



Особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с глютенчувствительной целиакией

С.В. Быкова, к.м.н., Е.А. Сабельникова, д.м.н., Д.А. Дегтерев, к.м.н.,
Л.Д. Фирсова, д.м.н., А.И. Парфенов, д.м.н., проф.

Адрес для переписки: Светлана Владимировна Быкова, s.bykova@mknc.ru

Для цитирования: Быкова С.В., Сабельникова Е.А., Дегтерев Д.А., Фирсова Л.Д., Парфенов А.И. Особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с глютенчувствительной целиакией. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (22): 34–39.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-22-34-39

Цель – оценить особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с глютенчувствительной целиакией.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов с глютенчувствительной целиакией (ГЦ); группу контроля составили 20 человек, не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Психодиагностическое тестирование проводили с применением опросника качества жизни (MOS SF-36), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), оценки личностной и ситуативной тревожности (опросник Спилберга – Ханина). Для анализа результатов пациенты были разделены на две группы в зависимости от приверженности соблюдению аглютенной диеты (АГД): не придерживающиеся рекомендаций врача в отношении АГД и строго соблюдающие АГД.

Результаты. У пациентов с ГЦ в сравнении с группой контроля определялось снижение уровня физического и психического компонентов качества жизни (36,1 и 40,0 соответственно; $p < 0,01$). У большинства пациентов (72,8%) с глютенной целиакией отмечено наличие тревожных реакций, при этом у 43,7% (по данным HADS) тревога достигала клинически значимого уровня. В соответствии с результатом опросника Спилберга – Ханина повышенными в сравнении с контролем оказались показатели как в отношении личностной, так и ситуативной тревожности ($p < 0,01$).

Частота встречаемости депрессии была ниже в сравнении с аналогичным показателем в отношении тревоги (27,0 и 72,8%, $p < 0,05$); при этом средний балл выраженности депрессивных проявлений не отличался от такового у пациентов группы контроля.

Сравнение психоэмоционального состояния пациентов в группах, отличающихся приверженностью соблюдению АГД, показало отсутствие достоверных различий в частоте и выраженности тревоги. Проявления депрессии чаще встречались у пациентов, строго соблюдающих аглютенную диету, при этом средний балл выраженности депрессивных проявлений у них не достигал клинически значимого уровня.

Заключение. К особенностям психоэмоциональных нарушений у пациентов с ГЦ следует отнести преобладание частоты тревожных реакций над проявлениями депрессии, отсутствие связи тревоги с различиями в отношении соблюдения АГД и тенденцию к увеличению выраженности депрессивных проявлений у пациентов, строго соблюдающих АГД.

Ключевые слова: глютенчувствительная целиакия, аглютенная диета, психодиагностическое тестирование



Введение

Глютенчувствительная целиакия (ГЦ) является генетически детерминированным аутоиммунным заболеванием, характеризующимся нарушением всасывания питательных веществ вследствие частичной или полной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки при воздействии глютена. Употребление в пищу глютенсодержащих продуктов вызывает серьезные повреждения энтероцитов, атрофию ворсинок тонкой кишки, что проявляется такими клиническими симптомами, как диарея, снижение массы тела, анемия и др. Основным этиотропным методом лечения ГЦ является пожизненное соблюдение аглютеновой диеты (АГД) [1]. Для ГЦ характерна ассоциация с различными психоэмоциональными нарушениями [2, 3], самыми распространенными из них являются тревога и депрессия [4]. Наличие психоэмоциональных нарушений у пациентов с ГЦ приводит к снижению качества их жизни [5]. Оценка влияния пожизненного соблюдения АГД на выраженность эмоциональных нарушений и качество жизни пациентов в исследованиях различных авторов [6, 7] неоднозначна.

Цель – оценить особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с ГЦ.

Материалы и методы

Обследовано 48 пациентов с диагнозом ГЦ, установленным в соответствии с критериями, рекомендованными консенсусом по диагностике и лечению ГЦ (2016) [1]. Среди пациентов с ГЦ было 9 (18,8%) мужчин и 39 (81,2%) женщин. Медиана возраста обследованных пациентов составила 42 года (от 30 до 56 лет); у мужчин – 29 лет, у женщин – 45 лет.

У каждого пациента проведен сбор жалоб, оценена приверженность к АГД и выполнено психодиагностическое тестирование.

Диагностика психоэмоциональной сферы включала следующие методики.

