Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Читинская Государственная Медицинская Академия

федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Кафедра травматологической реанимации

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Тема: Переломы лодыжек

Чита - 2009 г

ПЛАН

I. Введение. Классификация. Переломы лодыжек (анатомические особенности голеностопного сустава). Диагностика. Переломы лодыжек без смещения. Изолированный перелом наружной лодыжки со смещением. Изолированные переломы внутренней лодыжки со смещением. Переломы лодыжек со смещением отломков и подвывихов стопы. Переломы внутренней и наружной лодыжек с подвывихом стопы кнаружи. Перелом обеих лодыжек с подвывихом стопы кнутри. Перелом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости с подвывихом стопы кнаружи и кзади. Переломы обеих лодыжек и переднего края большеберцовой кости с подвывихом стопы в стороны и кпереди. Лечение

Вывод

Список литературы

I. Введение

Переломы лодыжек наблюдаются часто, особенно зимой при гололедице. У мужчин травмы встречаются в два раза чаще, чем у женщин.

О лечении травм конечностей известно из глубокой древности. Об этом свидетельствуют медицинские папирусы Эберса и Эдвина Смита, которые, как считают египтологи, были составлены по инициативе жреца-хирурга Имхотепа, жившего в эпоху так называемой третьей династии (более 2500 лет до н.э.). Для иммобилизации конечности при переломах применяли повязки, изготовленные из пальмовых листьев. Данные раскопок, проведенных на территории нашей страны, показали, что еще 2270 лет назад применяли не только консервативные методы лечения переломов, но и производили сложные операции. Так, при раскопках кургана Кара-Оба Кувского района Карагандинской области был обнаружен скелет человека, жившего в III веке до н. э. Кости левой голени по сравнению с правой укорочены, а отсутствующая часть их была замещена двумя трубчатыми костями, взятыми у животного. Хирургическое вмешательство было проведено с большим мастерством и без осложнений, о чем свидетельствовало надежное сращение костей.

Описанию переломов костей были посвящены трактаты Гиппократа (460 - 377 до н.э.). В них представлены методы вправления вывихов, а также специальные приспособления для лечения переломов вытяжением и устранения деформаций скелета бескровным методом. Цельс (начало н. э.) и Гален (131 - 206 н. э.) успешно занимались лечением деформаций конечностей.

Н.И. Пирогов впервые в 1852 году осуществил на практике наложение повязки, пропитанной жидким гипсом, при лечении открытого перелома, костей голени в военно-полевых условиях. Этот принцип явился основой современной гипсовой повязки. В военно-полевых условиях гипсовая повязка была применена в 1854 году учениками Н.И. Пирогова - М.П. Дземешкевичем и Ф.С. Кияковским.

Травмами называют открытые и закрытые повреждения органов или тканей в результате воздействия физического, химического или специфического факторов. Термин «травма» - понятие более конкретное, объясняющее причину и характер повреждения.

Различают травматизм производственный и бытовой. В свою очередь, производственный травматизм подразделяют на промышленный и сельскохозяйственный. Бытовой травматизм не связан с производственной деятельностью.

Особое значение имеет транспортный травматизм, возникающий как в процессе производственной деятельности, так и в повседневной жизни населения.

Травматизм - совокупность повреждений у людей определенной группы за определенный промежуток времени.

Перелом - полное нарушение целости кости, вызванное внешним насилием, превышающим пределы ее прочности.

Неполное нарушение целости кости происходит в результате трещины, надлома, дырчатого и краевого перелома. Одним из видов полного перелома является вколоченный перелом, когда один отломок внедряется в другой. Это наблюдается в области метаэпифизов. У детей могут быть поднадкостничные переломы, отломки в этом случае удерживаются надкостничным футляром, а также эпифизеолиз - разъединение отломков на месте ростковой зоны.

Различают переломы травматические, вызванные внешним насилием и относящиеся к нормальной кости, и патологические, наступившие на месте измененной болезненным процессом костной ткани (опухоли, костная киста, истонченная кость в результате операции и др.).

В зависимости от наличия связи костной раны с внешней средой через поврежденные мягкие ткани и кожу переломы бывают открытые и закрытые.

Диагноз перелома определяют на основании анамнеза и постоянных признаков: 1) боль; 2) припухлость; 3) кровоизлияние; 4) укорочение или деформация; 5) ненормальная подвижность; 6) крепитация; 7) нарушение функции конечности.

