

**В этой памятке
вам предлагается информация
об эндопротезировании
тазобедренного и коленного суставов**



Вопрос об эндопротезировании сустава встает в тех случаях, когда изношенный или поврежденный сустав причиняет боль, которую невозможно снять лекарствами, когда все возможные приемы консервативной терапии уже исчерпаны и неэффективны, когда сформировалась уверенность пациента, его семьи и врачей в необходимости операции. Эндопротезирование сустава может быть и самостоятельным единственно необходимым видом лечения, и составной частью комплексного лечения при системном поражении суставов (деформирующий остеоартроз, ревматоидный артрит...).

Цели эндопротезирования – уменьшение болевого синдрома, устранение контрактур, восстановление оси конечности, обеспечение опороспособности, улучшение качества жизни.

После операции болевые ощущения не исчезают полностью, так как после операции боли обусловлены операционной раной и сохраняются до 3–4 недель. Также в послеоперационном периоде боли могут быть связаны с возрастающей нагрузкой на отдельные группы мышц. В большинстве случаев через 1 месяц после операции устраняются сильные продолжительные боли. Потребность в обезболивающих средствах может уйти уже в первые недели после операции. Пока не заживут глубокие ткани в бедре, может ощущаться дискомфорт и некоторая тугоподвижность. В течение 1–2 месяцев происходит рассасывание шовного материала (нитей). В течение первого года после операции может возникать боль в суставе при вставании и начале ходьбы, после длительного сидения на одном месте; после 10–20 шагов дискомфорт уходит.

Следует понимать, что эндопротезы не являются такими же прочными, надежными, долговечными, как естественные здоровые ткани и кости. Все подобные устройства подвержены износу, рассчитаны на определенное количество движений, со временем требуют замены, невозможно определить точный период службы искусственного сустава. Осложнения и/или несостоятельность имплантатов чаще возникают у пациентов с нереалистическими функциональными ожиданиями, пациентов с лишним весом или избыточной физической активностью, или не соблюдающих рекомендации по реабилитации. Чем больше физическая активность, тем быстрее изнашивается и расшатывается эндопротез. В благоприятных ситуациях эндопротез нормально прослужит 15–20 и более лет. По статистике ≥ 70 % эндопротезов служат не менее 10 лет, а 50 % сохраняются более 15 лет. После износа эндопротеза пациенту предстоит повторная операция по его замене, если не будет инфекции в области хирургического вмешательства.

Что такое эндопротез?

Эндопротез тазобедренного сустава полностью заменяет верхнюю часть бедренной кости (эпифиз) и вертлужную впадину таза. Бедренный компонент эндопротеза тазобедренного сустава состоит из стержня (ножки), который закрепляется в бедренной кости, и съемного подвижного шара (головки). Ацетабулярный компонент (имплантат вертлужной впадины таза) представляет собой полусферическую чашу с впадиной для сопряжения с головкой эндопротеза. Металлическая или керамическая головка соответствует размеру ацетабулярного компонента, движется внутри сферического вкладыша тазового компонента. Вкладыш может быть выполнен из керамики или пластика (полиэтилена).