1. Краткая форма опросника оценки качества жизни (Medical Outcomes Study-Short Form, MOS SF-36), оценивающего качество жизни и состоящего из 36 пунктов, которые сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное здоровье, психическое здоровье.

2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). При интерпретации результата его значение разделяли на три области: норма – 0–7 баллов; субклинически выраженная тревога/депрессия – 8–10 баллов; клинически выраженная тревога/депрессия – 11 баллов и выше.

3. Шкала тревоги Спилбергера – Ханина (разработанная Ч. Спилбергером и адаптированная Ю.Л. Ханиным) для оценки уровня ситуативной тревожности и личностной тревожности. В зави-

симости от среднего значения выделены ориентировочные уровни тревоги: низкий – до 30 баллов, умеренный – 31–44 балла, высокий – 45 и более баллов.

Все пациенты с ГЦ были разделены на две группы по принципу приверженности к соблюдению АГД:

- группа 1 (n=27) – пациенты с впервые выявленной ГЦ, а также пациенты с установленным диагнозом ГЦ, но не придерживающиеся АГД (АГД-);

- группа 2 (n=21) – пациенты с ранее установленным диагнозом ГЦ, тщательно соблюдающие АГД в сроки от шести месяцев до 15 лет (АГД+). Контрольную группу составили 20 человек, не имеющих хронических заболеваний органов пищеварения, сопоставимых по возрасту и полу с основной группой.

Статистический анализ проведен по программе Statistica 13.3 (StatSoft Inc., США). Систематизацию исходной информации осуществляли в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Совокупности количественных показателей, отличающихся от нормального распределения, описывали при помощи значений медианы (Me) и межквартильного интервала (25-й; 75-й перцентили (Q1–Q3)), качественные признаки – в виде абсолютного значения и процента. Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовался U-критерий Манна – Уитни. Различия между группами считали статистически значимыми при вероятности справедливости нулевой гипотезы об отсутствии различий между группами ($p < 0,05$).

Результаты

При сборе анамнеза выяснилось, что все пациенты с ГЦ предъявляли две или более жалобы на нарушение своего психоэмоционального состояния (табл. 1). Для уточнения характера психоэмоциональных нарушений и определения их влияния на качество жизни пациентов с ГЦ использовали шкалы, входящие в опросник MOS SF-36 (табл. 2).

Установлено, что присутствие негативных переживаний в эмоциональной сфере и ощущение об-

Таблица 1. Жалобы, характеризующие психоэмоциональные нарушения у пациентов с ГЦ, %

Симптомы	Группа пациентов с ГЦ (n = 48)
Повышенное беспокойство	75
Постоянное внутреннее напряжение	58,3
Раздражительность	70,8
Тревога	60,4
Страх по поводу состояния здоровья	64,6
Навязчивые мысли негативного содержания	60,4
Снижение настроения	43,7
Нарушения сна	52,0
Слабость, быстрая утомляемость	87,5
Ощущение подавленности	35,4



Таблица 2. Оценка качества жизни у пациентов с ГЦ по опроснику MOS SF-36, средний балл

Параметры	Группа пациентов с ГЦ (n = 48)	Контрольная группа (n = 20)
MOS SF-36 PF (физическое функционирование)	77,5**	95,0
MOS SF-36 RP (ролевое функционирование)	50,0	75,0
MOS SF-36 BP (телесная боль)	41,0**	100,0
MOS SF-36 GH (общее состояние здоровья)	44,6**	82,1
MOS SF-36 VT (жизненная активность)	40,0*	55,0
MOS SF-36 (социальное функционирование)	51,5*	75,0
MOS SF-36 RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием)	100,0	100,0
MOS SF-36 MH (психическое здоровье)	52,0*	40,0
MOS SF-36 ФККЖ (физический компонент качества жизни)	36,1**	58,6
MOS SF-36 ПККЖ (психический компонент качества жизни)	40,0**	82,0

* p < 0,05; ** p < 0,01.

Таблица 3. Частота встречаемости тревоги по шкале HADS, %

HADS – тревога	Норма (≤ 7 баллов)	Тревога (≥ 8 баллов)
Группа пациентов с ГЦ (n = 48)	27,0	72,8*
Контрольная группа (n = 20)	85	15

* p < 0,05.

Таблица 4. Частота встречаемости депрессии по шкале HADS, %

HADS – депрессия	Норма (≤ 7 баллов)	Депрессия (≥ 8 баллов)
Группа пациентов с ГЦ (n = 48)	73,0	27,0*
Контрольная группа (n = 20)	95	5

* p < 0,05.

