



ном (традиционная методика ВИМА) у детей с неврологической симптоматикой различной урологической, хирургической и офтальмологической патологии. Метод ВИМА, двух-болусная методика индукции севофлюрана в

анестезию, обеспечивает предсловный результат и минимизирует частоту развития брадикардии, а также агитацию и агитацию у детей. На наш взгляд, использование данного метода ингаляционного наркоза перспективно, необходимо продолжить его исследования.

Beknazarov A.B., Satvaldieva E.A., Xaydarov M.B., Mamatkulov I.B.

NEW INSTRUCTIONS FOR THE INTRODUCTION OF SEVOFLURANE AND INTRODUCTION TO ANESTHESIA IN CHILDREN

Key words: children, sevoflurane, anesthesia, induction.

Comparison of the effect of the traditional inhalation method and the method of using IMMA (flying induction and maintenance anesthesia) and the incidence of agitation, bradycardia and agitation in children using the new IMMA technique with two-bolus induction with sevoflurane. The study was conducted in the clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute. The study is retrospective and promising. A clinical analysis of 245 anesthetic procedures with sevoflurane (traditional VIMA technique) in

children with neurological symptoms of various urological, surgical and ophthalmic pathologies was carried out. The VIMA method, a doublebolus technique of induction of sevoflurane to anesthesia, provides a preconditioned result and minimizes the frequency of bradycardia development, as well as agitation and agitation in children. In our opinion, the use of this method of inhalation anesthesia is promising, it is necessary to continue its research.

Маматкулов И.Б., Сатвалдиева Э.А., Бекназаров А.Б., Гайдаров М.Б.

БОЛАЛАР АНЕСТЕЗИОЛОГЛАР ВА РЕАНИМАТОЛОГЛАРДА КАСБИЙ ЗУРИЦИШ СИНДРОМИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқод мақсади. Анестезиологлар ва реаниматологлар орасида касбий зуриқиш синдромининг (КЗС) тарқалишини Ўзбекистан мисолида урганиш.

Материал ва услублар. Maslach Burnout Inventor (MBI) буйича -тиббиёт ходимларидан 130 анестезио-лог-реаниматологлар (71 - Тошкентда, 59-вилоятларда; 52 аёллар ва 78 эркаклар) Н. Е. Водопянова томонидан олиб борилган аноним суровномасида иштирок этишди. Ёшга қараб барча респондентлар олти гуруҳга бўлинди. Назорат гуруҳи (такқослаш) 23 ёшдан 35 ёшгача бўлган ТошПТИ клиникаси анестезиология ва реанимация бўлимининг 17 нафар ходимидан иборат бўлди.

Натижалар. Тадқиқотлар натижасида олинган маълумотлар шуни курсатдики, анестезиолог-реаниматологларнинг кундалик иш фаолияти, албатта, касбий муҳим зарари борлиги ва юқори масъулият билан ботик эканлигини, катта иш микдорининг бажарилиши, уйқусиз навбатчиликнинг мавжудлиги, шахсий деформацияларини шакллантириш ва «нормал турмуш тарзини сақлаган ҳолдаги кийинчиликлардаги стресс»ни ривожлантириш намойён бўлганлигини курсатади.

Хрзирги вақтда тиббиётнинг энг муҳим ижтимоий муаммоларидан бири касбий чарчок ёки касбий зуриқиш синдроми (КЗС) деб аталиши мумкин, бу биринчи навбатда одамларга ёрдам бериш билан боғлиқ касблар (тиббиёт ходимлари, уқитувчилар, психологлар, ижтимоий ишчилар ва бошқалар.) [1,3,4]. Бу муаммага бағишланган дастлабки асарлар утган асрнинг 70-йилларида АКШда пайдо бўлди. 1974-йилда муқобил соғлиқни сақлаш тизимида ишлаган америкалик психолог ва психиатр Х. Ж. Фреуденбергер [2,7] узи ва ҳамкасблари учун чарчокни, мотивация ва масъулиятни йукотишни уз ичига олганлиги турғисидаги ходиса кузатилганлигини ёзган.

Бу ходиса «burnout» (зуриқиш) деб аталган. Касбий зуриқиш белгилари узок муддатли стресс ва рухий юкланиш мавжудлигининг характерли хусусиятларини курсатиб беради, бу эса ишлайдиган шахснинг турли ақлий сохаларининг дезинтеграциясига ва энг аввало хиссийётга олиб келади [1,5,8].