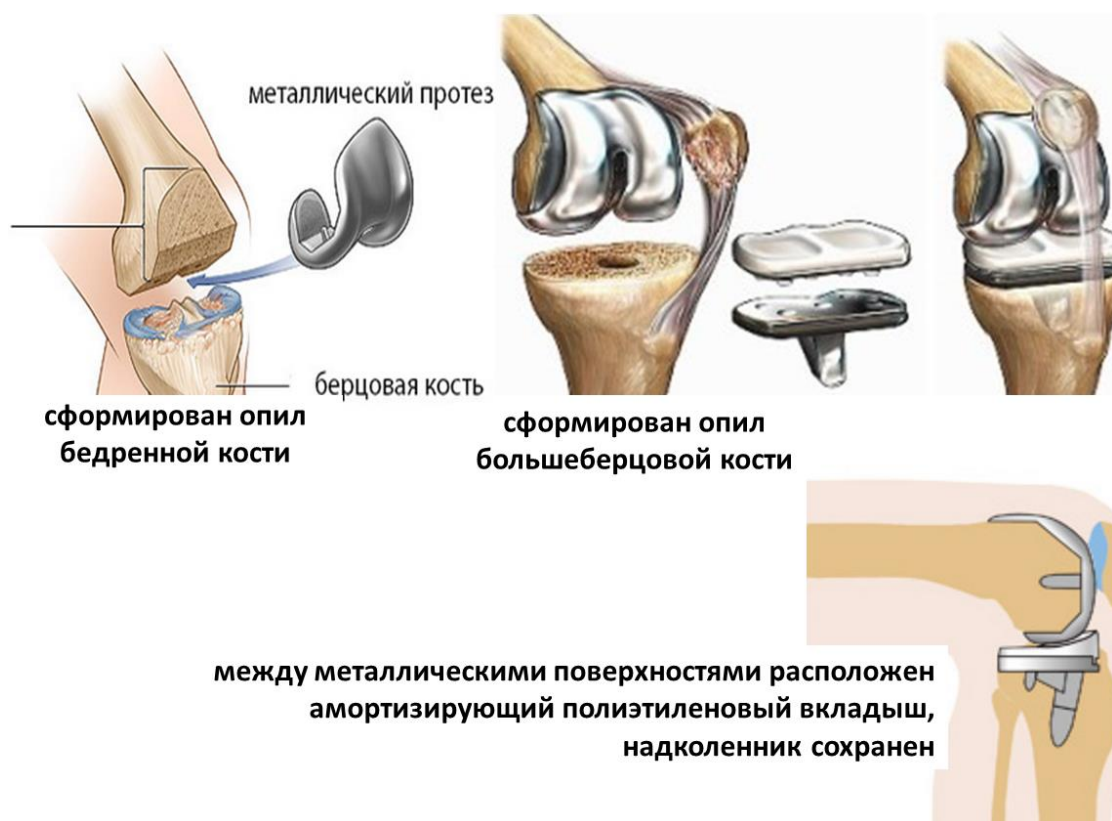
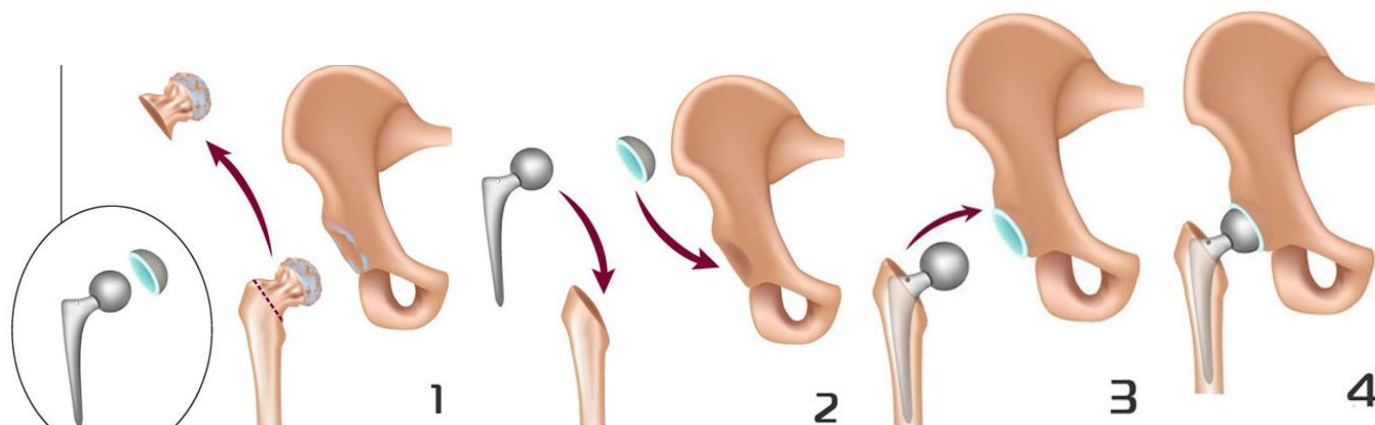
Традиционно используется два вида крепления компонентов эндопротеза к кости – цементный и бесцементный. Выбор бедренного и тазового компонентов эндопротеза для каждого пациента индивидуален и зависит от возраста и анатомо-физиологических особенностей (формы проксимального отдела бедренной кости). Способ фиксации определяется хирургом по специальной методике, в основном врач ориентируется на данные денситометрии (выраженность остеопороза). Заранее стоит обсудить с врачом, насколько предлагаемый эндопротез и способ его крепления соответствуют привычному образу жизни, роду занятий, активности, темпераменту пациента.



