Паспортная часть

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 18.04.1986 г.

Дата и время поступления: 16.04.13 время 11.40-12.00

Пол: женский

Гражданство: белорусское

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы и должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы пациента

Жалобы на боли в левом тазобедренном суставе, снижение опороспособности левой нижней конечности.

Анамнез настоящего заболевания

На протяжении нескольких лет болеет ревматоидным артритом с преимущественным поражением тазобедренных суставов. В 2010 году была произведена операция зндопротезирования правого тазобедренного сустава по поводу патологического перелома шейки бедра. Около месяца назад появились боли и ограничение движений в левом тазобедренном суставе. В плановом порядке была госпитализирована в травматологичесоке отделение ВОКБ.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: простудные, ОРВИ. Операции: аппендицит, варикозное расширение вен, ТЭТС (2010 год). Травмы: перелом шейки правого бедра в 2010 году. Наследственный анамнез не отягощен. Переливаний крови не проводилось. Аллергоанамнез не отягощен. Вредных привычек нет.

Объективный осмотр

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Состояние психики, настроение: спокойное.

Телосложение правильное. Кожный покров бледно-розовый, сыпи и зуда нет. Видимые слизистые без изменений. Лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Костно-мышечная и суставная системы: коксартроз 3 степени слева.

Пульс 78 ударов в минуту. АД: 120/80 мм рт ст. Границы сердца не расширены. Сердечные тоны ясные, ритмичные.

Частота дыханий 18 в минуту. Дыхание в легких везикулярноес обеих сторон, хрипов нет. Перкуторно звук ясный легочный.

Рвоты нет. Язык влажный, не обложен. Зев не гиперемирован. Печень не увеличена, безболезненна. Желчный пузырь не определяется, безболезненный. Перистальтика кишечника обычная. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации во всех отделах. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Стул ежедневный, частотой 2 раза в день, обычный, патологических примесей нет.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, расстройства мочеиспускания нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез достаточный.

Локальный статус

Положение пациента активное. Кожный покров бледно-розовый, отеков нет. Движения левого тазобедренного сустава ограничены, болезненны. Пальцы левой стопы теплые. Чувствительность сохранена. Тонус мышц в норме.

Предварительный диагноз

На основании жалоб ( на боли в левом тазобедренном суставе, снижение опороспособности левой нижней конечности ) , данных анамнеза заболевания (на протяжении нескольких лет болеет ревматоидным артритом с преимущественным поражением тазобедренных суставов. В 2010 году была произведена операция зндопротезирования правого тазобедренного сустава по поводу патологического перелома шейки бедра. Около месяца назад появились боли и ограничение движений в левом тазобедренном суставе) и объективного осмотра (положение пациента активное. Кожный покров бледно-розовый, отеков нет. Движения левого тазобедренного сустава ограничены, болезненны. Пальцы левой стопы теплые. Чувствительность сохранена. Тонус мышц в норме) можно поставить предварительный диагноз: Коксартроз слева. Состояние после ТЭТС справа.

Результаты рентгенологического, лабораторных и других методов исследования

28.03.13 Общий анализ крови:

Эр.: 4,15; Hb: 127; лейк.: 6,0; СОЭ: 32; пал.: 7; сегм.: 45; эоз.: 2; мон.: 8; лимф.: 38; тромб.: 350.

Результат: норма.

28.03.13 Общий анализ мочи:с/ж; кисл.; полн.; 1018; сахар и белок-отр.; эпит. 0-1; лейк. 2-3.

Результат: норма.

Биохимический анализ крови: СРП:16; ЦИК: 78; РФ: 72; мочевина: 4,7; креатинин: 0,05; глюкоза: 5,4; холестерин: 5,0; билирубин: 8,8; АЛАТ: 13; АСАТ:10.

Результат: повышено содержание СРП, ЦИК и РФ.

03.04.13 Анализ крови на RW,HBS ВИЧ: отрицательный.

17.04.13 Анализ крови на группу и резус-фактор: В(3) третья группа резус положительный.

17.04.13 Коагулограмма:

АЧТВ: 27

Тромбиновое время:17

Результат: норма

17.04.13 ЭКГ: Ритм синусовый, 69 в минуту, нормальное положение ЭОС.

