

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30.05.2019г.
протокол № 5.

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ РАБОТАМ

РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

**Факультативы
Вариативная часть**

ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура) ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

**31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ – РЕАНИМАТОЛОГИЯ
Квалификации "Врач-анестезиолог-реаниматолог"
Форма обучения: очная**

Срок обучения 2 года, 120 з.е.

В основу методической разработки положены:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ - РЕАНИМАТОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре). Утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1044.

Методическая разработка дисциплины (модуля) одобрена на заседании кафедры хирургических болезней от «29» мая 2019г. Протокол №10.

Заведующий кафедрой

хирургических болезней:

д.м.н., доцент _____ С.А. Столяров

Разработчики:

Профессор кафедры

хирургических болезней, д.м.н., профессор _____ В.Я. Вартанов

**Информация о языках,
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров высшей
квалификации по ФГОС ВО в ординатуре.**

В Частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «РЕАВИЗ» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Планируемые результаты освоения дисциплины	Задачи обучения по дисциплине
универсальные компетенции:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сформировать базовые, фундаментальные медицинские знания, формирующие профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи. 2. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов. 3. Подготовить врача к самостоятельной профессиональной деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента. 4. Сформировать знания о методиках пролонгированной анестезии, медикаментозной и иных методах терапии острого и хронического болевого синдромов в сфере своих профессиональных интересов. 5. Сформировать навыки проведения регионарной, эпидуральной, спинальной и иных способов анестезии. 6. Сформировать навыки общения с пациентами с хроническим болевым синдромом и обучения их и родственников методам неинвазивного обезболивания.
готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);	
профессиональные компетенции	
профилактическая деятельность:	
готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);	
диагностическая деятельность:	
готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);	
лечебная деятельность:	
готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий (ПК-6);	
реабилитационная деятельность:	
готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);	
психолого-педагогическая деятельность:	
готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);	

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

План внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

Название этапа	Содержание этапа	Цель этапа

1. Подготовительный	Изучение материала по теме.	Подготовка обучающихся к работе по теме
2. Практический	1. Решение тестовых заданий. 2. Решений ситуационных задач. 3. Ответы на теоретические и практические вопросы по теме.	Проверка готовности обучающихся к занятию.
3. Итоговый	- Определение списка вопросов преподавателю. - Обсуждение вопросов. - Формулирование выводов по теме	Обсуждение вопросов, формулирование выводов. Проверка уровня освоения теоретического материала и развитие навыка самостоятельного использования теоретических знаний.

Тема «Терапия острой и хронической боли»

Цель и задачи:

Обучающая:

- расширение знаний в области этиопатогенеза болевых ощущений, особенностей рецепторного аппарата ноцицептивной системы, классификации болевого синдрома;
- формирование профессиональных умений и навыков терапии болевого синдрома различной этиологии; правильная интерпретация и анализ полученных результатов.
- расширение знаний о концепции регионарной анестезии, медикаментозных и немедикаментозных методах терапии болевого синдрома, психологии боли;
- расширение знаний в области нейрохирургии и нейромодуляции в лечении хронической боли;
- расширение знаний в области этиологии онкогенной боли; принципов стадийности управления онкогенной болью, паллиативной помощи в онкологии.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения в изучаемой дисциплине;
- формирование роли врача в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 18 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Примеры тестовых заданий
Тема «Терапия острой и хронической боли»
Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

1. Для инфильтрационной анестезии по Вишневскому используют

- 1) 1% раствор лидокаина
- 2) 1% раствор новокаина
- 3) 0,25% раствор новокаина
- 4) 1% раствор тримекаина

Эталон ответа: 3

2. Анестетик для местного обезболивания

- 1) хлорэтил
- 2) фторотан
- 3) закись азота
- 4) оксибутират натрия

Эталон ответа: 1

3. Проводниковую анестезию при вскрытии панариция проводят раствором новокаина

- 1) 0,25%
- 2) 0,5 %
- 3) 1%
- 4) 5%

Эталон ответа: 3

4. При аппендэктомии и грыжесечении применяют анестезию

- 1) по Лукашевичу-Оберсту
- 2) охлаждением
- 3) инфильтрационную
- 4) по Школьникову

