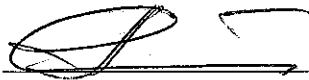


Согласовано:

Утверждаю:

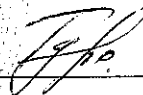
*Зам.* Председателя комитета здравоохранения  
Волгоградской области

А.И. Себелев



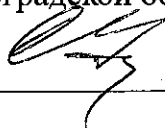
Главный внештатный специалист по  
спортивной медицине комитета  
здравоохранения Волгоградской области,  
главный врач ГБУЗ «Волгоградский  
областной клинический центр  
медицинской реабилитации»

О.А. Гуро



Главный внештатный специалист по  
медицинской реабилитации комитета  
здравоохранения Волгоградской области

С.Ю. Федорченко



Главный внештатный специалист  
невролог комитета здравоохранения  
Волгоградской области

Э.И. Иващенко



## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

медицинская реабилитация пациентов с острым нарушением мозгового  
кровообращения на амбулаторно-поликлиническом этапе



Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам с ОНМК, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения, (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

При направлении в реабилитационный центр пациент представляет направление, выписку из медицинской карты с указанием основного и сопутствующих заболеваний, результатов клинико-диагностических исследований, проведенного лечения, перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и целей проведения реабилитационных мероприятий.

Реабилитационный потенциал определяет врач-невролог.

Выделяют уровни реабилитационного потенциала: высокий, средний, низкий, крайне низкий

Медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия лечащего врача, врача-невролога с врачами-физиотерапевтами, врачами по лечебной физкультуре, врачами-рефлексотерапевтами, врачами мануальной терапии, врачами-психотерапевтами, медицинскими психологами, логопедами.

Лечащий врач проводит постоянное наблюдение за изменением состояния пациента и эффективностью проводимых реабилитационных мероприятий с соответствующей записью в медицинской карте; организует реализацию индивидуальной программы реабилитации пациента на основании заключения специалистов мультидисциплинарной реабилитационной бригады.

### **Показания к медицинской реабилитации больных ОНМК.**

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях (третий этап) показана пациентам перенесшим ОНМК, способных к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, с уровнем физических, умственных и психических способностей, соответствующих положительным прогнозам

восстановления функций (реабилитационный потенциал), имеющие не менее 8 баллов по шкале мобильности Ривермид, имеющих двигательные, чувствительные или речевые нарушения.

Длительность лечения определяется сроками восстановления нарушенных функций: максимальное улучшение двигательных функций отмечается в течение 6 месяцев, восстановление бытовых навыков и трудоспособности - в течение года, речевых функций - на протяжении 2-3 лет с момента развития инсульта.

**Общие противопоказания для проведения медицинской реабилитации:**

- Стойкая артериальная гипертензия, не поддающаяся медикаментозной терапии.
- Ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии покоя и изменениями на ЭКГ.
- Инфаркт миокарда давностью менее 1 года при наличии сердечной недостаточности или стенокардических приступов.
- Активная фаза ревматизма Недостаточность кровообращения II, III степени.
- Легочно-сердечная недостаточность II, III степени.
- Активный туберкулез.
- Выраженные психические нарушения.
- Частые эпилептические припадки.
- Острые воспалительные заболевания.
- Лихорадочные состояния.
- Венерические болезни.
- Злокачественные новообразования.
- Расстройства функции тазовых органов.

- Неэпителизированные ожоги.
- Несросшиеся переломы.
- Невправленные вывихи.
- Нестабильный остеосинтез.

Активное восстановительное лечение нельзя проводить на фоне прогрессивности заболевания, когда не остановлен процесс, вызвавший разрушение мозгового вещества.

#### **Задачи поликлинического этапа реабилитации:**

- поддержание достигнутого уровня физических возможностей пациента и их дальнейшее развитие,
- проведение мероприятий по вторичной профилактике заболевания с целью предотвращения его прогрессирования,
- определение степени утраты трудоспособности,
- трудоустройство,
- профессиональная переориентация.