Переломы костей голени - наиболее часто встречающееся повреждение. Они возникают на различных уровнях, но чаще всего располагаются в нижней, затем в средней и реже в верхней трети. Чаще ломаются обе, реже одна из костей голени. Переломы верхнего и нижнего эпиметафиза почти всегда внутрисуставные.

голеностопный сустав перелом лодыжка

II. Классификация

Классификация переломов

|  |  |
| --- | --- |
| Механизм травмы | Локализация перелома, разрывы связок |
| Непрямой механизм |
| 1. Пронационный (абдукционный) | а) поперечный перелом внутренней лодыжки (разрыв дельтовидной связки) б) поперечный перелом малоберцовой кости в нижней трети и внутренней лодыжки (разрыв дельтовидной связки) в) поперечный перелом малоберцовой кости в нижней трети и внутренней лодыжки (разрыв дельтовидной связки), разрыв межберцовых связок и подвывих стопы кнаружи г) те же повреждения, сочетающиеся с переломом заднего края большеберцовой кости, иногда вывихом стопы кзади |
| 2. Супинационный (аддукционный) | а) поперечный перелом наружной лодыжки на уровне суставной щели б) поперечный перелом наружной и косой перелом внутренней лодыжки в) те же повреждения, сочетающиеся с переломом заднего края большеберцовой кости |
| 3. Ротационный | а) винтообразный перелом наружной лодыжки б) винтообразный перелом наружной и внутренней лодыжек в) тот же перелом, сочетающийся с переломом заднего края большеберцовой кости |
| Прямой механизм |
| Непосредственный удар по лодыжкам | Раздробление нижнего эпифиза большеберцовой кости и лодыжек |

III. Переломы лодыжек (анатомические особенности голено-стопного сустава)

Переломы лодыжек встречаются весьма часто, что связано с анатомическими особенностями голено-стопного сустава.

Голеностопный сустав образован большой и малой берцовой и таранной костями. Первые две создают как бы вилку, в которой размещается таранная кость. В связи с тем, что при ходьбе и стоянии этот сустав выдерживает большую нагрузку, все кости должны прочно удерживаться в нормальных соотношениях, что достигается с помощью мощных связок голено-стопного сустава. К ним относятся очень крепкая связка, соединяющая проксимальные концы берцовых костей и удерживающая их в тесном контакте (lig. maleobis lateralis anferius et posterius), с внутренней стороны - дельтовидная связка, идущая от внутренней лодыжки к пяточной, кости, и короткие, но мощные связки, идущие от внутренней лодыжки к таранной кости (lig. talofibuli anfirius et posterius), с наружной стороны располагаются lig. falofibilare anterius et posterius и lig. calcaneofibulare.

При повреждении области голено-стопного сустава могут нарушаться только связки, только кости, но чаще всего имеют место сочетанные повреждения костей и некоторых связок.

Переломы лодыжек возникают в основном при непрямой травме, причем важнейшее значение имеют боковые и ротационные движения. При повертывании стопы кнаружи или кнутри происходят чрезмерные, выходящие за пределы физиологической возможности движения, которые приводят к разрыву связок голено-стопного сустава или перелому костей. При подвертывании стопы, как правило, возникают и ротационные движения голени вокруг оси при фиксированной стопе.

Если в момент перелома лодыжек стопа находилась в эксинусном положении, то, помимо повреждения лодыжек, может быть перелом заднего отдела большеберцовой кости. При положении стопы в тыльной флексии может отломаться передний отдел дистальной части большеберцовой кости.

. Диагностика

Диагностика переломов лодыжек со смещением обычно не представляет трудностей, так как они сопровождаются весьма характерными признаками. Труднее распознать подобные повреждения без смещения, хотя при детальном клиническом обследовании их можно отличить от растяжения или изолированного разрыва связок.

В области голено-стопного сустава при переломах лодыжек всегда отмечаются выраженная припухлость и увеличение в объеме по сравнению со здоровой ногой. Иногда отек бывает значительным и занимает не только область перелома, но и всю стопу. При подвывихе или вывихе стопа смещена чаще кнаружи, а нередко одновременно кзади или кпереди.

При больших отеках кожа становится блестящей и напряженной, особенно над областью перелома большеберцовой кости. Вскоре после травмы вырисовывается кровоподтек.