18.03.13 Рентгенография левого тазобедренного сустава до операции:

Резкое, неравномерное сужение суставной щели тазобедренного сустава; субхондральный склероз; края вертлужной впадины и головка бедренной кости умеренно деформированы.Заключение: Коксартроз 3 степени слева.

Окончательный клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб ( на боли в левом тазобедренном суставе, снижение опороспособности левой нижней конечности ) , данных анамнеза заболевания (на протяжении нескольких лет болеет ревматоидным артритом с преимущественным поражением тазобедренных суставов. В 2010 году была произведена операция зндопротезирования правого тазобедренного сустава по поводу патологического перелома шейки бедра. Около месяца назад появились боли и ограничение движений в левом тазобедренном суставе) и объективного осмотра (положение пациента активное. Кожный покров бледно-розовый, отеков нет. Движения левого тазобедренного сустава ограничены, болезненны. Пальцы левой стопы теплые. Чувствительность сохранена. Тонус мышц в норме), данных рентгенологического и лабораторных методов исследования (18.03.13 Рентгенография левого тазобедренного сустава: Резкое, неравномерное сужение суставной щели тазобедренного сустава; субхондральный склероз; края вертлужной впадины и головка бедренной кости умеренно деформированы) можно поставить окончательный клиничесикй диагноз: Коксартроз 3 степени слева. Состояние после ТЭТС справа.

Лечение

Консервативное:

Направлено на уменьшение болевого синдрома, увеличение подвижности, сохранение функции мышц и замедление его прогрессирования. При этом необходимо учитывать возраст больного, общее его состояние, стадию заболевания и особенности его клинических проявлений. Лечение проводится, как правило, в поликлинических условиях.

1.Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенака, ортофена, индометацина) с целью купирования болевого синдрома, особенно это касается последней стадии коксартроза, на которой лечение уже не сможет обратить изменения сустава, а боль особенно интенсивна.

2.Назначение средств, обладающих сосудорасширяющим эффектом (никошпан, цинаризин) для снятия мышечного спазма вокруг сустава.

3.Применение препаратов, которые относятся к группе миорелаксантов (мидокалм), также имеет целью снятие мышечного спазма и улучшение кровенаполнения пораженного сустава.

4.Длительный прием препаратов из группы хондропротекторов (артепарон, хондроитина сульфат) для восстановления суставных хрящей.

5.Физиотерапевтические процедуры с целью улучшения функционирования сустава. Эффект достигается за счёт снижения выраженности воспалительных явлений в ткани тазобедренного сустава и улучшения его кровоснабжения. К таким процедурам относятся электро- и фонофорез лекарственных средств, криотерапия, лазеротерапия.

6. Мануальная терапия. Чаще всего пользуются двумя видами воздействий на сустав: мобилизацией и манипуляцией.

Мобилизация — это мягкое вытяжение тазобедренного сустава, разведение концов сочленяющихся друг с другом костей. Для проведения такого вытяжения специалист обычно захватывает конечность выше и ниже сустава и начинает как бы «расшатывать» кости относительно друг друга в нужных направлениях. При правильном воздействии сустав «освобождается», в нем частично восстанавливается движение, устраняется спазм мышц вокруг сустава. Все это приводит к тому, что суставные хрящи в какой-то степени «выводятся из-под удара», то есть давление на них уменьшается. Соответственно, хрящ получает определенную возможность к самовосстановлению.

Именно подобная многогранность лечебного воздействия составляет преимущество мобилизации. К недостаткам метода отнесем большие энергозатраты врача и необходимость частого и регулярного повторения процедур. При коксартрозе требуется проводить ежегодно до четырех циклов, состоящих из трех-четырех лечебных сеансов мобилизации, то есть за год пораженный коксартрозом сустав бывает необходимо подвергнуть 12—15 процедурам.

В отличие от мобилизации, манипуляция осуществляется одним резким и коротким движением и требует минимума напряжения от врача. Если манипуляция проведена своевременно и к месту, она сразу приносит пациенту облегчение, уменьшая боль и восстанавливая объем движения в суставе. Однако так происходит только в тех случаях, когда мы имеем дело не с запущенным коксартрозом, а с начальными проявлениями заболевания.

Противопоказана мануальная терапия при воспалительных ревматических заболеваниях (артритах), при онкологических поражениях суставов и при свежих травмах, особенно переломах. Очень осторожно и аккуратно нужно проводить манипуляции с теми больными, у которых существует повышенная хрупкость костей, например, при остеопорозе.