Таблица 5. Оценка уровня тревоги и депрессии по шкале HADS, средний балл

Показатель	HADS – тревога	HADS – депрессия
Группа пациентов с ГЦ (n = 48)	9,5*	5,0
Контрольная группа (n = 20)	4,0	4,0

* p < 0,01.

Таблица 6. Оценка уровня тревоги и депрессии по шкале HADS в зависимости от приверженности АДГ, средний балл

Показатель	Тревога	Депрессия
Группа 1 (АГД-) (n = 27)	9,0*	5,0
Группа 2 (АГД+) (n = 21)	10,0**	6,0*
Контрольная группа (n = 20)	4,0	4,0

* p < 0,05; ** p < 0,01.

шего физического неблагополучия вызвали значимое для пациентов с ГЦ снижение качественного уровня жизни (MOS SF-36; ФККЖ, ПККЖ). Общая оценка состояния своего здоровья рассматривалась большинством пациентов с ГЦ как низкая (MOS SF-36; GH).

Пациенты с ГЦ достоверно чаще, чем испытуемые контрольной группы, предъявляли жалобы на снижение витальной активности и ощущение бессилия (MOS SF-36; VT), повышенную физическую утомляемость и снижение толерантности к физическим нагрузкам (MOS SF-36; PF).

При ГЦ характерна повышенная чувствительность по отношению к болевым раздражителям и ощущению телесного дискомфорта (MOS SF-36; BP), которые могут выражаться кишечными (абдоминалгия, тенезмы) и внекишечными проявлениями (нейропатия, парестезии, боль в спине).

Изменение суммарного показателя психического здоровья (MOS SF-36; MH) свидетельствовало о высокой частоте встречаемости тревожных и депрессивных переживаний среди пациентов с ГЦ. Применение госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) позволило не только определить наличие у пациентов тревоги и/или депрессии, но и определить степень их выраженности.

Повышение уровня тревоги (≥ 8 баллов по шкале HADS) отмечено у 35 пациентов с ГЦ (72,8%), что достоверно выше по сравнению с группой контроля (3 (15,0%) пациента); p < 0,05. Данные о частоте проявлений тревоги у пациентов с ГЦ по шкале HADS представлены в табл. 3.

Клинически значимая тревога (≥ 11 баллов по шкале HADS) отмечена у 43,7% пациентов с ГЦ, в группе контроля клинически значимая тревога не была выявлена ни у одного из испытуемых. Распространенность субклинической тревоги (8–10 баллов по шкале HADS) среди пациентов с ГЦ не имела достоверных различий с группой контроля. Наличие признаков депрессии (≥ 8 баллов по шкале HADS) отмечено у 13 (27,0%) пациентов с ГЦ, тогда как в контрольной группе данный показатель был повышен только у одного испытуемого (p = 0,05). Данные о степени выраженности депрессивных нарушений по шкале HADS представлены в табл. 4.

На следующем этапе исследования проведено сравнение средних показателей тревоги и депрессии по шкале HADS у пациентов с ГЦ и группы контроля. Результат представлен в табл. 5.

Средний балл выраженности тревоги по шкале HADS оказался достоверно выше в группе пациентов с ГЦ и составил 9,5 по сравнению с группой контроля – 4,0 (p < 0,01). Статистически значимых различий выраженности депрессии по шкале HADS у пациентов с ГЦ по сравнению с группой контроля не выявлено.

Сопоставление значений тревоги и депрессии по шкале HADS в группах пациентов, отличающихся приверженностью к лечению, представлено в табл. 6.



Статистически достоверного различия в уровне тревоги по шкале HADS между группами пациентов, соблюдающих и не соблюдающих АГД, не выявлено. Отмечалось повышение балла субтеста HADS – депрессия в группе пациентов, придерживающихся АГД, однако оно не достигало уровня клинической значимости (8 баллов и более).

Для уточнения характера тревожных нарушений была проведена оценка ситуативной и личностной тревожности с помощью шкалы Спилбергера – Ханина.

Повышение уровня ситуативной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина (> 30 баллов) выявлено у 72,9% пациентов с ГЦ и у 25,0% испытуемых в группе контроля. Повышение уровня личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина (> 30 баллов) выявлено у 67,0% пациентов с ГЦ и у 30,0% испытуемых в группе контроля. Значения ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина представлены в табл. 7.