ЖССТ таърифиға қура (2011), «зуриқиш синдроми» (burnout syndrome) - физик, хис-



сиёт ёки мотивацион чарчоклик, иш унумдорлиги ва чарчаш, уйқусизлик, соматик касалликларга таъсир килиш, шунингдек, вактинчалик ёрдам олиш учун спиртли ичимликлар ёки бошқа психоактив препаратлардан фойдаланиш, бу эса физиологик карамлик-ни ва баъзи ҳолларда уз жонига касд килиш кайфиятини ривожлантиришга олиб келади. Ушбу синдром одатда оилавий ҳаёт ёки дам олиш билан бирга шафқатсиз ишлаб чиқариш ва ортиқча садокатдан келиб чиқадиган ҳиссий талабларга жавобан стресс реакцияси сифатида қаралади. Дастлаб «burnout» уз-узини кадрламаслик ҳисси билан толиқиш ҳолати деб тушунилган бўлса, кейинчалик у бир маъноли ва купкомпонентли бўлиб уни урганишда муҳим кийинчиликларга сабаб бўлди. Бугунги кунда «зуриқиш» билан боғлиқ юзга яқин турли симптомлар бор. В. Perlman, Е.А. Hartman 1982 йилда «зуриқиш» куплаб тўрифларни ва унинг уч асосий компонентларини белгилаб беришди: ҳиссий толиқиш, деперсонализация ва редукция - шахсий ютуқлари қамайтириш [6,9]. Шундай қилиб, W.N. Blikbem (2003)

маълумотларига қура, касбий деформациялари оқибатлари анестезиолог - реаниматологларда узига хос ҳиссий толиқиш бошқа мутахассисларга нисбатан тез-тез етти марта купрок содир бўлади ва фақат психиатрлар анестезиолог-реаниматологларнинг жонига касд қилишга уринишлар сонини четлаб ўтган [10].

Тадқиқот максади - анестезиологлар ва реаниматологлар орасида касбий зуриқиш синдромининг (КЗС) тарқалишини Ўзбекистон мисолида урганиш.

Материаллар ва услублар

Maslach Burnout Inventor (MBI) буйича -тиббийёт ходимларидан 130 анестезиолог-реаниматологлар (71 - Тошкентда, 59-вилоятларда; 52 аёллар ва 78 эркаклар) Н. Е. Водопянова томонидан олиб борилган аноним суровнома-сида иштирок этишди [5]. Ёшга қараб барча респондентлар олти гуруҳга бўлинди (1-жадвал). Назорат гуруҳи (таккослаш) 23 ёшдан 30 ёшгача бўлган ТошПТИ клиникаси анестезиология ва реанимация бўлимининг 17 афар ходимидан иборат бўлди.

1-жадвал

Респондентларнинг ёш гуруҳлари буйича тақсимланиши

Гуруҳ	Тошкент ша'ри шифокорлари		Вилоятдаги шифокорлар		Умумий абс. (%)
	Э, абс. (%)	А, абс. (%)	Э, абс. (%)	А, абс. (%)	
30 ёшгача	7 (9,8 %)	8 (11,2 %)	7 (11,5 %)	6 (9,8 %)	28 (21,2 %)
31-35 ёш	6 (8,5 %)	5 (7,0 %)	5 (8,2 %)	3 (4,9 %)	19 (14,4 %)
36-40 ёш	6 (8,5 %)	7 (9,8 %)	2 (3,3 %)	4 (6,5 %)	19 (14,4 %)
41-45 ёш	8 (11,2 %)	1 (1,4 %)	7 (11,5 %)	-	16 (12,1 %)
46-50 ёш	3 (4,2 %)	8 (11,2 %)	10 (16,4 %)	1 (1,6 %)	22 (16,7 %)
50 ёшдан катта	6 (8,5 %)	6 (8,5 %)	11 (18,0 %)	3 (4,9 %)	26 (19,7 %)
Умумий	36(50,7 %)	35 (49,3 %)	42 (72,1 %)	17 (27,9 %)	130(100 %)

Суров натижалари 3 та шкала буйича баҳоланди:

1-шкала ҳиссий толиқишни (кечинмалар, эмоционал туснинг пасайиши, атроф-муҳитга кизикишнинг йуқолиши ёки эмоционал туййиш, агрессив реакциялар, Ғабнинг кучайиши, депрессия аломатларининг пайдо бўлиши) баҳолайди.