7. Аппаратная тракция обычно используется в терапии артрозов тазобедренных и коленных суставов для разведения суставных концов костей и уменьшения нагрузки на хрящевые поверхности.   
Процедура проводится на специальном столе. С помощью ремней пациента пристегивают к столу (фиксируют), после чего аппарат производит тягу больной ноги в продольном направлении (то есть вдоль оси тела). Процедура продолжается 15—20 минут, и за это время растягивается капсула сустава, а также получают отдых перегруженные участки хрящевой ткани.  
Курс тракционной терапии состоит из 10—12 процедур, проводимых ежедневно или через день в сочетании с массажем и другими лечебными мероприятиями. В год больной артрозом должен проходить два таких курса лечения.

8. Постизометрическая релаксация (ПИР). Постизометрическая релаксация, она же ПИР (вытяжение мышц и связок) — сравнительно новый метод лечения, который подразумевает активное взаимодействие пациента и врача. Больной не пассивен во время процедуры, он напрягает и расслабляет определенные мышцы. А врач в момент расслабления пациента проводит „растяжку“ его мышц, сухожилий и суставов.

При лечении коксартроза постизометрическая релаксация применяется для устранения болезненного спастического сокращения мышц и как процедура, предваряющая сеанс мануальной терапии или тракции сустава. Постизометрическая релаксация почти не имеет противопоказаний — конечно, если проводить ее грамотно, четко представляя себе анатомию задействованных в процедуре мышц и суставов, а также безопасный предел их растяжения.

При артрозе тазобедренного сустава почти всегда имеется болезненный спазм мышц ягодичной области. Чтобы устранить этот спазм и вызванную спазмом боль, врач предлагает пациенту лечь на живот, медленно сгибает его больную ногу в колене до угла 90° и начинает осторожно разворачивать согнутую ногу наружу. Это движение продолжается лишь до тех пор, пока больной не заявит о возникшей сильной боли в мышцах ноги или в суставе. Тогда его попросят слегка надавить согнутой ногой на руки врача, то есть оказывать некоторое сопротивление в течение 7—10 секунд, а затем расслабиться. В момент расслабления у врача появится возможность вновь немного продвинуться и развернуть ногу пациента еще чуть дальше, до появления новых болевых ощущений. И снова по просьбе врача больной окажет умеренное сопротивление, и повторится весь цикл. После 3—4 повторений его напряжение исчезает.

Курс лечения состоит в среднем из 6—10 процедур, проводимых через день, и добиться положительного результата удается примерно у 80% пациентов. Но для достижения нужного эффекта от врача требуются хорошее знание биомеханики мышц и наличие определенной интуиции. В то же время нежелательно останавливаться раньше достижения возможного предела, иначе не будет достигнуто и необходимое расслабление спазмированных мышц и не удастся высвободить сустав.

9.Применение мазей и компрессов в процессе лечения позволяет улучшить кровообращение и снять мышечные спазмы.

Также обязательным является прохождение курса массажа, занятия лечебной физкультурой.

В период обострения рекомендуется уменьшить вертикальные нагрузки, исключить бег, длительное пребывание на ногах.

Хирургичесоке лечение

Коксартроз 3 степени требует, как правило, хирургического лечения. Методы, которые может потребовать коксартроз тазобедренного сустава:

*Артродез тазобедренного сустава* – это один из вариантов возможного оперативного лечения деформирующего остеоартроза. Это хирургическое вмешательство, направленное на стабилизацию сустава путём обеспечения его неподвижности. Данную тактику выбирают в тех случаях, когда необходимо уменьшить выраженность болевого синдрома, а артропластика и эндопротезирование по каким-либо причинам не показаны.

Все методы артродеза можно объединить в четыре основные группы: внутрисуставные, внесуставные, комбинированные и компрессионные (открытые или закрытые). Наиболее удобные доступы к тазобедренному суставу это: внешний U-образный или передний подвздошно-бедренный.

В ходе операции после рассечения мягких тканей и вскрытия суставной полости хирург удаляет все некротические изменённые ткани, иссекает хрящевую прослойку головки и впадины вплоть до спонгиозного (губчатого) слоя. Освеженные сочленяющиеся поверхности костей соединяются между собой таким образом, чтобы впоследствии сделать возможным их надёжное сращение. Если же головка и основная часть шейки уже нежизнеспособны, их резецируют, а затем оголяют и подготавливают для сопоставления с бедром большой вертел.