Эталон ответа: 3

5. Для перидуральной анестезии применяется

- 1) ультракаин
- 2) тримекаин
- 3) дикаин
- 4) 0,25 раствор новокаина

Эталон ответа: 2

6. Концентрация новокаина для паранефральной блокады

- 1) 5%
- 2) 0,25%
- 3) 1%
- 4) 10%

Эталон ответа: 3

7. Максимально допустимая доза новокаина за 1 час операции

- 1) 0,5% — 200,0
- 2) 1% — 100,0
- 3) 0,25% — 800,0
- 4) 2% — 20,0

Эталон ответа: 3

8. При спинномозговой анестезии анестезирующее вещество вводится в

- 1) субарахноидальное пространство
- 2) перидуральное пространство
- 3) вещество спинного мозга
- 4) футляры мышц

Эталон ответа: 1

9. При анестезии смазыванием применяют раствор новокаина

- 1) 0,5%
- 2) 1%
- 3) 2%
- 4) 10%

Эталон ответа: 4

10. Перед эндоскопическим методом обследования чаще применяется анестезия

- 1) смазыванием и орошением
- 2) охлаждением
- 3) инфильтрационная
- 4) по Оберсту-Лукашевичу

Эталон ответа: 1

11. При оказании специализированной помощи среди вариантов обезболивания в качестве противошокового мероприятия при переломах костей таза предпочтительным является:

- 1) обезболивание наркотиками
- 2) местное обезболивание по А.В.Вишневскому
- 3) анестезия по Школьникову-Селиванову-Цодыксу
- 4) проводниковая анестезия
- 5) перидуральная блокада

Эталон ответа: 3

12. Наилучшим видом обезболивания при вправлении вывиха бедра является:

- 1) внутрисуставное введение местного анестетика
- 2) проводниковая анестезия
- 3) футлярная блокада по А.В.Вишневскому
- 4) внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову
- 5) наркоз с миорелаксантами

Эталон ответа: 5

13. Для чрескостного остеосинтеза изолированных переломов конечности целесообразнее всего использовать:

- 1) перидуральную анестезию
- 2) проводниковую анестезию
- 3) местную инфильтрационную анестезию
- 4) внутривенное обезболивание
- 5) интубационный комбинированный поверхностный наркоз

Эталон ответа: 1, 2, 3

14. Хроническая боль у онкологических больных может быть следствием:

- 1) специального противоопухолевого лечения,

- 2) распространения опухолевого процесса,
- 3) проявления сопутствующей патологии,
- 4) верно 1 и 2,
- 5) верно 1, 2 и 3.

Эталон ответа:5

15. Чрезмерно сильное патологическое болевое ощущение, возникающее при неболевых раздражителях, это:

- 1) гипестезия,
- 2) гипоалгезия,
- 3) аллодиния,
- 4) гиперестезия,
- 5) гипералгезия.

Эталон ответа:3

16. Частым побочным действием опиоидных анальгетиков является:

- 1) тошнота,
- 2) сухость во рту,
- 3) запор,
- 4) гранулоцитопения,
- 5) все перечисленное верно.

Эталон ответа:5

17. Частым побочным действием нестероидных противовоспалительных средств является:

- 1) запор,
- 2) склонность к кровоточивости,
- 3) тошнота,
- 4) раздражение слизистой ЖКТ,
- 5) верно 2 и 4.

Эталон ответа:5

18. Центральное место в лечении хронической боли онкологического генеза занимает:

- 1) этиологическая терапия,
- 2) системная фармакотерапия,
- 3) регионарные методы анальгезии,
- 4) деструктивная нейрохирургия,
- 5) верно 3 и 4.

Эталон ответа:2

19. Локальная фармакотерапия хронической боли предусматривает нижеперечисленное введение анальгетика, кроме:

- 1) перинеурально,
- 2) эпидурально,
- 3) интратекально,
- 4) интравентрикулярно,
- 5) верно 1 и 4.

Эталон ответа:1

20. Периферические анальгетики обладают перечисленными свойствами, кроме:

- 1) эффективность при острой и хронической боли различной этиологии,
- 2) наличие верхнего предела анальгезии,
- 3) развитие толерантности, физической или психологической зависимости,

- 4) жаропонижающее действие,
 - 5) отличный от опиоидов механизм действия.
- Эталон ответа:3

21. Характерная боль для радикулопатии:

- 1) стреляющие, достаточно интенсивные боли с дистальным распространением по ходу пораженного корешка
- 2) интенсивные, тянущие боли с распространением по ходу пораженного корешка
- 3) острая боль, характеризующаяся внезапным началом
- 4) жгучая боль в области пораженного корешка