2-шкала деперсонализация (бошқа одамлар билан муносабатларни деперсонализация қилиш, бошқаларга қарамликнинг ортиши ёки аксинча, негативизм, беморларга нисбатан муносабат ва хис-туйғуларнинг қу-

нимсизлиги) мавжудлигини аниқлайди.

3-шкала шахсий ютуқлари қамайтириш (уз-узини салбий баҳолаш тенденцияси, унинг ютуқлари аҳамиятини қамайтириш, уларнинг салоҳиятини чегараси, вазибаларига боғлиқ негативизм, узига баҳо бериш ва касбий мотивация, уз-узига ҳурматни қамайтириш, маъсулятни узидан соқит қилиш ёки узидан четлатиш). Суров натижаларини баҳолаш қуйидаги «қалит» билан таққосланди.(2-жадвал)

Касбий чарчаш даражасини баҳолаш

Кичик улчов	Зурикиш даражасини баҳолаш		
	Паст даража	Урта даража	Юкори даража
Хиссий чарчок	0-15	16-24	25 ва ундан юкори
Деперсонализация	0-5	6-10	11 ва ундан юкори
Шахсий ютуқларни камайтириш	37 ва ундан катта	31-36	30 ва ундан кичик

Тадкикот натижаларини статистик кайта ишлаш Statistica 6.0. ёрдамида амалга оширилди. Суров баллари натижалари median куринишида ва интерквартил оралоти (25 ва 75%) сифатида тақдим этилади. Гуруҳлар уртасидаги фарқларни баҳолаш учун Уилкоксон мезони кулланилди ва фарқлари $p < 0,05$ статистик белгилар билан ҳисобланди.

Натижалар ва муҳокама

Тадкикот давомида олинган натижалар анестезиологлар ва реаниматологлар орасида КЗС нинг турли куринишларини жуда кенг

тарқалганини курсатади. Шундай қилиб, ёш аҳоли уртасида эмоционал толиқиш курсаткичи 20 (17-26) баллни ташкил этиб, Тошкент - 24 (20-30) балл ($p = 0.026$) ва вилоятларда -24 (20-31) балл ($p = 0.224$) (3-жадвал) даги анестезиологларга нисбатан статистик жиҳатдан анча паст бўлди. Шу билан бирга барча урганилган гуруҳларда эмоционал толиқиш курсаткичлари кийматлари КЗС намоён бўлишининг уртача даражасига мос келди (паст даражаси-15 баллгача; уртача даража-16-24 балл; юкори даража-25 баллдан ортиқ).

3-жадвал

Тошкент шаҳри ва вилоят шифокорлари КЗС курсаткичлари

Гуруҳлар	Кичик улчовлар			Умумий балл
	Хиссий чарчок	Деперсонализация	Шахсий ютуқларни камайтириш	
Ординаторлар	20 (17-26)	13 (11-16)	33 (28-40)	67 (63-72)
Тошкент шаҳри	24 (20-30) $p = 0,026$	15 (12-18) $p = 0,039$	34 (31-38) $p = 0,124$	75 (68-83) $p = 0,014$
Вилоятлар	24 (20-31) $p = 0,224$ $p1 = 0,601$	16 (14-18) $p = 0,029$ $p1 = 0,611$	38 (33-43) $p = 0,619$ $p1 = 0,007$	78 (72-84) $p = 0,084$ $p1 = 0,122$

Илова: p - назорат гуруҳи билан фарқларнинг аҳамияти (ординаторлар); $p1$ - Тошкент ва вилоятдаги шифокорлар гуруҳи уртасидаги фарқларнинг аҳамияти