Эндопротез коленного сустава полностью заменяет верхнюю часть большеберцовой кости и нижнюю часть бедренной кости. Способ крепления эндопротеза – цементный или бесцементный. Выбор эндопротеза и способа крепления для каждого пациента индивидуален и зависит от возраста и анатомо-физиологических особенностей.



Схематичное представление об эндопротезировании коленного и тазобедренного суставов



Эндопротезирование показано:

- при деформации суставных поверхностей (коксартроз или гонартроз III ст. различной этиологии – деформирующий остеоартроз, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева...) с существенными ограничениями движения при наличии выраженного болевого синдрома;
- при переломе или ложном суставе шейки бедренной кости;
- при асептическом некрозе головки бедренной кости;
- при врожденной патологии развития тазобедренного сустава.

В большинстве случаев эндопротезирование – это плановое хирургическое вмешательство, поэтому его проведение согласовывается между пациентом, хирургом и возможностями медицинской организации.

Противопоказания к операции

Эндопротезирование сустава – тяжелое травматичное вмешательство, перед которым важно оценить состояние здоровья и те риски, которые могут осложнить лечение или даже сделать его невозможным. При определении показаний к операции должна быть достаточная уверенность пациента в необходимости операции (выраженные боли и ограничение движений). Противопоказаниями к операции могут стать:

- острые, в том числе инфекционные заболевания;
- активное воспаление или нарушение целостности кожных покровов в области хирургического вмешательства;
- некомпенсированные хронические заболевания внутренних органов;
- некомпенсированный или впервые выявленный (еще не леченый) сахарный диабет;
- выраженные нарушения свертываемости крови;
- наличие очагов хронической инфекции, гнойничковых заболеваний кожи, пролежней или перенесенный ранее сепсис;
- расстройства психики, в том числе хронический алкоголизм, наркомания, деменция;

- невозможность самостоятельного передвижения при помощи костылей или ходунков либо гемипарез на стороне планируемой операции;
- поливалентная аллергия (особенно при непереносимости украшений, бижутерии и пр.);
- острые и некомпенсированные заболевания сосудов нижних конечностей;
- значительное разрушение костной ткани, выраженный остеопороз в области оперируемого сустава, при которых фиксация протеза становится невозможной (это требует проведения специального предварительного лечения).

Некоторые факторы и заболевания, негативно влияющие на результат эндопротезирования при сравнении исходов операции у разных групп пациентов:

- повторные хирургические вмешательства в данной области;
- лишний вес;
- длительный прием гормональных, обезболивающих, противовоспалительных препаратов;
- злокачественные новообразования;
- очаги инфекции;
- скомпенсированные хронические заболевания, в том числе сахарный диабет;
- варикозная болезнь нижних конечностей и геморрой;
- эрозии и язвы желудка и кишечника;
- остеопороз;
- иммунодефицитные состояния (гепатиты, ВИЧ-инфекция, прием цитостатиков и др.);
- психические расстройства;
- курение, употребление алкоголя, наркомания;
- несоблюдение гигиены кожных покровов;
- индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов (антибиотиков, противовоспалительных и др.), металлов и других материалов.