Эталон ответа:1

22. Причина боли при остеохондрозе позвоночника:

- 1) вертеброгенная
- 2) невертеброгенная
- 3) соматогенная
- 4) сосудистая

Эталон ответа:1

23. К невертеброгенным болям в спине относятся:

- 1) психогенные боли
- 2) цервикобрахиалгия
- 3) люмбоишиалгия
- 4) все вышеуказанные

Эталон ответа:1

24. При выборе вещества для обезболивания при травматическом шоке учитывают в первую очередь влияния:

- 1) на дыхание
- 2) на гемодинамику
- 3) на эндокринную систему
- 4) на центральную систему
- 5) на свертывающую систему

Эталон ответа: 2

25. Боль – это особый вид чувствительности, формирующийся под действием патогенного раздражителя, характеризующийся:

- 1) немедленным ответом организма на раздражитель
- 2) субъективно неприятными ощущениями, а также существенными изменениями в организме, вплоть до серьезных нарушений его жизнедеятельности и даже смерти
- 3) субъективно неприятными ощущениями, не приводящими к каким-либо изменениям в организме
- 4) резистентностью организма к данному раздражителю.

Эталон ответа: 2

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Ситуационная задача №1

Больная М. 55 лет упала дома, ударившись правой половиной грудной клетки о тумбочку. Почувствовала сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при перемене положения тела. Вызвала «скорую», и была доставлена в больницу.

При осмотре – жалуется на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе.

Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, за исключением боковой поверхности грудной клетки справа, где имеется кровоподтек ~ 17×10 см. При пальпации в проекции IV, V, VI, VII ребер справа по средне-подмышечной линии резкая боль, нечеткая крепитация костных отломков, подкожной эмфиземы нет. При перкуссии и аускультации легких патологии нет.

Hb – 140 г/л, ЧДД 18 в', Ps – 92 уд в', АД – 130/80 мм рт. ст.

На R – грамме легких гидро- и пневмоторакса нет, имеется перелом IV, V, VI, VII ребер справа по средне-подмышечной линии.

Больной сделана п/к инъекция промедола 1% – 1,0 мл, выполнена местная анестезия, назначен постельный режим.

Вопросы:

1. Какой оптимальный вид местного обезболивания необходимо выполнить больному с множественными переломами ребер?
2. Техника выполнения этого вида анестезии, необходимые препараты, их концентрация, дозировка?
3. Какие методы местной анестезии можно еще применить при переломе ребер?
4. Какие возможные осложнения со стороны органов грудной клетки могут быть при переломе ребер?
5. Каковы методы диагностики этих осложнений?

Эталон ответа:

1. Шейная вагосимпатическая блокада по А.В. Вишневному на стороне поражения.
2. Пациент находится в положении лежа на спине, с отведенной в противоположную сторону месту анестезии головой. Грудино-ключично-сосцевидную мышцу отводят впереди в на границе верхней и средней её третей делают вкол. Иглу продвигают по направлению к позвоночному столбу, уткнувшись в него вводят раствор анестетика. Используют новокаин 0,5% раствор в количестве 30 – 40 мл.
3. Блокада места перелома ребер, межреберная блокада, паравerteбральная блокада.
4. Гемоторакс, пневмоторакс, гемопневмоторакс, подкожная эмфизема.
5. Перкуссия, аускультация, рентгенография грудной клетки, УЗИ, КТ, диагностическая пункция.

Ситуационная задача №2

Онкологический больной К., используя субъективные методы диагностики хронического болевого синдрома, отмечает свое состояние по шкале вербальных оценок на 2 балла, по визуально-аналоговой шкале боли – 50%, по визуально-аналоговой шкале анальгезии – 65%. Больной принимает для купирования боли кеторол.

Вопросы:

1. Проанализируйте ситуацию.
2. Ваши действия.

Эталон ответа:

1. Оценив субъективные методы диагностики хронического болевого синдрома у больного, получили следующие данные: 2 балла по шкале вербальных оценок – умеренная боль; 50% по визуально-аналоговой шкале боли – умеренная боль; 65% по визуально-аналоговой шкале анальгезии – плохая анальгезия. Принимая аспирин, больной не испытывал обезболивающего эффекта, так как кетопрофен является препаратом выбора при слабой боли, а у пациента – умеренная боль.
2. Пациенту необходимо назначить препарат 2-й степени «обезболивающей лестницы», препаратом выбора является трамадол. Рекомендованная пероральная доза: 50-100 мг трамадола в сочетании с 500 мг парацетамола через каждые 4-6 ч. или с 30-60 мг кеторола через 6-8 ч.