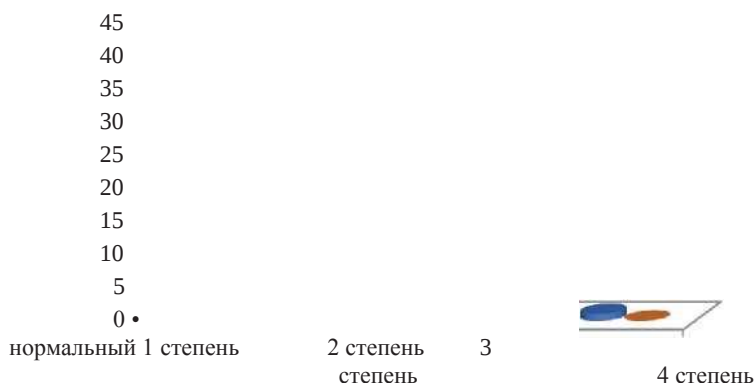
Барча гуруҳларда да КЗС кейинги босқич сифатида деперсонализация кийматлари юкори даражада эди ва ординатор гуруҳлари учун 13 (11-16) балл ташкил этди. Маълумотлар мутахассис врачлар учун юкори бўлиб, Тошкентда 15 (12-18), вилоятларда 16 (14-18) баллни ($p = 0.039$ ва $p = 0.029$, мос равишда) ташкил этди. Таққослаш гуруҳидаги шахсий ютуқларнинг редукцияси (профессионализмнинг камайиши) 33 (28-40) балл, яъни КЗС нинг уртача даражасида баҳоланд. Бу курсаткич амалиётчи анестезиологлар ва реаниматорлар учун бир оз юкори бўлди -Тошкентда 34 (31-38) балл ва вилоятда 38 (33-43) балл. Шу билан бирга, вилоятлардаги шифокорларда шахсий ютуқларни редукция кийматлари КЗС

нинг паст даражасига туғри келди ва статистик жиҳатдан сезларли даражада ($p1 = 0.007$) Тошкент шаҳридаги шифокорларникидан фарқ қилди. КЗС нинг ёш хусусиятлари- ни аниқлаш мақсадида барча респондентлар ёшига қарб 6 та кичик гуруҳларга бўлинди. (4-жадвал)



Турли ёш гурухларидаги КЗС курсаткичлари

В послеоперационном периоде у пациентов были зарегистрированы 3 степени снижения слуха: нормальный слух - 2 пациента (2,7%), 1-я степень - 32 пациента (42,7%), 2-я степень - 30 пациентов (40%), 3-я степень - 11 пациентов (14,7%) (см.



Илова: р - биринчи кичик гурух билан фаркларнинг ахамияти; р1 - олдинги кичик гурух билан фаркларнинг ахамияти.

Шундай қилиб, анестезиолог-реаниматологларда 30 ёшгача бўлган эмоционал толиқиш курсаткичи 23 (20-25) баллни ташкил этди ва КЗС нинг уртача намоён бўлиш даражасига мос келди. 31-35 ёш гурухида 27 (23-32) баллга тенг бўлган ва кейинчалик 28 ёш гурухида 36-40 (24-32) баллнинг максимал қийматига эришган. 41-45 ёшларда хиссий зуриқиш даражасининг 25 (23-28) баллгача пасайиши кузатилган бўлса-да, бу узгаришлар статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар бўлмаган. Катта ёшдаги кичик гурухларда (46-50 ёш ва 50 ёшдан ошган) эмоционал толиқиш курсаткичлари биров пасайди ва ёш шифокорлар қийматларидан сезиларли фарқ қилмайдиган мос равишда 24 (20-26) ва 24,5 (22-28) ташкил этди. Деперсонализация курсаткичи: 30 ёшгача бўлган ёш кичик гурухида 14,4 (13-15, 5) балл ва КЗС намоён бўлишига юқори даражада мос келди. 31-35 ёш кичик гурухида деперсонализация даражалари 16 (14-18) баллгача ($p = 0.049$) ошди. Унинг 17 (15-19) баллик максимал қийматлари 36-40 ёшдаги шифокорларда қайд этилган ($p = 0.007$). 41-45 ва 46-50 йиллардаги ёш кичик гурухларида деперсонализация қийматлари 16,5 (15-18) ва 17 (15-18) ни ташкил этиб, шифокорларда бу курсаткич даражаси (30 ёшгача) жиддий фарқларга эга бўлган. 50 ёшдан кичик гурухда деперсонализация курсаткичи 14 (13-17) баллгача пасайган ва статистик жиҳатдан олдинги кичик гурух

($p1 = 0.021$) дан анча фарқ қилган. 30 ёшгача бўлган ёш кичик гурухида шахсий ютукларнинг редукцияси 34,5 (33-36) балл даражасига мос келади. 31-35 ва 36-40 йиллардаги ёш кичик гурухларида бу курсаткичнинг 32 (30-34) га пасайиши ва 32 (30-36) балл, уз навбатида, ва 41-45 ёшгача бўлган кичик гурух ва 34,5 (28-36) балл ёшли кичик гурухда ва 35,5 (34-36) балл учун бир оз узиш 46-50 ёшли кичик гурух анивланди. Бу курсаткичнинг максимал қийматлари - 38 (34-39) балл-50 ёшдан кичик гурухда топилган ($p = 0.014$).