Осторожная пальпация одним пальцем вызывает резкую болезненность в области перелома, даже если нет смещения. Переломы без смещения иногда диагностируют как растяжение и разрыв связок. Отличительной особенностью растяжений или разрывов связок является локализованная болезненность вокруг лодыжек, в то время как при переломах болезненность определяется при пальпации кости. Переломы лодыжек сопровождаются болезненностью активных и пассивных движений в голено-стопном суставе.

Несмотря на явные клинические признаки, рентгенограмма голено-стопного сустава в двух проекциях при переломах лодыжек обязательна, так как уточняет представление, характер и степень смещения. Кроме того, наличие рентгенограмм в момент вправления дает возможность иметь визуальное представление о переломе, что не только определяет методику вправления, но и облегчает ее осуществление.

V. Переломы лодыжек без смещения

Встречаются переломы только внутренней или наружной лодыжки или обеих вместе. Среди одиночных переломов лодыжек чаще имеют место переломы наружной. При изолированных переломах одной из лодыжек нередко ведущими симптомами могут быть отечность и локализованная болезненность при пальпации. Иногда даже рентгенологические данные ускользают от внимания врача, так как линия излома бывает еле заметной и может быть выявлена только под лупой. Однако спустя 7-10 дней, когда наступают явления остеопороза, щель между отломками хорошо видна. При наличии только клинических признаков без четких рентгенологических данных пострадавшего следует лечить как больного с переломом. Только если спустя 7 - 10 дней перелом на рентгенограмме не выявлен, этот диагноз может быть снят.

Переломы обеих лодыжек без смещения сопровождаются выраженной отечностью, гематомой и локализованной болезненностью. Активные сгибательные и разгибательные движения возможны, но вызывают болезненность. При попытке производить пассивные движения следует избегать боковых движений, чтобы не сместить отломанные лодыжки.

VI. Изолированный перелом наружной лодыжки со смещением

Встречается наиболее часто. Б.К. Бабич объясняет это двумя обстоятельствами. Первое, по его мнению, состоит в том, что наружная лодыжка длиннее внутренней и поэтому в большей степени ограничивает боковые движения стопы. Второе заключается в наличии в нормальных условиях относительно пронационного положения стопы, что является причиной более часто встречающегося пронационного механизма переломов. Но и при супинационном механизме наружная лодыжка чаще всего оказывается поврежденной, поэтому можно сказать, что почти при любом избыточном движении стопы в боковом направлении наружняя лодыжка подвержена перелому.

При подворачивании кнаружи (пронация и отведение) обычно имеет место более или менее выраженное разгибание стопы. В таких случаях человек падает в противоположную сторону, проделывая вращательное движение всем телом внутрь. Фиксированная стопа на мгновение оказывается в положении резкой наружной ротации. Вследствие этого передний отдел наружного края блока таранной кости упирается в наружную лодыжку.

Разгибание стопы приводит к тому, что передняя часть блока, более широкая, чем задняя, как бы вдавливается в вилку. Последняя испытывает стремление расшириться. Однако этому препятствуют очень крепкие связки межберцового сочленения, вследствие чего и происходит перелом лодыжки, на которую давит наружный, край блока таранной кости.

При подворачивании стопы внутрь (супинация и приведение) имеет место более или менее выраженное сгибание стопы. В таких случаях человек падает на бок, в сторону подвернувшейся стопы, проделывая вращательное движение туловищем в том же направлении. Иначе говоря, стопа на мгновение оказывается в положении резкой внутренней ротации. Вследствие этого задний отдел наружного края блока таранной кости упирается в наружную лодыжку и вызывает ее перелом.

Клинические признаки изолированного перелома наружной лодыжки со смещением выражаются в отечности и кровоизлиянии в области перелома, резкой болезненности при пальпации. Болезненность усиливается при попытках активных и пассивных движений. Стопа принимает несколько эквинусное положение. Несмотря на явные клинические признаки, рентгенограмма в двух проекциях является обязательной, она уточняет характер смещения лодыжки и помогает ориентироваться при репозиции отломков.

VII. Изолированные переломы внутренней лодыжки со смещением

Представляют значительно большие трудности, чем переломы наружной лодыжки. По механизму своего происхождения они могут быть супинационными или пронационными. Низкий изолированный перелом внутренней лодыжки наступает чаще вследствие резкой пронации с отведением стопы. Мощная дельтовидная связка выдерживает насилие, а кость ломается. Линия перелома обычно бывает горизонтальной с диастазом и смещением отломка лодыжки кпереди. Супинационный механизм приводит чаще к перелому внутренней лодыжки у самого основания с вертикальным расположением плоскости излома. Нередко отломанная лодыжка смещается кпереди с поворотом вокруг сагиттальной и фронтальной осей, образуя диастаз с углом, открытым кпереди и кнаружи. Смещение отломков внутренней лодыжки в значительной мере обусловливается действием сухожилий задней большеберцовой мышцы и длинного сгибателя I пальца, проходящих по задней поверхности лодыжки.