Ситуационная задача №3

Больного С. 38 лет сбита автомашина. Сознание не терял. Самостоятельно не смог подняться и встать на ноги из-за сильных болей в правой половине таза. «Скорой» доставлен в больницу.

Объективно: состояние средней степени тяжести, стонет от болей в правой половине таза. Кожные покровы обычной окраски, в области подвздошной кости и лона справа подкожные кровоизлияния. Рс – 96 в' удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий болезненный над лоном. Перитонеальных симптомов нет. Не мочился. Le- 9,0×10⁹, Нв – 138 г/л. На рентгенограмме в прямой проекции перелом подвздошной и лонной кости справа со смещением костных отломков.

Вопросы:

1. Вид транспортировки при переломе костей таза?
2. Какой вид блокады с целью обезболивания необходимо выполнить этому больному?
3. Техника выполнения блокады, %, количество анестетика?
4. Какой орган наиболее часто повреждается при переломе костей таза?
5. Какова диагностика повреждения этого органа?

Эталон ответа:

1. Положение «лягушки»- На жестких носилках лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, с подложенным под них валиком из одежды, свернутого одеяла.
2. Внутритазовая блокада по А.Г. Школьникову.
3. На 1 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости на глубину 12 – 14 см, скользя по поверхности крыла подвздошной кости вводят 400-500 мл 0,25% р – ра новокаина при односторонней блокаде.
4. Мочевой пузырь – внутрибрюшинно или внебрюшинно.
5. Взять мочу катетером, цистография с тугим наполнением мочевого пузыря и после опорожнения.

Ситуационная задача №4

Больной С. Поступил в отделение гнойной хирургии с клиникой влажной гангрены правой стопы с переходом на н/3 голени. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом II типа.

Объективно: состояние больного тяжелое, признаки гнойной интоксикации, пульс на подколенной артерии справа отсутствует. При поступлении глюкоза крови 10,2 ммоль/л, Le- 15,7×10⁹.

После проведения инфузионной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, через день больной был в срочном порядке прооперирован под спинномозговой анестезией. Произведена ампутация правой нижней конечности на уровне с/3 бедра.

Вопросы:

1. Техника проведения спинномозговой анестезии, кто впервые предложил спинномозговую анестезию?
2. Какие лекарственные вещества используются для проведения спинномозговой анестезии (количество, концентрация)?
3. В каком положении должен находиться больной на операционном столе, и какие растворы (гипобарный или гипербарный) необходимо вводить в спинномозговой канал при ампутации нижней конечности?
4. Какой метод местной анестезии вы можете предложить в качестве альтернативы спинномозговой анестезии, и чем они различаются?
5. Каковы осложнения при спинномозговой анестезии?

Эталон ответа:

1. Пункция производится сидя или лежа на боку между 2 и 3 поясничными позвонками (не выше!), строго по средней линии соответственно направлению остистых отростков

позвонок игла Брауна проходит через надостную, межостную и желтую связки, далее после прохождения перидурального пространства извлекается мандрен, игла прокалывает твердую мозговую оболочку и попадает в ликворное пространство. Выделяется ликвор – жидкость желтоватого цвета – после чего вводят анестезирующий раствор и больного укладывают на спину. Спинальную анестезию в 1889 г. предложил Бир.

2. Для проведения спинальной анестезии используют 5% раствор новокаина – 2,0 мл, или лидокаина 2% – 2,0 мл .

3. Положение Тренделенбурга – поднятый ножной конец операционного стола. Для ампутации конечности вводят гипобарный раствор.

4. В данном случае альтернативой спинномозговой анестезии может служить перидуральная анестезия. При этом анестетик вводится в перидуральное пространство образуя в его клетчатке «висячий инфильтрат» и не может распространяться по спинномозговому каналу. Действие анестетика наступает через 20 – 40 минут. При правильном выполнении анестезии отсутствует высокий спинальный паралич. Возможно введение анестетика даже в грудных отделах.

