

## МЕТОДИКА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ

Якимов Д.А., Якимов Е.А.

*УЗ «Могилевская областная больница»*

Диагностика болевых ощущений у пациентов в пред- и послеоперационном периоде позволит устранить противоречия широкого распространения регионарных методов анестезии, в частности, при парацентезе барабанной перепонки, аденотомии, полипотомии, с одной стороны, и обеспечит повышение качества оказания медицинской помощи, с другой стороны.

Известные способы количественной оценки острой боли с использованием оцифрованной визуальной аналоговой шкалы (лВАШ), цветовой дискретной шкалы (мЦДШ) на основе монотонного возрастания интенсивности серого цвета имеют высокую погрешность измерения, т. к. не учитывают индивидуальные особенности пациентов, которые принципиально не могут быть определены при однократных измерениях.

**Целью** работы является расширение функциональных возможностей способа количественной оценки боли и повышение точности измерения.

Для повышения точности измерения в медицинской практике используют способ на основе нескольких шкал. Боль первоначально оценивают по шкале с монотонным изменением интенсивности цветowych полей от максимального насыщенного цвета до его отсутствия, а затем проводят, по крайней мере, два контрольных измерения по шкалам с такими же цветовыми полями, но расположенными в случайной последовательности, причем, изменение интенсивности цветowych полей сопровождается соответствующим изменением оценки в баллах, обозначенных на обратной стороне шкалы, и по среднеарифметической величине измерений получают количественную оценку боли.

Такой способ количественной оценки острой боли имеет ограниченные функциональные возможности. Это объясняется тем, что указанный способ не учитывает индивидуальных особенностей пациентов, которые проявляются в значительном разбросе количественной оценки острой боли.

Предложен способ количественной оценки острой боли, основанный на последовательном использовании трех шкал: оцифрованной визуальной аналоговой шкалы (лВАШ), цветовой дискретной шкалы с монотонным расположением цветowych полей (мЦДШ), цветовой дискретной шкалы со случайным расположением

ем цветowych полей (сЦДШ). Такой способ позволяет, с одной стороны, уточнить результат для пациентов с адекватным восприятием методики измерения, с другой стороны – принять решение о недостоверности оценок боли при неадекватном восприятии пациентом методики измерения.

Для сравнения результатов измерения по шкалам лВАШ и мЦДШ используется коэффициент пересчета  $K_{\text{пересчет мЦДШ}}$

$$K_{\text{пересчет мЦДШ}} = \text{Код}_{\text{мЦДШ}} \frac{n_{\text{max лВАШ}}}{n_{\text{max мЦДШ}}}, \text{Код}_{\text{мЦДШ}} \in \{0, 1, \dots, n_{\text{max мЦДШ}}\},$$

где  $\text{Код}_{\text{мЦДШ}}$  – порядковый номер цветового поля мВАШ;  $n_{\text{max лВАШ}}$  – максимальное значение показания по лВАШ;  $n_{\text{max мЦДШ}}$  – максимальное значение порядкового номера цветового поля мЦДШ.

Для сравнения результатов измерений по шкалам лВАШ и сЦДШ используется коэффициент пересчета  $K_{\text{пересчет сЦДШ}}$

$$K_{\text{пересчет сЦДШ}} = \text{Код}_{\text{сЦДШ}} \frac{n_{\text{max лВАШ}}}{n_{\text{max сЦДШ}}}, \text{Код}_{\text{сЦДШ}} \in \{0, 1, \dots, n_{\text{max сЦДШ}}\},$$

где  $\text{Код}_{\text{сЦДШ}}$  – порядковый номер цветового поля сЦДШ;  $n_{\text{max сЦДШ}}$  – максимальное значение порядкового номера цветового поля сЦДШ.

Относительные ошибки при адекватном оценивании боли пациентом не должны превышать 25%. При превышении отклонений более чем на 25% результат оценивания полагают недостоверным.

**Выводы.** Пациенты, адекватно воспринимающие методику обследования, показывают результаты со среднеквадратическом отклонением, имеющим значение, являющееся меньшим некоторого критического значения, определяемого методической ошибкой способа измерения. Результаты, превосходящие критические значения среднеквадратического отклонения, не принимаются для последующего проведения индивидуальной процедуры обезболивания.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРАХЕОТОМИИ

Король И.М.<sup>1</sup>, Жигальский Д.Г.<sup>1</sup>, Корженевич Е.И.<sup>2</sup>,

Сецко А.П.<sup>2</sup>

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

**Введение.** Различия в верхней, средней и нижней трахеотомии, которые определяются по отношению трахеостомы к перешейку щитовидной железы, практически не имеют значения, так