VIII. Переломы лодыжек со смещением отломков и подвывихом стопы

Эти повреждения являются наиболее сложными и часто встречающимися в области голено-стопного сустава. Пронационный механизм травмы сопровождается подвывихом стопы кнаружи. Супинационные переломы лодыжек с подвывихом стопы кнутри встречаются реже. При пронационных переломах страдают не только лодыжки. Как правило, разрывается дистальный межберцовый синдесмоз, что в значительной мере утяжеляет травму. Нередко пронационные переломы лодыжек сопровождаются отрывом клиновидного куска задненижнего края большеберцовой кости и смещением его вверх. При этом к подвывиху стопы кнаружи присоединяется подвывих таранной кости кзади. Переломы лодыжек с повреждением переднего края дистального эпифиза большеберцовой кости и подвывихом стопы в сторону и кпереди отмечаются значительно реже.

IX. Переломы внутренней и наружной лодыжек (или нижней трети малоберцовой кости) с подвывихом стопы кнаружи

Имеют достаточно характерные клинические признаки. В области голено-стопного сустава определяются значительный отек и деформация с выраженным вальгусным положением стопы. Движения стопой ограничены из-за болей. Ощупывание выявляет резкую болезненность в области лодыжек. Рентгенологически определяется перелом обеих лодыжек с подвывихом стопы кнаружи, причем наружная лодыжка нередко имеет оскольчатый перелом, а внутренняя вместе с таранной костью смещается в сторону голено-стопного сустава, образуя значительный диастаз и разворачиваясь по фронтальной оси под углом, открытым кпереди.

Смещение лодыжек и подвывих таранной кости могут быть весьма различны - от минимального до почти полного вывиха. Особо следует отметить перелом Дюпюитрена - перелом внутренней лодыжки и нижней трети малоберцовой кости с подвывихом стопы кнаружи. При этом виде травмы обязательно разрывается дистальный межберцовый синдесмоз.

X. Перелом обеих лодыжек с подвывихом стопы кнутри

Встречается сравнительно редко. Клинические признаки его подобны описанным выше с той лишь разницей, что стопа имеет вальгусную деформацию.

XI. Перелом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости с подвывихом стопы кнаружи и кзади

Так называемый перелом Десто - также возникает при типичном пронационном механизме травмы. Этот вид перелома лодыжек достаточно распространен. Как правило, больные с переломом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости с подвывихом стопы кнаружи и кзади подлежат стационарному лечению.

Клинические проявления перелома обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости с подвывихом стопы кнаружи и кзади достаточно типичны: голе но-стопный сустав отечен и деформирован. При осмотре видно смещение стопы кнаружи и кзади, она как бы укорочена. Движения в голено-стопном суставе резко ограничены и болезненны. Рентгенографически определяют характер и степень смещения отломков лодыжек, а также подвывих таранной кости.

XII. Переломы обеих лодыжек и переднего края больше-берцовой кости с подвывихом стопы в стороны и кпереди

Возникают значительно реже. Клинические проявления этого вида травмы аналогичны описанным выше, с той разницей, что внешне стопа имеет как бы удлиненный вид в связи со смещением ее кпереди.

XIII. Лечение

Пострадавших с переломом одной лодыжки лечат амбулаторно. В место повреждения вводят 20-30 мл 1 % раствора новокаина и через 10 мин приступают к репозиции. Больной лежит на спине, нога согнута в тазобедренном и коленном суставах до прямого угла. Сопоставление отломков выполняют движением стопы, обратным механизму травмы, под контролем и с помощью пальцев хирурга. Конечность иммобилизуют задней корытообразной лонгетой или циркулярной гипсовой повязкой от верхней трети голени до конца пальцев.

Объем иммобилизации при переломе лодыжки, как и при переломе лучевой кости в типичном месте, является исключением из общего правила, так как не захватывает вышележащий сустав.

Срок фиксации конечности при переломе наружной лодыжки 4 нед, при переломе внутренней - 6 нед. Трудоспособность восстанавливается при переломе наружной лодыжки через 5 - 6 нед, внутренней - через 8 нед.