По окончании хирургического вмешательства конечности придают положение 15° абдукции и 20° флексии, а затем иммобилизуют её в таком состоянии при помощи гипсовой повязки, охватывающей туловище, начиная от сосков и захватывая целиком прооперированную ногу и до колена здоровую.

*Реваскуляризирующая межвертельная остеотомия* проксимального отдела бедренной кости является малоинвазивной процедурой и осуществляется одномоментно с двух сторон. Функциональный метод, который положен в основу восстановительного периода, в стационарных условиях состоит из двух основных этапов и нуждается в базисной медикаментозной терапии. На протяжении всего времени, пока присутствует болевой синдром, назначаются нестероидные противовоспалительные средства, длительно принимаются хондропротекторы и препараты, направленные на улучшение периферического кровообращения и микроциркуляции.

Реабилитация после реваскуляризирующей остеотомии

Цель реабилитации в первые пять дней после хирургического вмешательства, это проведение мероприятий, направленных на ускорение заживления постоперационных ран и уменьшение интенсивности болевого синдрома.

В случае одномоментно проведенной двухсторонней остеотомии бедра постельный режим рекомендуется соблюдать в среднем до двух месяцев, а при односторонней разрешается ходьба с использованием костылей (обязательно без осевой нагрузки на прооперированную конечность!) ещё до истечения этого срока (в зависимости от конкретной клинической ситуации).

С самых первых дней назначается электротерапия. Активно-пассивная лечебная гимнастика, направленная в основном на расслабление околосуставных мышц, проводится с второго-третьего дня после операции под контролем инструктора. Он же обучает пациента ходьбе с помощью костылей, как по горизонтальной поверхности, так и вверх-вниз по лестнице.

Второй этап восстановительной программы (вторая-третья недели после хирургического вмешательства) преследует своей целью вернуть подвижность, поспособствовать реинтеграции нервно-мышечного управления и восстановлению локальной мышечной выносливости. По-прежнему продолжается электролечение, назначаются сеансы массажа, водные процедуры, осуществляется электростимуляция мышц. Физические упражнения проводятся с различными режимами мышечного сокращения.

Дальнейшее лечение больной продолжает в амбулаторных условиях. Последующие два месяца он, соблюдая все полученные ранее рекомендации по режиму, занимается на специальных тренажёрных аппаратах, способствующих улучшению силовых качеств прооперированной конечности, увеличению объёма движений в тазобедренном суставе и улучшению кровоснабжения.

По истечении трёх месяцев после проведения реваскуляризирующей остеотомии пациент получает возможность передвигаться самостоятельно, без использования дополнительных средств опоры. При этом он должен продолжать свои ранее начатые тренировки и под контролем врача получать медикаментозную терапию, направленную на восстановление повреждённых компонентов тазобедренного сустава.

*Артропластика* – операция, проводимая при запущенных стадиях артроза, при которых происходит разрушение сустав, и заключающаяся в моделировании новых суставных поверхностей. Между ними размещается специальная прокладка, призванная выполнять функции хряща. Прокладка изготавливается либо из искусственных материалов, либо из ткани пациента. Артропластика позволяет восстановить утраченные функции сустава.

Операция производится под общим наркозом. После разъединения мягких тканей, капсулу тазобедренного сустава сначала вскрывают, а затем отсекают.После этого головку бедренной кости вывихивают в рану. Если она сохранена, для создания прокладки между вновь сформированными суставными поверхностями с наружной стороны бедра берут фасцию и создают её дупликатуру либо используют аллопластические материалы, специальные колпачки, изготавливаемые из пластмассы или стали. После вправления головки в вертлужную впадину подшивают ранее отсеченные от большого вертела мышцы и послойно наглухо закрывают операционную рану. По окончании хирургического вмешательства конечность фиксируют гипсовой лонгетой, а в некоторых случаях накладывают на неё вытяжение с грузом. Через три недели постепенно начинают разработку движений.

При тяжёлых формах деформирующего коксартроза оперативное вмешательство, как правило, сводится к их резекции и углублению вертлужной впадины. Пациенту имплантируют эндопротез той или иной конструкции. После этого начинается долгий и ответственный процесс реабилитации.