#### **Основные направления программы реабилитации постинсультных больных:**

- медикаментозное лечение ОНМК и сопутствующих заболеваний;
- профилактика повторного инсульта и развития осложнений;
- восстановление двигательных нарушений (ЛФК, массаж);
- физиотерапевтическое лечение, рефлексотерапия;
- речевая реабилитация при различных типах афазии;
- медицинский и гигиенический уход за больными;
- психотерапевтическая коррекция и социальная поддержка;

#### **Принципы медицинской реабилитации ОНМК:**

- своевременность;
- индивидуальность;
- комплексность ;
- коллегиальность ;
- непрерывность и длительность ;
- преемственность .
- доступность ;

Эффективность комплексной медицинской реабилитации, её полноценность может быть достигнута только при активной позиции больного и его сознательном участии в восстановительных мероприятиях, вере в успех проводимой реабилитации.

### **Восстановление нарушенного двигательного акта. Кинезотерапия.**

Для оценки степени нарушения двигательных функций у больных, перенесших инсульт, можно использовать суммарную шкальную оценку, включающую следующие наиболее информативные критерии: сила мышц, степень мышечной спастичности, объём движений (А.Н. Белова, В.М. Трошин, 1986г.)

#### **Шкала оценки степени нарушения двигательной функции верхних конечностей**

Степень нарушения (баллы)	Проксимальный отдел (плечо)		Дистальный отдел (предплечье, кисть)			Тонус мышц (степень повышения)
	Объём движений, %	Мышечная сила	Объём движений	Мышечная сила	Дифференцированные движения пальцев	
0	0	Активных движений нет	0	0	отсутствуют	3
1-2	Менее 50	Проба Барре резко положительна	Нет полного схвата кисти	Менее 25	невозможны	2-3
3	50-100	Проба Барре слабо положительна	Полный схват кисти	25-75	Значительно затруднены (темп)	1-2

					движений снижен в 3-4 раза)	
4	100	Проба Барре отрицательна	То же	75-100	Не значительно затруднены (темп движений снижен в 1,5-2 раза)0-1	0-1
5	100	То же	То же	В пределах физиологической нормы (30-50 кг)	нормальные	0

**Шкала оценки степени нарушения двигательной функции нижних конечностей**

Степень нарушения (баллы)	Проксимальный отдел (бедро)		Дистальный отдел (голень, стопа)		Ходьба	Тонус мышц (степень повышения)
	Объём движений, %	Мышечная сила	Объём движений, %	Мышечная сила, %		
0	0	Активных движений нет	0	0	Невозможна	3
1-2	Менее 50	Проба Барре резко положительна	Менее 50	Менее 25	С посторонней помощью	2-3
3	50-100	Проба Барре слабо положительна	50-100	25-75	С опорой	1-2
4	100	Проба Барре отрицательна	100	75-100	С прихрамыванием	0-1
5	100	То же	100	100	Свободная	0

**Задачи ЛФК на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации:**

- повышение общего тонуса больного;
- предупреждение развития укорочения мышц и сохранение подвижности в суставах;
- восстановление объема, силы и качества движений;

- снижение ригидности мышц и уменьшение содружественных движений;
- восстановление правильной содружественной деятельности ослабленных и непораженных мышц;
- восстановление правильной осанки и нормального двигательного стереотипа;
- обучение жизненно необходимым бытовым и трудовым навыкам.

**Лечебная гимнастика** проводится малогрупповым и индивидуальным методом. В комплекс лечебной гимнастики включают:

- пассивные движения в суставах пораженных конечностей (с помощью методиста ЛФК и здоровой руки больного);
- активные упражнения с помощью методиста ЛФК и здоровой конечности больного;
- активные упражнения в облегченных условиях: в горизонтальной плоскости с исключением массы и трения конечности (скользящие плоскости, роликовые тележки, в водной среде и др.);
- элементарные активные упражнения для пораженных и здоровых конечностей и туловища;
- упражнения для развития дифференцированных движений в отдельных суставах пораженной конечности;
- упражнения в совершенствовании содружественных и противо-содружественных движений;
- упражнения, направленные на расслабление мышечных групп и снижение ригидности мышц;
- упражнения, направленные на дальнейшее совершенствование ходьбы

В занятиях следует сочетать специальные упражнения (для пораженных

конечностей) с общетонизирующими (общеукрепляющими).

Продолжительность процедуры лечебной гимнастики 20- 30 мин. На курс лечения назначается 10-15 процедур. Занятия проводятся 3 раза в неделю.