5. К возможным осложнениям относятся:

- а) Падение артериального давления
- б) Высокий спинальный паралич
- в) Упорные головные боли после выполнения анестезии
- г) Головокружение тошнота рвота
- д) Парез мочевого пузыря и сфинктера прямой кишки

Ситуационная задача №5

Пациент В., 64 лет: беспокоят боли в обоих тазобедренных суставах, наиболее выраженные при первых движениях после отдыха («встает с криком»), усилившиеся в последнее время. Утром приходится «расхаживаться» примерно полчаса. Рассказывает, что «это остеохондроз, корешок ущемляется», больным в течение 3 лет, когда стали болеть суставы. Страдает артериальной гипертензией. Из лекарственных средств принимает амлодипин 10 мг, при сильных болях в суставах – диклофенак 75 мг в/м.

Общее состояние ближе к удовлетворительному. ЧСС – 68 уд/мин. АД - 130/80 мм рт.ст. Стул, диурез – со слов не нарушен. Выявляется пастозность голени. С трудом встает со стула. Выявлено ограничение сгибания и внутренней ротации в тазобедренных суставах.

ОАК: эритроциты - $3,8 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин - 146 г/л, Le - $6,0 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ - 10 мм/ч.

На R-гр.: Суставная щель правого тазобедренного сустава резко неравномерно сужена, местами не прослеживается. Головка правой бедренной кости уплощена. Выраженный остеосклероз. Грубые остеофиты. Заключение: Остеоартроз правого тазобедренного сустава, R-стадия 4. Вероятно, асептический некроз головки правой бедренной кости.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Какова тактика врача
- 3) Назначьте лечение болевого синдрома.
- 4) Назовите показания к госпитализации, методы анестезии при возможной операции.

Эталон ответа:

- 1). Ds: Остеоартроз правого тазобедренного сустава, обострение.
- 2). Тактика ведения данного пациента: амбулаторно.
- 3) Лечение: показано назначение НПВС (кроме индометацина), при выраженном болевом синдроме – трамадол и его комбинации с НПВС и парацетамолом; хондропротекторов (хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат – артра, терафлекс, структум, хондроксид). Физические упражнения лежачего положения, направленные на увеличение объема движений; ходьба, плавание. Необходима консультация ортопеда для решения вопроса об эндопротезировании тазобедренных суставов.

4) Показание к госпитализации: выраженный болевой синдром или необходимость хирургического вмешательства. Методы анестезии: спинальная, эпидуральная, ТВА, ингаляционный наркоз.

Вопросы к изучению

1. Болевой синдром. классификация. Принципы терапии.
2. Лечение острой и хронической боли. Нейропатическая и ноцицептивная боль.
3. Регионарная анестезия и лечение боли. Блокады.
4. Дисфункциональная боль. Психология боли.
5. Болевой синдром при онкопатологии. Лестница обезболивания ВОЗ.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность обучающихся по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине

В процессе самостоятельной работы обучающийся приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

2. Методические рекомендации для обучающихся по отдельным формам самостоятельной работы.

Правила самостоятельной работы с литературой.

Самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;

2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;

3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;

4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;

5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для обучающихся является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от обучающегося целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях обучающийся не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если обучающийся видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно обучающемуся рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у обучающегося возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах обучающийся должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, обучающийся ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене обучающийся демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом обучающихся познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у обучающегося должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).

- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.

- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для обучающегося работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если обучающийся самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.

- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему обучающемуся лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала обучающийся должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

3. Самостоятельная работа обучающихся по дисциплине

Тема «Терапия острой и хронической боли»

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

1. Механизмы развития болевого синдрома, сущности функциональных и морфологических процессов и их клинические проявления у пациентов различных возрастных групп;
2. Основы терапии острой и хронической боли различной этиологии.
3. Преимущества различных методик купирования острой и хронической боли.

Обучающийся должен уметь:

1. Проводить мероприятия по профилактике болевого синдрома и его осложнений.
2. Рационально использовать арсенал средств для купирования и профилактики болевого синдрома различной этиологии.
3. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения

Обучающийся должен владеть:

1. Методиками терапии острой и хронической боли и профилактики болевого синдрома различной этиологии.
2. Навыком анализа факторов, влияющих на интенсивность болевого синдрома и эффективность обезболивающей терапии.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 18 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Вопросы к изучению

1. Болевой синдром. классификация. Принципы терапии.
2. Лечение острой и хронической боли. Нейропатическая и ноцицептивная боль.
3. Регионарная анестезия и лечение боли. Блокады.
4. Дисфункциональная боль. Психология боли.
5. Болевой синдром при онкопатологии. Лестница обезболивания ВОЗ.