Среднее значение ситуативной (46,9) и личностной (53,0) тревожности было достоверно выше у пациентов с ГЦ, чем у испытуемых в группе контроля (22,0 и 27,5 соответственно; $p < 0,01$).

Результаты сравнения степени выраженности ситуативной и личностной тревожности у пациентов с ГЦ и испытуемых контрольной группы представлены в табл. 8 и 9.

Ситуативная тревожность по шкале Спилбергера – Ханина умеренной (52,1%) и высокой (21,0%) степени выраженности встречалась достоверно чаще среди пациентов с ГЦ по сравнению с испытуемыми группы контроля (25,0% и 0 соответственно; $p < 0,05$).

Личностная тревожность по шкале Спилбергера – Ханина умеренной (23,0%) и высокой (44,0%) степени выраженности встречалась достоверно чаще среди пациентов с ГЦ по сравнению с испытуемыми группы контроля (20 и 10% соответственно; $p < 0,01$).

Проведена оценка уровня ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина в зависимости от приверженности АГД (табл. 10).

Уровень ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина был достоверно выше у пациентов с ГЦ, чем в группе контроля ($p < 0,01$). Статистически достоверного различия уровня ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина между группами пациентов, соблюдающих и не соблюдающих АГД, не выявлено.

Обсуждение

Принадлежность ГЦ к заболеваниям, приводящим к выраженным изменениям в психоэмоциональном состоянии пациентов, не вызывает сомнений. К факторам, негативно сказывающимся

Таблица 7. Оценка уровня ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина, средний балл

Показатель	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
Группа пациентов с ГЦ (n = 48)	46,9*	53,0*
Контрольная группа (n = 20)	22,0	27,5

* $p < 0,01$.

Таблица 8. Степень выраженности ситуативной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина, %

Ситуативная тревожность	Низкий уровень (до 30)	Умеренный уровень (31–44)	Высокий уровень (45 и более)
Группа пациентов с ГЦ (n = 48)	27,1	52,1*	20,8*
Контрольная группа (n = 20)	75,0	25,0	0

* $p < 0,05$.

Таблица 9. Степень выраженности личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина, %

Личностная тревожность	Низкий уровень (до 30)	Умеренный уровень (31–44)	Высокий уровень (45 и более)
Группа пациентов с ГЦ (n = 48)	33,3	23	43,7*
Контрольная группа (n = 20)	70,0	20,0	10,0

* $p < 0,05$.

Таблица 10. Оценка уровня ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина в зависимости от приверженности АГД, средний балл

Показатель	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
Группа 1 (АГД-) (n = 27)	46,9*	53,0*
Группа 2 (АГД+) (n = 21)	36,5*	38,9*
Контрольная группа (n = 20)	22,0	27,5

* $p < 0,05$.

на восприятии болезни, следует отнести особенности ее клинических проявлений – диарея, прогрессирующее снижение массы тела, слабость, быстрая утомляемость. Высокой степенью стрессогенности обладает еще одно обстоятельство, отличающее ГЦ от других заболеваний, – необходимость пожизненного соблюдения аглютенной диеты, суть которой состоит в полном исключении поступления в пищеварительный тракт глютена, что в реальной жизни означает категорический отказ от многих привычных продуктов питания. Это правило должно соблюдаться каждый день на протяжении всей жизни, что создает для пациентов массу ежедневных проблем. Да-



леко не все пациенты способны принять данные ограничения как должное.

Изучению различных аспектов психоэмоциональных нарушений у пациентов с ГЦ посвящено большое количество исследований, в частности доказаны снижение качества жизни [8, 9], появление тревоги и депрессии [5, 10, 11], неуверенности в себе [12]; подтверждена связь между клиническими проявлениями заболевания, характером его течения, приверженностью АГД и нарушениями в психоэмоциональной сфере [3, 4].

Однако по многим освещаемым в литературе аспектам проблемы данные противоречивы. В частности, в ряде исследований утверждается преобладание проявлений тревоги над частотой депрессии [13], в других приоритет отдается депрессивным нарушениям [14].

Согласно данным проведенного нами исследования, наиболее частым проявлением нарушенной психической адаптации являлась тревога (72,8% случаев), при этом почти в половине случаев (43,7%) ее проявления достигали уровня клинической значимости.

В соответствии с результатом шкалы Спилберга – Ханина повышенными в сравнении с контролем оказались показатели в отношении как личностной тревожности, являющейся особенностью личности, так и ситуативной тревожности, проявляющейся эмоциональным перенапряжением в ситуации болезни ($p < 0,01$).