Увеличение физической нагрузки рекомендуется проводить постепенно. Допустимый уровень нагрузки контролируют по показателям ЧСС и АД:

$\text{ЧСС тренировки} = \text{ЧСС покоя} + 0,5 \cdot (\text{ЧСС пороговая} - \text{ЧСС покоя}).$

Активные движения в паретичных конечностях необходимо тренировать постепенно увеличивая нагрузку.

**Роботизированная механотерапия** проводится на аппарате активно-пассивной тренировки для верхних и нижних конечностей «Мотомед»

**Мотомед** - многофункциональный тренажер для реабилитации детей и взрослых с двигательными расстройствами.

#### **Основные режимы работы тренажера:**

1. Пассивная тренировка: мотор сам осуществляет движение ног или рук.
2. Активно-пассивная сервотренировка: этот режим дает возможность начать активную тренировку больным даже с очень низкими исходными данными.
3. Активная тренировка: пациент вращает педали за счет собственных усилий, преодолевая при этом силу сопротивления (нагрузку), которая плавно регулируется на пульте управления.
4. Режим опознавания спастики: мотомед автоматически распознает молниеносно наступившую спастическую нагрузку. Мотор мягко останавливается, с педалей снимается нагрузка.

За ходом тренировки можно наблюдать на мониторе, сняв показания-оценить результаты тренировки. Используя различные комплектации тренажера, можно осуществлять тренировку как нижних, так и верхних конечностей.

#### **Массаж.**

Курс массажа на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации



составляет 10-15 процедур, процедуры проводятся ежедневно и после перерыва на 1-2 месяца лечение массажем повторяется. Массаж включает шейно-воротниковую зону и паретичные конечности.

### **Физиотерапевтические методы лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения**

Физические методы лечения используют для восстановления ликвородинамики (противоотечные методы), реологических свойств крови (гипокоагулирующие методы), метаболизма нервной ткани (энзимостимулирующие методы), корковых функций (психостимулирующие методы), биоэлектrogenеза головного мозга (трофостимулирующие методы), предупреждения прогрессирования двигательных нарушений (нейростимулирующие методы).

Психостимулирующие методы: продолжительная аэротерапия, кислородные ванны, неселективная хромотерапия.

*Тонизирующий метод: лечебный массаж.*

*Трофостимулирующие методы: диадинамотерапия, амплипульстерапия, электростимуляция, местная дарсонвализация.*

*Нейростимулирующий метод: нейро-электростимуляция.*

*Энзимостимулирующие методы: инфракрасная лазеротерапия, трансцеребральная УВЧ-терапия.*

*Гипокоагулирующий метод: низкочастотная магнитотерапия.*

### **Психостимулирующие методы**

*Круглосуточная аэротерапия.* Возбуждение механорецепторов и термочувствительных структур кожи и слизистых оболочек верхних дыхательных путей прохладным воздухом приводит к увеличению дыхательного объема и альвеолярной вентиляции с последующим нарастанием парциального давления кислорода в альвеолах, увеличению скорости его

переноса в кровь и доставки тканям головного мозга, его оксигенации, активации метаболизма, процессов возбуждения в коре головного мозга, а совершенствование компенсаторных механизмов сердечно-сосудистой системы приводит к увеличению толерантности больных к физической нагрузке и восстановлению мозговой гемодинамики. Длительное пребывание на открытой местности с живописным ландшафтом способствует формированию положительных психоэмоциональных реакций («ландшафтный рефлекс»), эффективно восстанавливает нарушенное равновесие тормозно-возбудительных процессов в коре головного мозга. Процедуры проводят в климатопавильоне или на веранде при температуре воздуха не ниже 15 °С (дневной отдых),

*Кислородные ванны* увеличивают кислородное насыщение крови и головного мозга. Усиление процессов утилизации кислорода миокардом и головным мозгом наряду с увеличением объемного кровотока приводит к активации процессов возбуждения коры головного мозга. Процедуры проводят поступающим кислородом под давлением 100-300 кПа при температуре воды 35-36 °С, по 10-15 мин, ежедневно; курс 10 процедур.

*Неселективная хромотерапия* — лечебное применение видимого излучения. На его долю приходится до 15 % излучения искусственных источников. Видимое излучение представляет гамму различных цветовых оттенков, которые избирательно возбуждают корковые и подкорковые нервные центры и модулируют психоэмоциональные процессы в организме. Белый цвет необходим для нормальной жизнедеятельности и работоспособности человека.

