mallette M, Moniz H, Bright R, Shah SA, Merrick M, Shapiro J, Xu F, Sands B, Saha S. A Longitudinal Study of Sexual Function in Women With Newly Diagnosed Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2019;25(7):1262-1270. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy397>.
 35. Nøhr EA, Nielsen J, Nørgård BM, Friedman S. Sexual Health in Women with Inflammatory Bowel Disease in the Danish National Birth Cohort. *J Crohns Colitis*. 2020;14(8):1082-89. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa038>.
 36. Bommena S, Goldberg A, Amini M, Alishahi Y. Depression in Women With Inflammatory Bowel Disease: A Multifaceted Approach for a Multidimensional Problem. *Inflamm Bowel Dis*. 2023 Dec 5;29(12):1957-1970. <https://doi.org/10.1093/ibd/izac245>.
 37. Beese SE, Harris IM, Moore D, Dretzke J. Body image dissatisfaction in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2018;7(1):184. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0844-0>.
 38. Maalouf MF, Robitaille S, Penta R, Pook M, Liberman AS, Fiore JF Jr, Feldman LS, Lee L. Understanding the Impact of Bowel Dysfunction on Quality of Life After Rectal Cancer Surgery From the Patient's Perspective. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(8):1067-1075. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002621>.
 39. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M, Burisch J, Gece KB, Hart AL, Hindryckx P, Langner C, Limdi JK, Pellino G, Zagórowicz E, Raine T, Harbord M, Rieder F. P701 Quality of life of patients with inflammatory bowel diseases who live with an ostomy: Results of a French national survey. *J Crohn's Colitis*. 2018;12(1):466. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx180.828>.
 40. Abdalla MI, Sandler RS, Kappelman MD, Martin CF, Chen W, Anton K, Long MD. The Impact of Ostomy on Quality of Life and Functional Status of Crohn's Disease Patients. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(11):2658-64. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000930>.
 41. Sceats LA, Dehghan MS, Rumer KK, Rickey A, Morris AM, Kin C. Surgery, stomas, and anxiety and depression in inflammatory bowel disease: a retrospective cohort analysis of privately insured patients. *Colorectal Dis*. 2020;22(5):544-53. <https://doi.org/10.1111/codi.14905>.