Переломы двух лодыжек, также в сочетании с переломом переднего или заднего краев большеберцовой кости (каждый край расценивается как дополнительная лодыжка, отсюда старые наименования «трех-», «четырехлодыжечный перелом» и т.д.), с подвывихами и вывихами стопы, расхождением вилки берцовых костей должны рассматриваться как тяжелая травма голеностопного сустава. Больных в срочном порядке следует направить в стационар. После выписки пациенты проходят долечивание в амбулаторных условиях, и здесь врачи нередко допускают ошибку - сокращают срок иммобилизации.

Следует помнить, что независимо от способа лечения гипсовая иммобилизация должна продолжаться из расчета не менее 1 мес. на сломанную лодыжку, принимая передний и задний края большеберцовой кости за дополнительные лодыжки.

Все больные с переломами лодыжек подлежат госпитализации, за исключением лиц с однолодыжечными переломами без смещения отломков.

Консервативное лечение заключается в пункции голеностопного сустава и анестезии его 20-30 мл 1 % раствора новокаина. При отсутствии смещения отломков и нарушения конгруэнтности суставных поверхностей конечность иммобилизуют гипсовой повязкой. При двухлодыжечных переломах накладывают гипсовый «сапожок» от верхней трети голени до конца пальцев. При трехлодыжечных переломах циркулярная повязка должна быть наложена как минимум от средней трети бедра. Объем повязки определяется необходимостью обездвижить коленный сустав, исключить функцию трехглавой мышцы голени, влияющей на положение стопы и смещение отломков.

Сроки иммобилизации: при переломах Мальгеня (и ему подобных) - постоянно 8 нед, 2 - 4 нед съемной; при переломах Дюпюитрена - постоянно 8 нед, 2 - 4 нед съемной; трехлодыжеч-ные переломы - постоянно 10 - 12 нед. Трудоспособность восстанавливается соответственно через 9 - 11, 10 - 12 и 14 - 16 нед.

Наличие смещения отломков и разобщения суставных поверхностей является показанием к немедленному восстановлению правильных анатомических взаимоотношений. Обезболивание местное, реже общее. Положение больного лежа на спине. Поврежденную конечность сгибают в коленном и тазобедренном суставах до прямого угла. Бедро охватывают свернутой простыней для противотяги. Стопу смещают и ротируют кнутри, устанавливают в варусном положении. По окончанию репозиции на-кладывают боковую U-образную и заднюю гипсовые лонгеты. Выполняют рентгеноконтроль. В случае успеха повязку переводят в циркулярную. Через 4 - 5 нед гипсовую повязку заменяют и устраняют варусное положение стопы. Манипуляцию выполняют без обезболивания, осторожно, памятуя о возможности сместить отломки.

Трехлодыжечные переломы. Они отличаются от переломов Мальгеня и Дюпюитрена тем, что при них имеется нарушение целости переднего или заднего края большеберцовой кости с подвывихом (или вывихом) стопы не только кнутри или кнаружи, но и одновременно кпереди или кзади. Поэтому лечение начинают с устранения вывиха тягой по продольной оси конечности и перемещением стопы обратно механизму травмы.

Пальцами устраняют смещение лодыжек и края большеберцовой кости, а стопе придают следующее положение: если сломан задний край большеберцовой кости, стопу отклоняют к тылу на 10°, если сломан передний край - подошвенное сгибание на 15-20° от исходных на 90°. Гипсовая иммобилизация до средней трети бедра. Через 4 нед. стопу выводят в правильное положение и вновь фиксируют гипсовой повязкой. Сроки иммобилизации: постоянной 12 нед, съемной 4 - 6 нед. Трудоспособность восстанавливается через 16 - 18 нед.

Консервативное лечение может быть безуспешным при интерпозиции мягких тканей. Если репозиция или устранение вывиха не удались бескровным путем, следует перейти к оперативным методам лечения.

Наиболее часто при переломе лодыжек применяют остеосинтез малоберцовой кости штифтом Богданова и фиксацию внутренней лодыжки металлическим шурупом.

Рекомендуются физиотерапия, электрофорез новокаина, массаж, парафин, теплые ванны, новокаиновая блокада, лечебная гимнастика, ходьба с нагрузкой, витаминотерапия (В1, В12). По истечении нескольких месяцев, иногда даже года и более прекращаются боли, улучшается трофика, исчезает остеопороз и восстанавливается функция конечности.