Шундай қилиб, тадқиқот натижалари шуни курсатдики, энг аниқ хиссий толиқиш бўлган даврда КЗС нинг ривожланиши учун энг «муаммоли» ёш 30 дан 40 ёшгача бўлган. КЗСнинг кейинги ривож 35 ёшдан 50 ёшгача энг қўп тилга олинadиган деперсонализациянинг ривожланишига олиб келади. Шахсий ютукларнинг редукцияси КЗС намоён бўлишининг паст даражада ОФирлиги 30-40 ёшли даври билан ифодаланади. Ушбу курсаткичлар асосан ёш анестезиологлар ва реаниматологлар томонидан касбий тажрибани шакллантириш ва туплаш даври, шунингдек, бу ёш тоифасига тайинланган муҳим иш юклагаси ортиб бораётганлиги ва кадрлар етишмаслиги билан изоҳланиши мумкин. Респондентларнинг Тошкент шаҳри ва вилоятлар анестезиолог-реаниматологлари орасида КЗС статистик жиҳатдан сезиларли



фаркларнинг намоён булиш даражасига кура гурухларга таксимланиши аниқланган, аммо олинган натижалар тиббий ходимларнинг анестезиология-реанимация хизматларидан ушбу муаммонинг мавжудлигини аниқ курсатди. Шундай қилиб, Тошкент ва вилоят бўйича респондентларнинг 47,7% ва 43,1% да эмоционал толиқишнинг юқори ва уртача даражалари топилди, юқори даража эса барча ёш гурухларида сақланиб қолмоқда. Деперсонализация КЗС қуринишларидан бири сифатида шифокорларнинг 93.1 % да юқори даражада намоён бўлди ва ёш гурухларида устунлик қилди (30 йилгача - 36-40 йил). Катта ёшдаги гурухларда деперсонализация курсаткичлари бироз пасайди, лекин 6.2-8.5% даражасида қолди. Шахсий ютуқларнинг редукцияси паст ва урта даражадаги қуринишларга эга эди (Тошкент ва вилоят бўйича мос равишда 45,4% ва 36,9%). КЗСнинг намоён бўлишининг максимал қуринишлари 30 ёшгача ва 50 ёшдан катта гурухларда қайд этилган. 36 ёшдан 50 ёшгача бўлган урта ёшдаги гурухларда курсаткичлар 2,3-3,8% даражасида бўлди. Юқори даражада намоён бўлиши барча ёш гурухларида шахсий ютуқларнинг редукцияси анча барқарор бўлиб қолди ва 1.5-2.3% ни ташкил этди. Шахсий ютуқларни қискартириш курсаткичидаги бундай узғаришлар, эҳтимол, мутахассисликнинг узига хос хусусиятлари билан боғлиқ бўлиб, тиббиёт фанининг замонавий ютуқла-

ридан кундалиқ амалиётда фойдаланиш учун рухий-хиссий оҳангни доимий сақлашни талаб қилади.

Утказилган тадқиқотлар Тошкент шаҳри ва вилоятлардаги анестезиолог-реаниматологларда КЗСнинг кенг тарқалганлигини аниқлади. КЗСнинг намоён бўлиши аллақачон ёш шифокорларда аниқланган ва энг қўп хиссий толиқиш ва деперсонализациянинг юқори даражасида намоён бўлади. КЗСнинг яқиний босқичи сифатида шахсий ютуқларнинг редукцияси касбий фаолиятга сезиларли таъсир курсатмасдан, асосан паст даражадаги қуринишларга эга. Реанимация ва интенсив терапия бўлимида узок йиллар давомида ишлаган урта тиббиёт ходимлари шифокор сифатида мутахассисликка қилиши КЗС билан изохлаш мумкин.

Тадқиқотлар натижасида олинган маълумотлар шуни курсатдики, анестезиолог-реаниматологларнинг кундалиқ иш фаолияти, албатта, касбий муҳим зарари борлиги ва юқори масъулият билан боғлиқ эканлигини, катта иш микдорининг бажарилиши, уйқусиз навбатчиликнинг мавжудлиги, шахсий деформацияларини шакллантириш ва «нормал турмуш тарзини сақлаган ҳолдаги қийинчиликлардаги стресс»ни ривожлантириш намоён бўлганлигини курсатади.