Риски и последствия эндопротезирования

Во время операции и после нее не исключены последствия и осложнения, например:

- косметический дефект в месте разреза кожи;
- онемение кожи в области операционной раны;
- изменение длины прооперированной конечности, перекос таза;
- боли в поясничном отделе позвоночника, связанные с изменением стереотипа ходьбы, либо сохранение дооперационного патологического стереотипа ходьбы;
- вывих эндопротеза, устранить который может повторная операция;
- перелом кости в области эндопротеза, устраняемый во время операции с помощью дополнительных металлоконструкций;
- развитие инфекции в области операционной раны может привести к удалению эндопротеза, длительному лечению антибиотиками, замыканию сустава;
- остеомиелит с последующим удалением протеза и невозможностью его повторной установки;
- некроз краев раны;
- массивная кровопотеря;
- тромбоз/эмболические осложнения;
- невриты – повреждение седалищного нерва с нарушением чувствительности и движений в стопе, повреждение бедренного нерва с нарушением разгибания в коленном суставе, повреждение кожного нерва с нарушением чувствительности кожи;
- износ полиэтиленового вкладыша, разрушение, смещение и переломы компонентов эндопротеза;
- асептическая нестабильность эндопротеза;
- патологические костные разрастания (оссификаты) могут привести к операции по их удалению;
- сохранение боли в области сустава;
- развитие артрофиброза, если пациент «не работает над собой»;
- обострение хронических заболеваний, в том числе ранее не диагностированных.

Перед госпитализацией

При оформлении документов на госпитализацию пациенту предстоит пройти все требуемые обследования, возможно заранее сдать свою кровь для ее переливания во время операции.

Перед операцией пациенту следует:

- Обеспечить высокий уровень чистоты кожных покровов и ногтей. Не брить самостоятельно перед операцией кожу в области будущего разреза. Не допустить ранений при обработке ногтей на ногах.
- Обучиться ходьбе на костылях до операции. Укрепить мышцы, так как после операции потребуются дополнительная нагрузка на руки для передвижения на костылях и на некоторое время ограничится опора на прооперированную ногу.
- Вылечить острые, скомпенсировать хронические заболевания, в том числе очаги хронической инфекции, которые увеличивают возможность инфицирования зоны вживления протеза.
- Устранить все проблемы, связанные с зубами.
- Нормализовать вес. Лишний вес приводит к увеличению продолжительности операции, сложностям в установке эндопротеза, развитию инфекций в области операции. В 2 раза чаще возникает нестабильность эндопротеза. Ревизионные же операции требуются таким пациентам в 1,5 раза чаще и в более ранние сроки.

- Бросить курить, так как болезненное пристрастие не сможет быть удовлетворено в стенах стационара, что может привести к ухудшению самочувствия, обострению болезней дыхательных путей, появлению очага инфекции.
- За месяц до операции отказаться от употребления алкогольных напитков.
- Подготовить эластические компрессионные чулки, костыли, две трости, ранец или рюкзак, резиновые коврики для помещений со скользким полом и дна ванной, обувной рожок и банную мочалку с длинными ручками.
- Подобрать обувь на низком каблуке с хорошо фиксирующим задником, без шнурков и сложных застежек. Во всех помещениях иметь стулья и т.п. с высоким сиденьем (еще лучше с подлокотниками), обеспечить высокое спальное место за счет дополнительного матраца или удлинения ножек. Край постели должен быть со стороны прооперированной ноги.
- Убрать во всех помещениях шнуры и ковры, о которые можно запнуться. Прикрепить поручни для опоры на стенах туалета и ванной, установить высокое сиденье на унитаз. Разместить повседневно необходимые предметы таким образом, чтобы к ним не надо было наклоняться, тянуться, залезать на другие предметы мебели.
- Обеспечить достаточное освещение помещений, чтобы не возникла опасность падения в полумраке, обзавестись лампами ночного освещения.
- Договориться с близкими людьми о помощи в течение первого месяца (принятие ванны, приготовление пищи, стирка, посещение магазинов...).
- Принять к сведению, что управлять автомобилем можно будет не ранее чем через 1–2 месяца после операции.
- Если пациент постоянно принимает лекарственные препараты, то ему до госпитализации надо проконсультироваться с лечащим врачом о продолжении или прерывании их приема в стационаре и ознакомить с этими рекомендациями врача стационара.
- За одну неделю до запланированной операции необходимо свести к минимуму прием противовоспалительных лекарств (диклофенак, ибупрофен, мелоксикам и т.п.), а за четыре дня до операции взять под строгий контроль прием препаратов, разжижающих кровь.