Частота встречаемости депрессии была ниже в сравнении с аналогичным показателем в отношении тревоги (27,0 и 72,8%; $p < 0,05$). Проявления депрессии достигали значительной степени выраженности только в 8,3% случаев, что достоверно меньше частоты клинически значимых тревожных нарушений ($p < 0,01$).

Особое место в научной литературе принадлежит изучению психоэмоциональных нарушений в аспекте приверженности пациентов соблюдению аглютенной диеты. При этом большее внимание уделяется депрессии – снижению общего фона настроения. В частности, показано развитие депрессии при длительном соблюдении АГД [14]. Этот факт подтвержден результатом проведенного исследования, однако при этом отмечено, что средний балл выраженности депрессии не достигал клинически значимого уровня.

T. Thompson и соавт. [15] предположили, что симптомы депрессии исчезают после начала диеты, в то время как G. Addolorato и соавт. [16] отметили, что после года АГД у пациентов с ГЦ наблюдаются стойкие симптомы депрессии, возможно, связанные с необходимостью строгого следования АГД, воспринимаемой как выраженные ограничения. Кроме того, вследствие соблюдения АГД пациентам зачастую приходится избегать предприятий общественного питания, что в конечном итоге может привести к вынужден-

ной социальной изоляции, одиночеству и симптомам депрессии [17].

Достоверных различий в частоте и выраженности тревоги в группах пациентов, отличающихся приверженностью соблюдению аглютенной диеты, выявлено не было. Повышенный уровень тревоги у пациентов, не соблюдающих АГД, может быть обусловлен тем, что в эту группу входили пациенты с ГЦ, которые только начали лечение. Эти пациенты находились на стадии адаптации к болезни. Их тревожили не только ухудшение состояния здоровья и клинические проявления заболевания, но и осознание необходимости пересмотра рациона с исключением глютена, неизбежности изменения пищевых привычек. Часть пациентов этой группы с более длительным анамнезом испытывали тревогу в отношении своей болезни, но в то же время в силу недостаточной организации своей жизни не могли соблюдать необходимые ограничения в должной мере.

С другой стороны, проявления тревоги достаточно часто сохранялись и у пациентов, строго соблюдающих АГД. Хроническое заболевание и постоянно действующие ограничения накладывали отпечаток на все стороны жизни пациента – восприятие самого себя [17], изменение привычного образа жизни, отношения в семье, на работе, в социуме.

Сравнение показателей, характеризующих личностную и ситуационную тревожность в двух группах пациентов, еще раз подтвердило отсутствие зависимости между тревогой и приверженностью соблюдению АГД, на основании чего можно предположить, что причины усиления тревоги у пациентов могут быть не связаны с их болезнью.

Обобщающим показателем состояния здоровья является качество жизни. У пациентов с ГЦ в сравнении с группой контроля было отмечено снижение показателя не только физического, но и психического компонента качества жизни (36,1 и 40,0 соответственно; $p < 0,01$).

Заключение

На основании проведенного исследования можно утверждать, что психоэмоциональные нарушения у пациентов с ГЦ имеют ряд особенностей. В первую очередь следует отметить, что в целом частота тревожных реакций преобладает над проявлениями депрессии на общем фоне значительного снижения качества жизни. Частота тревоги не зависит от различий в соблюдении АГД; в то же время у пациентов, строго соблюдающих АГД, имеется склонность к развитию депрессии. Стоит особо подчеркнуть, что в ряде случаев тревога и депрессия присутствовали в клинически значимой степени, что требовало консультации клинического психолога или психиатра в рамках индивидуального подхода к лечению. ●