### **Трофостимулирующие методы**

*Транскутанная электронейростимуляция* - ритмическое воздействие импульсов электрического тока длительность и частота которых соизмеримы с продолжительностью нервных импульсов и частотой их следования вегетативных эфферентных проводниках (В-волокна). приводит к увеличению афферентного потока в них и регулирует метаболизм иннервируемых тканей. При этом усиление локального кровотока активизирует клеточное дыхание и

защитные свойства тканей. Применяют воздействие на сегментарно-рефлексогенные зоны

*Местная дарсонвализация* вызывает сильное раздражение немиелинизированных нервных волокон кожи (С-волокон), что приводит к «блокаде» потока афферентной импульсации из болевого очага, уменьшает повышенный тонус артериол не только кожи, но и глуболежащих тканей, усиливая кровоток, микроциркуляцию и метаболизм в тканях, а образующиеся очаги микронекроза в коже стимулируют фагоцитоз и выделение биологически активных веществ (гепарин, простагландины, цитокины и гистамин), а также их ингибиторов в подлежащих тканях. Посегментарно-рефлекторной методике стимулируют периферический отдел симпатической нервной системы, что приводит к активации симпатико-адреналовой системы организма, центральных механизмов кровообращения и улучшению трофики тканей.

*Амплипульстерапия.* Синусоидальные модулированные токи возбуждают нервные волокна преимущественно кожных и мышечных эфферентов. Нейростимулирующий эффект этих токов зависит от частоты и глубины их модуляции. Он выражен сильнее, чем у постоянного тока, но меньше, чем у диадинамического. Наиболее выраженным нейростимулирующим действием обладают ток постоянной модуляции (ПМ), ток с различной модуляцией и паузой (ГШ) и менее выраженным — токи с перемежающейся частотой 150 Гц и модулированных от 10-100 Гц (ПЧП) с паузой между их циклами и ток с перемежающейся частотой (ПЧ) - чередование тока частотой 150 Гц и модулированных с частотой 10-100 Гц. СМТ обладает мягким нейростимулирующим и трофическим действием. Сила действия ПМ-тока нарастает с уменьшением частоты и увеличением глубины. а ГШ-, ПЧП- и ПЧ-токов, кроме этого, зависит от разности частот и модулированных колебаний, а также периодов посылки — паузы. Стимулирующее действие СМТ усиливается при переходе с переменного режима воздействия (1-й режим) на выпрямленный (2-й режим). При воздействии на сегментарно-рефлексогенные зоны СМТ активизирует центральные механизмы кровообращения, что улучшает

микроциркуляцию, метаболизм тканей и их оксигенизацию. Активация ЦНС (симпатико-адреналовой системы) значительно улучшает трофику и реологические свойства крови, иммуногенез. СМТ на воротниковую область (или пораженную конечность),

### **Нейростимулирующие методы**

*Нейроэлектростимуляция.* Под действием импульсных токов различной формы и амплитуды происходит избирательная стимуляция типов волокон в нервных проводниках, которая приводит к локальным изменениям микроциркуляции и трофики тканей, развивающейся за счет местных (по механизму аксон-рефлекса) и сегментарно-рефлекторных реакций. Электрическое возбуждение двигательных нервных проводников (Аα- и Аγ-волокон) вызывает пассивное сокращение иннертируемых ими мышц и усиливает их ослабленную сократительную функцию. Используют серии импульсов с частотой 10—1000 Гц, длительностью 0,5—100 мВ.

### **Энзимостимулирующие методы**

*Инфракрасная лазеротерапия.* В результате избирательного поглощения энергии активируются системы мембранной организации биомолекул в тканях (фотобиоактивация), процессы иммуногенеза и метаболизма. Под действием излучения активируются ферментные системы эритроцитов, что приводит к увеличению кислородной емкости крови. Кроме того, происходит снижение агрегации тромбоцитов, нарастание уровня свободного гепарина и фибринолитической активности сыворотки крови, замедление тромбообразования (гипокоагуляция).

### **Гипокоагулирующие методы**

*Низкочастотная магнитотерапия.* Пространственная неоднородность магнитных полей вызывает формирование магнитных динамических сил, которые активируют кровообращение и микроциркуляцию в тканях, снижают агрегацию тромбоцитов и активность свертывающей системы крови, усиливают метаболические процессы в тканях. При сегментарных воздействиях (на

воротниковую зону) уменьшается симпатикотония, улучшается мозговая ангиогемодинамика. Индукция магнитов составляет 20—40 мТл, продолжительность 10—30 мин, ежедневно или через день; курс 10—20 процедур.