Пребывание в стационаре

1. При госпитализации рассматриваются данные всех обследований, анализируется общее состояние пациента, его реабилитационный потенциал. И на этом этапе некоторые пациенты получают отказ либо дата госпитализации переносится до выполнения определенных требований – например, до полной санации зубов, заживления язвы желудка, компенсации сахарного диабета, снижения веса. Перед операцией проводятся необходимые дообследования. Пациента осматривает врач-анестезиолог: он принимает решение о виде обезболивания и о том, какие лекарства можно принимать в день операции.

Вечером накануне операции нужно принять душ. Перед операцией нельзя пользоваться косметикой, покрывать ногти лаком. При необходимости непосредственно перед операцией медицинский работник сострижет волосы на коже в той зоне, где будет проводиться операция. Самостоятельно этим заниматься нельзя, так как малейшее повреждение кожи от бритвы или педикюра может стать препятствием для проведения операции.

Перед операцией нужно вынуть съемные протезы изо рта, снять часы и украшения. Нельзя пить, есть, курить, жевать жевательную резинку. Перед операцией вводятся препараты для снятия напряжения.

2. Операция может проводиться под общим обезболиванием или спинально-эпидуральной анестезией, когда пациент находится в бодрствующем состоянии, но нижняя часть тела нечувствительна к боли и ноги утрачивают двигательную способность. Иногда бывает необходимость переливания крови. На период от 8 до 24 часов после завершения операции пациента помещают в палату, где за ним наблюдают анестезиологи-реаниматологи. После операции на обе ноги пациенту надевают компрессионные чулки для профилактики тромбообразования. Кроме того, после операций на крупных суставах в связи с высоким риском тромбообразования назначаются новые оральные антикоагулянты. Продолжительность их приема рекомендована до 35 дней с момента последнего оперативного вмешательства. Для профилактики желудочно-кишечных осложнений, в том числе кровотечений, на весь период приема противовоспалительных препаратов назначается гастропротективная терапия (омепразол и пр.). Первое время для устранения боли пациенту вводят специальные обезболивающие препараты. Операция всегда сопровождается назначением антибиотиков, вид антибиотика и схема приема выбираются индивидуально.

3. После перевода в отделение пациента укладывают на кровать так, чтобы прооперированная нога была к свободному краю. Ноги должны лежать параллельно друг другу или разведены под углом 10–15°. Как правило, уже в день операции или на следующий день инструктор по лечебной физкультуре начинает заниматься с пациентом дыхательной гимнастикой и другими упражнениями. Вставать можно будет после разрешения лечащего врача. Кровати пациентов после эндопротезирования оборудованы специальными приспособлениями, за которые пациент может ухватиться руками, подтянуться, сесть. Каждый час нужно сидеть по 5–10 минут. Вставать и ходить рекомендуется по 3–4 раза в день. Первые 3–5 дней после операции спать нужно на спине. Через неделю пациенту могут быть разрешены повороты на живот и обратно на спину. При поворотах через здоровую ногу между ногами должна находиться подушка. При повороте через прооперированную ногу пациент подкладывает ладонь под оперированное бедро. Повороты на живот и спину выполняют до 3–10 раз в день. Уже в первые сутки после операции можно будет встать с постели в присутствии инструктора ЛФК. Далее можно осваивать ходьбу с опорой на костыли. Перед выпиской из стационара пациент должен уметь контролировать новый сустав, т.е. ложиться и вставать с постели, выполнять движения небольшой амплитуды, иметь навыки хождения по лестнице. В целом после операции следует, с одной стороны, обеспечить ограничение нагрузки в

протезированном суставе до заживления тканей вокруг эндопротеза, а с другой – восстановить силу мышц и нормальный объем движений в суставе.