Литература

1. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению ГЦ у детей и взрослых. Альманах клинической медицины. 2016; 44 (6): 661–688.
2. Roncoroni L., Bascuñán K., Doneda L., et al. A low FODMAP gluten-free diet improves functional gastrointestinal disorders and overall mental health of celiac disease patients: a randomized controlled trial. *Nutrients*. 2018; 10 (8): 1023.
3. Clappison E., Hadjivassiliou M., Zis P. Psychiatric manifestations of coeliac disease, a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2020; 12 (1): 142.
4. Zingone F., Swift G.L., Card T.R., et al. Psychological morbidity of celiac disease: a review of the literature. *United European Gastroenterol. J.* 2015; 3 (2): 136–145.
5. Dorn S., Hernandez L., Minaya M., et al. The development and validation of a new coeliac disease quality of life survey (CD-QOL). *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2010; 31: 666–675.
6. Nachman F., Maurino E., Vázquez H., et al. Quality of life in celiac disease patients: Prospective analysis on the importance of clinical severity at diagnosis and the impact of treatment. *Dig. Liver Dis.* 2009; 41: 15–25.
7. Vilppula A., Kaukinen K., Luostarinen L., et al. Clinical benefit of gluten-free diet in screen-detected older celiac disease patients. *BMC Gastroenterol.* 2011; 11: 136.
8. Tommasini A., Not T., Kiren V., et al. Mass screening for coeliac disease using antihuman transglutaminase antibody assay. *Arch. Dis. Child.* 2004; 89 (6): 512–515.
9. Burger J.P.W., de Brouwer B., Int'Hout J., et al. Systematic review with meta-analysis: dietary adherence influences normalization of health-related quality of life in coeliac disease. *Clin. Nutr.* 2017; 36 (2): 399–406.
10. Addolorato G., Mirijello A., D'Angelo C., et al. State and trait anxiety and depression in patients affected by gastrointestinal diseases: psychometric evaluation of 1641 patients referred to an internal medicine outpatient setting. *Int. J. Clin. Pract.* 2008; 62 (7): 1063–1069.
11. Carta M.G., Hardoy M.C., Boi M.F. Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease: a possible role of thyroid autoimmunity. *J. Psychosom. Res.* 2002; 53 (3): 789–793.
12. Goldberg D. A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine. *Gut.* 1970; 11 (6): 459–465.
13. Jelsness-Jorgensen L.P., Bernklev T., Lundin K.E.A. Fatigue as an extra-intestinal manifestation of celiac disease: a systematic review. *Nutrients*. 2018; 10 (11): 1652.
14. Rostom A., Murray J.A., Kagnoff M.F. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on the diagnosis and management of celiac disease. *Gastroenterology*. 2006; 131 (6): 1981–2002.
15. Thompson T., Dennis M., Higgins L.A., et al. Gluten-free diet survey: are Americans with coeliac disease consuming recommended amounts of fibre, iron, calcium and grain foods? *J. Hum. Nutr. Diet.* 2005; 18 (3): 163–169.
16. Addolorato G., Leggio L., D'Angelo C., et al. Affective and psychiatric disorders in celiac disease. *Dig. Dis.* 2008; 26 (2): 140–148.
17. Hallert C., Aström J., Walan A. Reversal of psychopathology in adult coeliac disease with the aid of pyridoxine (vitamin B₆). *Scand. J. Gastroenterol.* 1983; 18 (2): 299.

Features of emotional disturbance in patients with celiac disease

S.V. Bykova, PhD, E.A. Sabelnikova, PhD, D.A. Degtyarev, PhD, L.D. Firsova, PhD, A.I. Parfenov, PhD, Prof.

A.S. Loginov *Moscow Clinical Scientific Center*

Contact person: Svetlana V. Bykova, s.bykova@mknc.ru

Purpose. It has been evaluated the features of the emotional disturbance of the patients with celiac disease (CD).

Materials and methods. 48 patients with CD were examined. The control group was consisted of 20 people without gastrointestinal diseases. Psychodiagnostic testing was included the Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form 36 Health Survey (MOS SF-36), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). When the results were analyzing, the patients were divided into two groups depending on the adherence to a gluten-free diet (GFD). The first group's patients have not been adhered to a GFD, meanwhile the second group's patients have been strictly following a GFD.

Results. To decrease of the level physical and mental components of the quality of life was determined in patients with CD in comparison with the control group (36.1 and 40.0, respectively; $p < 0.01$). The most of the patients with CD (72.8%) had anxiety reactions. According to HADS anxiety has reached clinically significant level in 43.7% patients with CD. STAI score personal and situational anxieties have been elevated in patients with CD ($p < 0.01$). Its haven't been significant differences in the frequency and severity of anxiety in patients with CD without and with GFD. Symptoms of depression have been more frequently in patients with CD with GFD, however its haven't been reached a clinically significant level.

Conclusion. The features of emotional disturbances in patients with CD include the prevalence of the frequency of anxiety over the depression; not correlation between anxiety and adherence to GFD; and a tendency to increase the severity of depression in patients with GFD.

Key words: celiac disease, gluten-free diet, psychodiagnostic testing