На сегодняшний день артропластика – наиболее эффективный и перспективный оперативный подход. Она применяется не только для борьбы с деформирующим артрозом, но и для устранения других серьёзных патологий суставов.

Виды артропластики: с использованием чашечки; замена поверхности сустава; полная замена сустава( эндопротезирование).

Эндопротезирование может быть традиционным или малоинвазивным, первичным или ревизионным **(**первичная замена тазобедренного сустава осуществляется для возврата полноты его функции при заболеваниях и травмах, в то время как ревизионные операции направлены на устранение проблем, возникающих в процессе эксплуатации искусственного сустава.). Полную замену сустава или тотальную артропластику (эндопротезирование) сегодня можно назвать самым эффективным методом избавления человека от проблемы артроза. Во время эндопротезирования происходит установка специального эндопротеза, с помощью которого восстанавливаются функции сустава. Эндопротезы, которые на сегодняшний день используются в современной ортопедии, изготавливают из особых материалов, которые не только совместимы с тканями организма, но и могут служить в течение нескольких десятков лет.

Имеется несколько доступов к тазобедренному суставу. Каждый из них отличается техникой разреза. Разрез проводится в области сустава, он может быть дугообразным либо горизонтальным. Путем разреза и отодвигания мышц, окружающих область сустава, обнажается капсула сустава. Капсула и связки, образующие сустав, рассекаются, и сустав вывихивается в рану. Далее проводят резекцию сустава. При поражении вертлужной впадины ее заменяют пластическим протезом. Вместо резецированной головки бедренной кости укрепляют титановый протез. Далее рану зашивают и накладывают стерильную повязку.

Иногда во время операции применяется рентгеноскопия, то есть осмотр оперируемой и здоровой кости. Это сравнение дает возможность хирургу определить лучшее расположение кости для эффективной и стабильной установки имплантата. Сочетание рентгеноскопии во время операции с использованием специализированного стола позволяет хирургу получить лучший контроль над расположением ноги пациента.

Показания к эндопротезированию: дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава, артриты системного происхождения, посттравматические ложные суставы и дефекты шейки бедренной кости. Ограниченный срок службы эндопротезов, неизбежная перспектива ревизионных вмешательств требуют повышенного внимания к постановке показаний к тотальному эндопротезированию без необоснованного их расширения, особенно при назначении этой операции пациентам молодого возраста.  
Относительные противопоказания — мерцательная аритмия постоянной формы, сердечно-легочная недостаточность II Б — III степени, хроническая почечная недостаточность, гнойные процессы в области планируемой операции в анамнезе.  
Абсолютные противопоказания — воспалительные очаги как в области планируемой операции, так и в отдаленных участках организма, генерализованная инфекция; более тяжелые, чем указанные как относительные противопоказания, или острые нарушения функции внутренних органов.

Для данного пациента был выбран хирургический метод лечения в виде тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава, что, на мой взгляд, является оптимальным методом из-за наличия у пациента в анамнезе ревматоидного артрита обоих суставов в течении нескольких лет, патологического перелома шейки бедра справа в 2010 году и признаков дегенерации левого тазобедренного сустава, выявленных при рентгенологическом исследовании.

Ход операции

23.04.13 Операция: тОтальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава.

В асептических условиях переднее-наружным доступом обнажен левый т/б сустав, рассечена капсула, пересечена шейка, удалена головка бедренной кости. Вертлужная впадина разведена до диаметра 48. Установлена чашка пресс-фит диаметром 48 с вкладышем. Обработано бедро, установлена ножка № 2, головка L. Вправление. Rg-контроль. Гемостаз, промывание раны по ходу операции, активный дренаж. Послойное ушивание раны. Асептическая спиртовая повязка.

Консервативная терапия

Режим палатный;

Промедол 2%- 1 мл в/м 4 р/день; кеторолак 2 мл в/м 2 р/день; Омез 2о мг перорально 2 р/день; цефепим 2мл в/в 2 р/день; Амикацин 1 мл в 400 мл NaCl в/в 1 р/день; Фрагмин 6000 ЕД н/н; р-р глюкозы 10% -400 мл + KCl 4 % + MgSO4 25% + 10 ед.инсулина в/в кап.; р-р Реополиглюкина 400 мл + физ.р-р 0,9% 400 мл в/в кап.