С первого дня после операции назначаются физиотерапевтические процедуры для уменьшения болевого синдрома и отека в месте операционного доступа, для стимуляции мышц нижних конечностей и ягодичной области.

Своевременная активизация после операции, а также соблюдение сроков приема антикоагулянтов (**около 35 дней**) и ношение компрессионного белья (**до 4–12 недель**) предотвращают застой крови и образование тромбов в венах нижних конечностей. Оторвавшийся тромб может перекрыть артерию в любом органе и привести к тяжелым последствиям; тромб, оставшийся на месте, может инфицироваться с развитием тромбофлебита вплоть до сепсиса.

Первые дни и недели после операции следует особо тщательно следить за чистотой кожи, ногтей и ротовой полости. С 3–4-х суток после операции нужно принимать душ с обязательным мытьем области послеоперационного шва (при условии его косметического исполнения). Пользоваться мочалкой в области шва нельзя до его заживления – эту зону следует мыть намыленной рукой. В течение месяца после операции надо принимать ежедневный гигиенический душ, что благоприятно сказывается на заживлении раны; перед душем повязку с раны нужно снять. В выписном документе указывается наличие металлического имплантата. Этот документ может пригодиться для прохождения через металлодетектор (при авиаперелетах и пр.).

Как правильно начать двигаться?

С первых суток с пациентом начинает работать инструктор ЛФК. Костыли должны стоять у головного конца кровати. Перед тем как встать, следует сесть при помощи приспособлений: ноги при этом выпрямлены, под оперированную ногу подводится стопа здоровой ноги. Рука с прооперированной стороны опирается на край постели, рука со здоровой стороны держится за приспособление, таз с ногами одновременно поворачивают к краю постели и опускают ноги вниз. Затем, опираясь на руку с прооперированной стороны, встают на обе ноги с уклоном туловища в сторону оперированной ноги. Далее надо взять костыли и убедиться в уверенности нахождения в положении стоя. Укладывание происходит в обратном порядке. Пациент достаточно глубоко садится на кровать ближе к головному концу, делая легкий уклон в оперированную сторону. Костыли убираются в головной конец кровати, ноги выпрямляются, здоровая нога подводится под стопу прооперированной. Рука со стороны прооперированной ноги упирается на постель, рука со здоровой стороны держится за приспособление над кроватью, одновременно разворачиваются на кровать таз и ноги.

Важно правильно освоить технику ходьбы с костылями. В начале ходьбы выдвигают оба костыля вперед. Далее вровень или чуть дальше уровня костылей переносят оперированную ногу, затем дальше оперированной ставят здоровую ногу. Затем идет движение костылей и т.д. Важно во время ходьбы ноги ставить параллельно телу, делать равномерные маленькие неторопливые шаги, избегать «приставного» шага. Первые дни ходьба дозируется по самочувствию пациента, ограничивается появлением боли, чувства тяжести, отека после нагрузки; постепенно продолжительность прогулок увеличивается. Присаживаясь, вставая и при ходьбе необходимо следить за тем, чтобы стопа прооперированной ноги не поворачивалась наружу, не было перекреста ног. Через 5–10 дней после операции надо ориентироваться на 1–3 ежедневные прогулки продолжительностью до 30 минут. До выписки из стационара инструктор ЛФК обучает пациентов ходьбе по лестнице и упражнениям лечебной физкультуры. Также на начальном этапе можно пользоваться ходунками.

Приемы ходьбы по лестнице. Подъем по лестнице начинается со здоровой ноги, а спуск – с прооперированной.

Подъем по лестнице:

I вариант

1. Шаг вверх здоровой ногой.
2. Затем переставить прооперированную ногу.
3. Переставить на эту же ступеньку костыли.

II вариант

1. Шаг вверх здоровой ногой.
2. Затем переставить прооперированную ногу одновременно с костылями.

Спуск по лестнице:

1. Оба костыля поставить на нижестоящую ступеньку*.
2. Затем туда же переставить прооперированную ногу.
3. Переставить здоровую ногу.

* Вместо одного из костылей можно использовать перила. Костыли переключаются в одну руку.