42. Seminerio J, Binion D. P-070 Impact of Obesity on Inflammatory Bowel Disease: Metabolic, Clinical and Therapeutic Implications. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19:S54. <https://doi.org/10.1097/OI>. MIB.0000438749.89898.31.
43. Marrie RA, Fisk JD, Dolovich C, Lix LM, Graff LA, Patten SB, Bernstein CN. Psychometric Performance of Fatigue Scales in Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2024;30(1):53-63. <https://doi.org/10.1093/ibd/izad038>.
44. Huppertz-Hauss G, Høivik ML, Jelsness-Jørgensen LP, Opheim R, Henriksen M, Høie O, Hovde Ø, Kempiski-Monstad I, Solberg IC, Jahnsen J, Hoff G, Moum B, Bernklev T. Fatigue in a population based cohort of patients with inflammatory bowel disease 20 years after diagnosis: The IBSEN study. *Scand J Gastroenterol*. 2017;52(3):351-58. <https://doi.org/10.1080/00365521.2016.1256425>.
45. Grimstad T, Norheim KB. Fatigue in inflammatory bowel disease. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2016;136(20):1721-24. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0134>.
46. Saraiva S, Cortez-Pinto J, Barosa R, Castela J, Moleiro J, Rosa I, da Siva JP, Dias Pereira A. Evaluation of fatigue in inflammatory bowel disease - a useful tool in daily practice. *Scand J Gastroenterol*. 2019;54(4):465-70. <https://doi.org/10.1080/00365521.2019.1602669>.
47. Nocerino A, Nguyen A, Agrawal M, Mone A, Lakhani K, Swaminath A. Fatigue in Inflammatory Bowel Diseases: Etiologies and Management. *Adv Ther*. 2020;37(1):97-112. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-01151-w>.
48. Lakhani SE, Kirchgessner A. Gut inflammation in chronic fatigue syndrome. *Nutr Metab (Lond)*. 2010;7:79. <https://doi.org/10.1186/1743-7075-7-79>.
49. Davis SP, Bolin LP, Crane PB, Wei H, Crandell J. Non-pharmacological interventions to manage fatigue in adults with inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2020;41:101229. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101229>.
50. Truyens M, Lobatón T, Ferrante M, Bossuyt P, Vermeire S, Pouillon L, Dewint P, Cremer A, Peeters H, Lambrecht G, Louis E, Rahier JF, Dewit O, Muls V, Holvoet T, Vandermeulen L, Peeters A, Gonzales GB, Bos S, Laukens D, De Vos M. Effect of 5-Hydroxytryptophan on Fatigue in Quiescent Inflammatory Bowel Disease: A Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology*. 2022;163(5):1294-1305.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.07.052>.
51. Sun Y, Li L, Xie R, Wang B, Jiang K, Cao H. Stress Triggers Flare of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adults. *Front Pediatr*. 2019;7:432. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00432>.
52. Navabi S, Gorrepati VS, Yadav S, Chintanaboina J, Maher S, Demuth P, Stern B, Stuart A, Tinsley A, Clarke K, Williams ED, Coates MD. Influences and Impact of Anxiety and Depression in the Setting of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24(11):2303-2308. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy143>.
53. Kozka M, Skowron W, Bodys-Cupak I. Determinants of the level of anxiety and fears in a group of patients with ulcerative colitis. *Ann Agric Environ Med*. 2019;26(2):337-340. <https://doi.org/10.26444/aaem/94651>.
54. Greuter T, Manser C, Pittet V, Vavricka SR, Biedermann L.; on behalf of Swiss IBDnet, an official working group of the Swiss Society of Gastroenterology. Gender Differences in Inflammatory Bowel Disease. *Digestion*. 2020;101(1):98-104. <https://doi.org/10.1159/000504701>.
55. Lee J.W. Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Diseases: The First Step toward Proper Management. *Gut Liver*. 2020;14(4):395-96. <https://doi.org/10.5009/gnl20187>.
56. Byrne G, Rosenfeld G, Leung Y, Qian H, Raudzus J, Nunez C, Bressler B. Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2017;2017:6496727. <https://doi.org/10.1155/2017/6496727>.
57. Bisgaard TH, Allin KH, Keefer L, Ananthakrishnan AN, Jess T. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: epidemiology, mechanisms and treatment. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022;19(11):717-726. <https://doi.org/10.1038/s41575-022-00634-6>.
58. Hu S, Chen Y, Chen Y, Wang C. Depression and Anxiety Disorders in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Front Psychiatry*. 2021;12:714057. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.714057>.
59. Kim B, Chae J, Kim EH, Yang HI, Cheon JH, Kim TI, Kim WH, Jeon JY, Park SJ. Physical activity and quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(27):26290. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026290>.
60. Paulides E, Boukema I, van der Woud, CJ, de Boer NKH. The Effect of Psychotherapy on Quality of Life in IBD Patients: A Systematic Review. *Inflamm Bowel Dis*. 2021;27(5):711-24. <https://doi.org/10.1093/ibd/izaa144>.
61. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B, Mulcahy HE. Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2019;156(4):935-45.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.11.030>.
62. Kafil T, Nguyen TM, MacDonal, JK, Chande N. Cannabis for the Treatment of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Evidence From Cochrane Reviews. *Inflamm Bowel Dis*. 2020;26(4):502-9. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz233>.
63. Macer BJ, Prady SL, Mikocka-Walus A. Antidepressants in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Inflamm Bowel Dis*. 2017;23(4):534-50. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000001059>.

64. Mikocka-Walus A, Andrews JM. Experience With and Attitudes Toward Psychotherapy and Antidepressants Among Patients With Inflammatory Bowel Disease and Functional Gastrointestinal Disorders: An Online Patient Survey to Inform System Design. *Gastroenterol Nurs.* 2016;39(4):278-86. <https://doi.org/10.1097/SGA.000000000000182>
65. Mikocka-Walus A, Ford AC, Drossman DA. Antidepressants in inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2020;17(3):184-92. <https://doi.org/10.1038/s41575-019-0259-y>.
66. Kast RE. Anti- and pro-inflammatory considerations in antidepressant use during medical illness: bupropion lowers and mirtazapine increases circulating tumor necrosis factor-alpha levels. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25(6):495-96. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00093-y](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00093-y)
67. Hashash JG, Knisely MR, Germain A, McAuliff K, Strassburger M, Vachon A, Binion DG, Regueiro M, Wallace M, Szigethy E. Brief Behavioral Therapy and Bupropion for Sleep and Fatigue in Young Adults With Crohn's Disease: An Exploratory Open Trial Study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20(1):96-104. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.09.047>.

Received 11.03.2024

Accepted 03.06.2024

Одержано 11.03.2024

Затверджено до друку 03.06.2024

RETRACTED