

психической коррекции и психотерапии в таких случаях повышает эффективность реабилитационной программы.

Различают 4 группы психических расстройств. Первая группа- это психические нарушения как реакция на сам факт заболевания, госпитализацию и связанный с этим отрыв от семьи, привычной обстановки. Вторую группу составляют нарушения, которые являются составной частью клинической картины заболевания. Третью группу психических расстройств составляют психопатические нарушения, которые наблюдаются чаще при длительных заболеваниях и проявляются в заострении личностных особенностей и реакций. Четвертая группа –психические расстройства при соматических заболеваниях. Включение в программу реабилитации таких методов психической саморегуляции как: 1. Бодинамика- метод который заключается в воздействии на психику через тело. Все мышцы тела человека связаны с его психическим развитием. Заключается в определении функции, которую необходимо развить, составлении индивидуальной мышечной карты. Оценивается степень развития мышц с последующим действием, направленным на «обучение» мышц, для получения нового ресурса, способности. 2. Танцевально-двигательная терапия - процесс выполнений индивидом ряда упражнений, которые могут снизить нервную активность и сократительное напряжение поперечнополосатой скелетной мускулатуры. Позволяет работать с мышечными паттернами и концентрируется на взаимоотношении между психологическими и физиологическими процессами, помогает пациентам пережить, распознать и выразить свои чувства и конфликты. Базируется на определении того, что тело и психика одно целое. 3. Арт-терапия – основывается на искусстве и творчестве. Происходит воздействие на психоэмоциональное состояние пациента для установления с ним контакта, облегчить процесс лечения, развить самоконтроль и повысить самооценку. Показывает высокую эффективность при стрессе и депрессии вызванными различными заболеваниями. 4. Метод Моше Фельденкрайза. Телесно-ориентированная психотерапия, направлена на изменение привычных движений. В результате занятий по данному методу достигается повышение уровня сенсорной чувствительности, развивается способность сохранять спокойствие и сосредоточенное внимание, увеличивается гибкость и подвижность. 5. Произвольная регуляция дыхания (медитативные упражнения)- процесс, посредством которого пациент сознательно контролирует число дыхательных движений. Цель - заставить пациента произвольно изменить привычный ритм своего дыхания, чтобы вызвать состояние большей релаксации. 6. Вербальное самовнушение - позволяет посредством сеансом самовнушения (без гипноза) подавить вредные психические представления.

Все эти методы дают возможность поставить физическую реабилитацию на новый уровень развития и увеличить в несколько раз эффективность проведения мероприятий по восстановлению состояния пациента и его психики.

Тесленко А.С., Гардашова Д.Н.
ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека
Научный руководитель: асс. Карпьяк Т.Ф.

Тазобедренный сустав является одним из самых крупных суставов нашего тела. Он является основным опорным суставом и несет значительную нагрузку при ходьбе,

беги, переносе тяжестей. Форму тазобедренного сустава можно представить в виде шара, расположенного в глубоком гнезде округлой формы.

Суставная впадина тазобедренного сустава образована тазовой костью и называется вертлужной впадиной. В ней находится головка бедренной кости, которая связана с телом бедренной кости при помощи шейки. Несколько ниже шейки бедра находятся костные возвышения, называемые большим и малым вертелами. К ним прикрепляются мощные мышцы. Вокруг сустава есть суставная капсула, которая содержит связки, укрепляющие тазобедренный сустав. С одной стороны эти мощные связки прикрепляются одним концом к тазовой, а другим концом - к бедренной кости. Еще одна мощная связка связывает головку бедренной кости с дном вертлужной впадины. Тазобедренный сустав прикрыт мышцами ягодичной области сзади и мышцами передней группы бедра спереди. Головка бедренной кости, расположенная в ацетабулярной впадине, покрыта суставным хрящом.

При переломе шейки бедренной кости повреждается не только кость, но и разрываются сосуды, и костный отломок (головка и часть шейки бедренной кости), лишенный кровоснабжения, может рассосаться, постепенно исчезнуть. Такое состояние называют остеонекрозом или аваскулярным некрозом головки и шейки бедренной. Кроме того, лишенный кровоснабжения костный отломок головки и шейки бедренной кости может не прирасти, может возникнуть такое состояние как несращение перелома. Переломы шейки бедренной кости – это серьезная медицинская проблема. Связано это с ее высокой частотой. Статистика показывает, что переломы шейки бедра составляют 6% от всех переломов. Существует три вида переломов шейки бедренной кости: переломы в областях шейки, головки и большого вертела. Отличаются они друг от друга степенью тяжести. Если плоскость перелома проходит выше прикрепления капсулы тазобедренного сустава к бедру, переломы называются медиальными или срединными. Медиальные переломы шейки бедра - внутрисуставные. Линия медиального перелома может проходить вблизи перехода шейки в головку бедра, или через шейку.

Если плоскость перелома проходит ниже прикрепления капсулы сустава к шейке бедра, перелом называется латеральным (боковым), или вертельным. Все боковые переломы внесуставные.

Тиханський Д.С.

ДИНАМІКА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПЕРШИХ РОКІВ НАВЧАННЯ В УНІВЕРСИТЕТІ

Харківський національний медичний університет, кафедра фізіології

Науковий керівник – асистент кафедри фізіології Сокол О.М.

В умовах інноваційного реформування існуючої системи вищої освіти і підвищення вимог до професійної компетентності фахівця актуальними є дослідження механізмів формування адаптації до тривалої дії інформаційного стресу та розробка підґрунтя профілактичних заходів запобігання порушень здоров'я студентів.

Виходячи з цього метою проведення дослідницької роботи стало вивчення загальної неспецифічної стійкості організму молодій людині за показниками вегетативної нервової регуляції в умовах психоемоційного напруження. Дослідження було проведено на студентах-юнаках загальної фізичної групи І-ІІІ курсів ХНМУ в умовах навчального процесу, який імітував психоемоційне навантаження динамічного характеру.

Початкові етапи навчання характеризувалися формуванням неспецифічної емоційної напруги, яка проявлялася практично у всіх студентів і активувала формування специфічних адаптаційних реакцій. Після 2-го і 3-го семестру навчання