Подъем по лестнице с перилами:

I вариант

1. Рука перемещается вверх по перилам.
2. Шаг вверх здоровой ногой.
3. Затем переставить прооперированную ногу.
4. Переставить на эту же ступеньку костыли.

II вариант

1. Рука перемещается вверх по перилам.
2. Шаг вверх здоровой ногой.
3. Затем переставить прооперированную ногу одновременно с костылями.

Спуск по лестнице с перилами:

1. Костыль или оба костыля в одной руке поставить на нижестоящую ступеньку.
2. Рука по перилам передвигается до уровня костыля.
3. Переставить вниз прооперированную ногу.
4. Переставить здоровую ногу.

Биомеханика искусственного сустава требует в дальнейшем избегать деятельности, связанной с длительным вертикальным положением, подъемом или ношением тяжестей, резких движений оперированной конечности. Спортивная активность, особенно со знакопеременными нагрузками (бег, прыжки, толчки, тяжести, повороты, наклоны), не рекомендована пациенту после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Для предотвращения вывиха и быстрого износа эндопротеза рекомендуется:

- не тянуться, лежа в постели, к предметам, находящимся в ногах;
- наклонять туловище вперед не более чем на 90° (прямой угол между бедром и туловищем);
- не перекрещивать ноги;
- не наклоняться в сторону неоперированной конечности, не «скручиваться»;
- не поворачивать прооперированную ногу носком стопы внутрь;
- равномерно распределять вес тела при посадке на стул/унитаз/постель;
- избегать длительного стояния на ногах;
- избавиться от приобретенного за время болезни стереотипа ходьбы – не хромать, не сутулиться;
- менять при сидении позы каждые 20–30 минут;
- носить устойчивую обувь с каблуком не более 4 см с простой застежкой и нескользкой подошвой;
- не сидеть в низком кресле, «нога на ногу», «на корточках», скрестив ноги, откинувшись назад;
- не передвигаться на четвереньках;
- не поворачиваться корпусом при фиксированных ногах – следует поворачиваться переступая ногами;
- избегать чрезмерной активности, падений, прыжков, бега, ношения тяжестей;
- не ложиться на дно ванной: мыться лучше под душем, стоя или сидя на специальном сиденье для ванны, использовать для мытья щетки (мочалки) с длинной ручкой;
- не допускать избыточного веса;
- пользоваться тростью для разгрузки сустава (при необходимости);
- пользоваться ранцем/рюкзаком для равномерного распределения нагрузки;
- возобновить половую жизнь не ранее чем через 2 недели после операции, избегая поз и движений, способствующих вывиху сустава;
- управлять автомобилем после появления уверенности в стереотипе движений, подкладывая подушку на сиденье и делая остановки с выходом из машины;
- изменить дачно-огородный стереотип, минимизировав садоводческие работы, так как это наклоны, приседания, «четвереньки» и «корточки», низенькие скамеечки, длительное пребывание в одной позе;
- из спортивных занятий оставить плавание, ходьбу, простые упражнения, рекомендованные врачом ЛФК;
- расширять ортопедический режим после консультации врача.

Следует обратиться к врачу при возникновении боли, «щелчков», отека, покраснения, повышения температуры в области операции, потере контроля за движениями прооперированной ноги, укорочении конечности.

В конструкции эндопротеза есть металл, поэтому нужно получить документ от производителя о возможности проведения МРТ.

Через 6 месяцев после операции следует сделать контрольные рентгенограммы прооперированного сустава в двух проекциях и пройти контрольный осмотр у оперировавшего врача. Курсы медицинской реабилитации, как правило, рекомендуются через 3, 6, 9 месяцев после операции.