Противопоказания: острый период заболевания, нарушения сознания, психики (реактивные психозы) и корковых функций (афазии, агнозии), выраженные параличи, экстрапирамидные (гиперкинезы) и мозжечковые (атаксия) нарушения, невозможность к самообслуживанию, нарушения функций тазовых органов, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность в стадии декомпенсации.

### **Постинсультные артропатии**

Наиболее часто у больных с постинсультными парезами в первые 4-5 недель после инсульта возникает синдром «болевого плеча» (20-40%).

В качестве обезболивающей терапии: ЧЭНС, ДДТ, СМТ, импульсная магнитотерапия.

Для улучшения состояния трофики суставов и окружающих тканей — парафино-озокиритовые аппликации.

### **Контрактуры**

Основными причинами развития контрактур в постинсультном периоде является нарушение мышечной спастичности, развитие постинсультных артропатий и синдром «болевого плеча».

Показаны тепловые процедуры, озокиритовые или парафиновые аппликации (аппликации на на предплечье-кисть, голень-стопу).

### **Физиопрофилактика**

Физиопрофилактика направлена на предупреждение развития острых нарушений мозгового кровообращения и их рецидивов, на адаптацию больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения к повседневной жизни и трудовой деятельности путем лечения артериальной гипертензии

(гипотензивные, мочегонные и сосудорасширяющие методы), атеросклероза, ИБС (кардиотонические, сосудорасширяющие и гипокоагулирующие методы), предупреждение нарушений обмена веществ (сахарный диабет, ожирение); коррекцию метаболических нарушений (иммуностимулирующие методы), функциональных расстройств ЦНС (седативные, тонизирующие, психорелаксирующие и психостимулирующие методы), восстановление моторики и двигательных функций (трофостимулирующие, нейростимулирующие, энзимостимулирующие методы).

### **Речевая реабилитация.**

Если у больного после инсульта имеются речевые нарушения (афазия, дизартрия), его направляют на логопедические занятия. В этом периоде используются методики восстановления, направленные на перестройку нарушенных речевых функций и дифференцированные в зависимости от формы афазических расстройств. На амбулаторном этапе реабилитации занятия проводятся по 45-60 минут 2-3 раза в неделю. Помимо индивидуальных занятий, полезны групповые занятия, улучшающие коммуникативную функцию речи.

### **Психотерапия.**

В комплексной МР используются различные методы психотерапии: индивидуальная и групповая психотерапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия и др. Охват больных психотерапевтическими процедурами по отношению ко всем, направленным на МР, составляет обычно 18-20%.

Цель психотерапевтического воздействия — устранение болезненных расстройств путём перестройки отношения больного к тем или иным трудностям, которые являются причиной психогенных реакций. Психотерапия проводится больным с умеренно выраженными психическими нарушениями: астено-депрессивный синдром, тревожно-депрессивный синдром, фобии, невротические реакции, пассивное отношение к лечению и отсутствием веры в

выздоровление.

Психотерапия направлена на повышение устойчивости к стрессам и формирование адекватного отношения к болезни, способствующего улучшению самочувствия. Проводятся индивидуальные собеседования с больным и его родственниками, динамическое наблюдение за поведением больного.

### **Трудотерапия.**

Трудотерапия проводится на специально подобранных аппаратах и тренажерах, имитирующих движения разной степени сложности для восстановления функций конечностей, а также для приобретения навыков самообслуживания.

### **Роль семьи в восстановительном лечении**

- занятия по восстановлению движений, навыков ходьбы и самообслуживания, речи, чтения и письма проводят по инструкции методиста ЛФК и логопеда — афазиолога;
- создают дома условия для различных занятий (терапия занятостью);
- способствует реинтеграции в общество.

В рамках Общероссийского общественного объединения родственников больных с инсультом организуются школы для пациентов и их родственников.

### **Основные задачи школы**

- разъяснение больным и их родственникам основных особенностей восстановительного периода после инсульта;
- разъяснения больным особенностей их поведения в повседневной жизни;
- обеспечение взаимопонимания и взаимодействия больного, его родственников с лечащим врачом.