Адабиётлар

1. Амиров Н.Х. Труд и здоровье руководителей. М.: Гэотар-мед, 2002:136.
2. Белов В.Г. Практикум по психологии здоровья. СПб., 2008:789.
3. Белов В.Г., Яковлева Н.В., Силина В.И., Парфенов Ю.А., Телепнев Н.А. Особенности профессионального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов в различных возрастных периодах. Успехи геронтологии. 2012;31(2):228-232.
4. Васильев В.Ю., Пушкаренко И. А. Причины развития «эмоционального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. Общая реаниматология. 2011;7(2):66-70.
5. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - СПб.: Питер, 2008:336.
6. Blikbern WN. (2003). Selfefficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psych. Rev., 84, 191-215.
7. Freudenberg HJ. (1974). Staff burnout. J. Soc. Iss., 30 (2), 159-165.
8. Paine WS. (1982). Job stress and burnout. Beverly Hills, 9, 44-50.
9. Perlman B, Hartman EA. (1982). «Burnout»: summary and future and research. J. Hum. Rel., 14 (5), 153-161.
10. Silverstein JH. (1993). Psychosomatic medicine. Psychiatry, 45 (2), 129-131.



Маматкулов И.Б., Сатвалдиева Э.А., Бекназаров А.Б., Гайдаров М.Б. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ВРАЧЕЙ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, анестезиологи-реаниматологи, возрастные группы.

В работе затрагивается одна из значимых социальных проблем отечественной медицины - синдром профессионального выгорания медицинских работников. Опрос 130 анестезиологов-реаниматологов и данные, полученные в результате исследования, позволили изучить распространенность и выраженность различных компонентов синдрома профессионального выгорания: эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личных достижений в разных возрастных группах.

Mamatkulov I.B., Satvaldieva E.A., Beknazarov A.B., Haydarov M.B.
**PROFESSIONAL BURNOUT BY DOCTORS OF CHILDREN'S
ANESTHESIOLOGISTS-**

Key words: professional burnout syndrome, anesthesiologists-resuscitators, age groups

The work touches upon one of the significant social problems of domestic medicine - the syndrome of professional burnout of medical workers. A survey of 130 anesthesiologists-resuscitators and the data obtained as a result of the

the prevalence and severity of various components of the professional burnout syndrome: emotional exhaustion, depersonalization and reduction of personal achievements, in different age groups.

Нурмухамедова Ф.Б.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Данного исследования явилось определение, могут ли предоперационные депрессивные симптомы влиять на качества жизни (КЖ) после операций на среднем ухе у пациентов с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО).

Материалы и методы. Нами было исследовано 80 пациентов с ХГСО (с холестеатомой или без). Предоперационная оценка КЖ и психологического состояния пациента проводилась за 1 день до операции. Повторно показателя были оценены спустя 6 месяцев после операции. Послеоперационная оценка включала измерение КЖ, скрининг на наличие и тяжести депрессии, тональная аудиометрия.

Результаты. Это исследование включало 80 пациентов: мужчин - 34 (42,5%), женщин - 46 (57,5%). Возраст пациентов составил от 18 до 70 лет, средний возраст - $37 \pm 5,68$ лет.

ХГСО в виде одностороннего поражения встречался у 52 пациента (65%), в виде двустороннего - у 28 человек (35%), причем статистически значимой разницы по полу не наблюдалось ($p > 0,05$).

Хронический отит - это общее заболевание, которое влияет на 0,45-2,6% населения [3,4]. Пациенты с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) страдают от частого гноетечения, боли и снижение остроты слуха; из-за больших проблем с общением, это приводит к социальным и эмоциональным ограничениям. Кроме того, ХГСО приводит к ограничениям в повседневной жизни, а также к частым посещениям лечебных учреждениях [4-6]. В настоящее время качество жизни,

связанное со здоровьем (КЖ) стало важным параметром в жизни пациента. Результат показателей КЖ даже после хирургического лечения на среднем ухе, является актуальным [1,2,15]. Предыдущие исследования в основном сосредоточены на развитии и валидации опросников связанных с КЖ, а также с изучением факторов влияющих на их показатели [4,8-10]. Депрессия долгое время была связана с расстройствами слуха [11-13]. Тем не менее, сосуществование нарушений настроения