Некоторые правила жизни с эндопротезом тазобедренного сустава

Первое время после операции определенные ограничения способствуют сращению рассеченных при операции мышц и связок, профилактике инфекционных осложнений. Для этого:

- Спать на здоровой стороне, пока не снизится риск вывиха, не появится уверенность в движениях, не нужно будет контролировать положение ноги во время сна, после чего появится возможность лежать на прооперированной стороне. На оперированной стороне можно спать тогда, когда это станет комфортно для самого пациента.
- Ходить после операции при помощи костылей с дозированной нагрузкой на оперированную конечность до 4–12 недель, совершать после выписки три ежедневные прогулки с постепенным увеличением их по расстоянию и времени до 20–30 минут. Далее ходить при помощи тростей/трости около 2–6 месяцев после ходьбы на костылях. В дальнейшем 2–3 раза в неделю совершать пешие получасовые прогулки без груза для поддержания хорошего мышечного тонуса. При сохранении после операции сформировавшегося за время болезни щадящего прихрамывания пациенту следует обратиться к специалисту по лечебной физкультуре, чтобы научиться контролировать ходьбу.
- Садиться в машину спиной вперед с выпрямленными наружу ногами; сиденье должно быть максимально смещено назад, приподнято за счет полумягкой подушки. После этого, опираясь на спинку сиденья, помогая себе руками и держа ноги вместе, поднять их и развернуть в машину, стараясь не нарушить угол 90° между туловищем и бедром (при необходимости здоровая нога подводится под оперированную для поддержки).
- В течение первых 3 месяцев не рекомендуется посещать баню или сауну, мыться в горячей ванне.
- Компрессионные чулки носятся до 35 дней – на время приема антикоагулянтов; при возникновении ощущений тяжести, усталости, отечности в ногах после нагрузки целесообразно продлить ношение.
- При лечении осложнений простудных заболеваний должны применяться антибиотики.
- Первые два года лечение зубов должно сопровождаться антибиотикопрофилактикой.

И в заключение еще раз следует обратить внимание на следующее:

- Эндопротез – это чужеродное для организма техническое изделие, он не восстанавливает, не делает сустав прежним, здоровым, а лишь заменяет собственные ткани и нужен для избавления от боли.
- Эндопротез изнашивается, и тем быстрее, чем больше нагрузка (лишний вес, избыточная подвижность, длительное нахождение в вертикальном положении).
- При резком движении тела или провоцирующем движении в тазобедренном суставе может произойти вывих эндопротеза.

Завершающие иллюстрации показывают основные «можно» и «нельзя» для пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава.

<u>НЕТ</u>	<u>ДА</u>
 <p>Высота от пола до плоскости сиденья менее 50 см</p>	
<p><u>Нельзя:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– совершать движения средней и большой амплитуды и резкие движения в позвоночнике, тазобедренных и коленных суставах;– поворачивать туловище вокруг оси при фиксированных ногах;– наклонять туловище вперед более чем на 90°;– наклоняться в сторону неоперированной конечности – «скручиваться», тянуться за отдаленными предметами, работать на «четвереньках»;– укладываться на низкие кровати/диваны;– сидеть на низких (ниже 50 см) неудобных сиденьях, сидеть в одной позе дольше 20–30 минут, скрещивать колени, сидеть «нога на ногу»;– длительно пребывать в вертикальном положении или в нефизиологической позе;– поднимать или носить тяжести;– в течение первых 3 месяцев посещать баню или сауну, мыться в горячей ванне;– расширять ортопедический режим без консультации врача.	<p><u>Можно</u> (следует):</p> <ul style="list-style-type: none">– избегать излишней физической активности;– отдавать предпочтение позам, близким к среднефизиологическому (комфортному, без напряжения) соотношению частей тела;– поворачиваться вокруг оси тела, переступая ногами;– выбирать достаточно высокие сиденья с опорой для спины и подлокотниками, дающими возможность комфортного вставания;– пользоваться ортопедическими (трости, стельки и т.д.) и бытовыми (поручни, накладки на унитаз, сумки-тележки и т.д.) приспособлениями для разгрузки сустава;– носить устойчивую обувь с низким каблуком;– контролировать массу тела;– соблюдать сроки ношения компрессионных чулок, приема антикоагулянтов и антибиотиков;– при простудных заболеваниях и лечении зубов применять антибиотики;– постепенно возвращаться к привычному образу жизни, в том числе к управлению автомобилем, после появления уверенности в стереотипе движений.