Вывод

Во всех странах мира в настоящее время четко просматривается тенденция увеличения количества травм. Травматизм находится на втором месте среди причин временной нетрудоспособности и смертности, на третьем среди причин инвалидности и на четвертом - в структуре зарегистрированной заболеваемости. Оценивая потенциально активные, продуктивные годы жизни - «не дожитые годы», С.П.Ермаков и соавт. (1996) рассчитали показатель потерянных лет потенциальной жизни от травм. В России он составляет 4200 лет, что на 39% больше, чем от болезней системы кровообращения, так как большинство пациентов относится к молодому, наиболее трудоспособному возрасту.

Переломы лодыжек составляют 20-22% от всех повреждений костей скелета. Возникают в результате непосредственного удара в область лодыжек или же, что в подавляющем большинстве чаще, при механическом усилии, формирующем нехарактерные голеностопному составу движения с превышением его физиологических и механических возможностей: отведение и приведение, супинацию и пронацию, эверзию и инверзию (ротацию кнаружи и кнутри). Атипичные движения стопы могут совершаться при тыльном или подошвенном сгибании. Такая сложнейшая биомеханика травмы приводит к возникновению большого числа разновидностей переломов дистального конца голени и сопутствующих осложнений.

Почти на всех промышленных предприятиях имеются здравпункты - фельдшерские или врачебные, в зависимости от объема производства. Работа здравпунктов в области травматологии проводится в двух направлениях: участие в профилактике промышленного травматизма и правильная организация травматологической помощи пострадавшим.

Участие в профилактической работе облегчается тем, что каждый пострадавший обращается за помощью на здравпункт, благодаря чему медицинские работники сразу же узнают не только о характере повреждения, но и о причинах, которые способствовали его возникновению. Для того чтобы правильно понимать эти причины и в достаточной мере разбираться в обстоятельствах каждого несчастного случая, медицинские работники должны хорошо изучить характер производства и условия труда на нем. При оказании первой помощи необходимо выяснить причину травмы.

Основными направлениями в работе по предупреждению травмы является правильная организация производства, труда, соблюдение правил техники безопасности со стороны технического надзора и самих рабочих.

Весьма важное место в борьбе за снижение производственного травматизма принадлежит медицинским работникам и в первую очередь работникам здравпункта на предприятии. Борьба медицинского персонала здравпункта с травматизмом должна осуществляться по трем направлениям: 1) профилактика травматизма; 2) организация правильного оказания медицинской помощи с целью предупреждения осложнений после травмы; 3) учет травматизма.

Весьма важное значение в профилактике травматизма имеет пропаганда безопасных методов труда и санитарных знаний. Формы пропаганды многогранны и разнообразны. Она особенно эффективна, если основана на конкретных примерах, взятых из жизни данного предприятия. О каждом несчастном случае на производстве должны быть оповещены все рабочие. Медицинский работник здравпункта должен использовать для этого каждое собрание, сообщая об имевших место несчастных случаях и обстоятельствах, при которых они произошли.

Травматизм и его профилактика. Это сложнейшая и политическая и социальная проблема. Она уходит корнями в экономику и быт, производство и ритм жизни, транспорт и благоустройство городов и сел, и множество, множество других факторов и проблем.

По нашему глубокому убеждению, лучшей профилактикой любого травматизма являются высокий профессионализм, высокая общая и профессиональная культура, четкая организация труда и быта, сознательная дисциплина, знание законов и соблюдение правил и морали, т.е. речь идет об интеллекте - ум, разум, культура, мышление.

Нам, медицинским работникам, отвечающим за жизнь и здоровье граждан, надлежит поднять свой голос и подкрепить его личным примером и требованиями в деле повышения национального интеллекта.

Мы обязаны выполнять заповедь международного отца медицины Гиппократа, который считал: «Врач - философ - Бог. Философия - это и есть культура, философия - это и есть интеллект».

Список литературы

1. Дубров Я.Г. Пособие по травматологии. М., 2009 г.

. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. М., 2008 г.

. Котельников Г.П., Мирошниченко В.Ф. Травматология. М., 2004 г.

. Котельников Г.П., Краснов А.Ф., Мирошниченко В.Ф. Травматология. М., 2001 г.

. Ткаченко С.С. Военная травматология и ортопедия. СПб., 2009 г.

6. Шапошников Ю.Г., Маслов В.И. Военно-полевая хирургия. М., 1995 г.