Дневники наблюдений

19.04.13

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на боли в области левого тазобедренного сустава.

Кожный покров бледно-розовый.Видимые слизистые без изменений. Л/у не увеличены. В легких дыхание везикулярное, ЧД 16 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, ЧСС 74 в минуту, АД 120/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Локальный статус: Отека левой нижней конечности нет. Движения в суставе ограничены, болезненны. Неврологических и сосудистых расстройств нет.

25.04.13: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Жалобы на боли в области после операционной раны.

Кожный покров бледно-розовый, видимые слизистые без изменений. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Локальный статус: Повязка сухая. Отека левого бедра нет. Движения и чувствительность пальцев стопы сохранены.

Перевязка. Удаление дренажа. Швы лежат хорошо. Туалет раны, асептическая повязка.

Эпикриз

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1986 г.р. поступила в трамматологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_ 18.04.13 с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе, снижение опороспособности левой нижней конечности. На протяжении нескольких лет болеет ревматоидным артритом с преимущественным поражением тазобедренных суставов. В 2010 году была произведена операция зндопротезирования правого тазобедренного сустава по поводу патологического перелома шейки бедра. Жалобы появились около месяца назад. Был проведен объективный осмотр (движения левого тазобедренного сустава ограничены, болезненны; пальцы левой стопы теплые; чувствительность сохранена; тонус мышц в норме), лабораторные и рентгенологическое исследования (резкое, неравномерное сужение суставной щели тазобедренного сустава; субхондральный склероз; края вертлужной впадины и головка бедренной кости умеренно деформированы) на основании которых был поставлен диагноз: коксартроз 3 степени слева. Состояние после ТЭТС справа.

Было назначено хирургическое лечение в виде тотального эндопротезирования левого т/б сустава, после которого состояние пациентки значительно улучшилось. На момент окончания курации пациентка продолжает лечение в стационаре.

Пациентке показана ранняя нагрузка на повреждённую конечность, для улучшения

кровоснабжения бедра, профилактики остеопороза, атрофии мышц; ЛФК, назначение антибактериальной терапии для предотвращения инфицирования сустава, использовать вспомогательные средства для передвижения в течении трех месяцев, контрольный снимок - через 3 месяца, полгода и через год.

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

После прекращения иммобилизации больному **рекомендовано:**

1. ЛФК с целью улучшения движений в тазобедренном суставе, профилактики остеопороза, укрепления мышц;
2. избегать чрезмерных нагрузок на левое бедро;
3. В первые три месяца после операции следует использовать вспомогательные средства.
4. Запрещается: двигать оперированной ногой вовнутрь, скрещивать ноги, поворачивать оперированную ногу наружу, сгибать тазобедренный сустав более чем на 90**°**- это соответствует прямому углу между туловищем и ногой (это означает не нагибаться).
5. Для предупреждения заражения искусственного сустава, до и после, например, цистоскопического обследования или лечения корня зуба, при инфекционных заболеваниях, необходима кратковременная терапия антибиотиками. При гнойных воспалениях, таких как вросшие ногти, абсцессы или воспаление носовых пазух очень важно своевременно начать лечение антибиотиками.
6. Первое время лежать на спине, между ногами класть подушку, так что бы ноги были всегда врозь, коленная чашечка смотрела прямо в потолок.
7. Примерно через 4 недели после операции, рекомендуется, аккуратно  ложиться на оперированную сторону, примерно через 6 недель поворачиваться на здоровую сторону.
8. Одевать сначала оперированную ногу, при раздевании сначала     снимать одежду со здоровой ноги.
9. наблюдение у травматолога по месту жительства.

Литература

1. Никольский М.А. Схема написания истории болезни по травматологии и ортопедии студентами 5-го курса лечебного факультета., Витебск, 1985. С. 3-11.
2. Юмашев Г.С., Горшков С.З., Силин Л.Л. Травматология и ортопедия. М.: Медицина, 1979. С. 301-314.
3. Юмашев Г.С., Епифанов В.А. Оперативная травматология и реабилитация больных с повреждением опорно-двигательного аппарата. М.: Медицина, 1983. С. 237-247.
4. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. М.: Медицина, 1979. С. 421-437.