## **Профилактические мероприятия.**

Риск повторного инсульта повышен при наличии артериальной гипертонии, аритмии, патологии клапанов сердца, застойной сердечной недостаточности, сахарного диабета.

Профилактика направлена на корригируемые факторы риска развития инсульта. Большую роль здесь играет здоровый образ жизни, предусматривающий отказ от курения и злоупотребления алкоголем, адекватную физическую активность и снижение избыточного веса, рациональное питание.

## **Санаторно-курортное лечение**

В местные санатории направляют больных с транзиторной ишемией, без повторных кризов, с гипертонической болезнью I—II стадии через 3—4 мес после приступа, с преходящими нарушениями мозгового кровообращения, ангиодистоническими церебральными кризами, протекающими с очаговой органической симптоматикой, регрессировавшей в течение суток, не ранее 2 нед от развития заболевания, с последствиями внутримозгового кровоизлияния (геморрагического инсульта) не ранее 4—6 мес при возможности самообслуживания и самостоятельного передвижения без снижения интеллекта, афазии и не требующих оперативного вмешательства, с последствиями закупорки или стеноза церебральных магистральных артерий, мозговых артерий (инфаркта мозга) в восстановительном периоде не ранее 4—6 мес при возможности самообслуживания и самостоятельного передвижения и без снижения интеллекта, афазии, с формами ишемических инсультов с умеренно и нерезко выраженной очаговой органической неврологической симптоматикой, регрессировавшей полностью или частично в течение 1—2 нед.

Противопоказаниями к санаторно-курортному лечению являются тяжелые инсульты с выпадением двигательных функций, болезни нервной системы с нарушениями психики.



## **Оценка эффективности реабилитационных мероприятий.**

Улучшение состояния пациентов с последствиями перенесенного нарушения мозгового кровообращения, без выраженных интеллектуально-мнестических расстройств констатируют по улучшению общего состояния, стабилизации гемодинамических показателей, нормализации и улучшению сна, восстановлению функции черепных нервов, нарастанию силы мышц ранее пораженных конечностей на 1—2 балла, возрастанию объема активных движений в них, нормализации тонуса мышц, восстановлению координации движений, улучшению походки, восстановлению или значительному уменьшению интенсивности расстройств чувствительности, вегетативно-сосудистых реакций как интеллектуально-мнестических нарушений (по РЭГ, УЗДГ, ЭЭГ).

Стойкое улучшение характеризуется сохранением или тенденцией к дальнейшему восстановлению нарушенных функций головного мозга, стабилизацией гемодинамических показателей.

Ухудшение отмечается при обострении течения основного заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ревматизм), углублении признаков очагового поражения мозга, присоединении общемозговых симптомов, повторных нарушениях мозгового кровообращения, нарастании интеллектуально-мнестических расстройств, по данным РЭГ, УЗДГ — ухудшение мозгового кровообращения; по Эхо ЭГ — нарастание внутри желудочковой гипертензии; на ЭЭГ — очаги патологической активности мозга.

С целью динамического наблюдения используют шкалу мобильности Ривермид

### **Индекс мобильности Ривермид**

1. Можете ли Вы самостоятельно переворачиваться со спины на бок?
2. Можете ли Вы самостоятельно сесть в кровати?
3. Можете ли Вы сидеть на краю кровати без поддержки в течение 10 секунд?

4. Можете ли Вы (используя руки или постороннюю помощь при необходимости) встать со стула менее чем за 15 секунд и оставаться стоя в течение 15 секунд?
5. Пациент стоит в течение 10 секунд без посторонней помощи.
6. Можете ли Вы переместиться с кровати на стул и обратно без посторонней помощи?
7. Можете ли Вы пройти 10 метров (используя при необходимости вспомогательные средства), но без помощи постороннего лица?
8. Можете ли Вы подняться на один пролёт лестницы без посторонней помощи?
9. Можете ли Вы пройти 10 метров в пределах квартиры без вспомогательных средств и посторонней помощи?
10. Можете ли Вы гулять за пределами квартиры по ровной местности?
11. Если вы уронили кое-что на пол, можете ли Вы пройти 5 метров, поднять предмет, который Вы уронили, и вернуться назад?
12. Можете ли Вы гулять за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег, лед) без посторонней помощи?
13. Можете ли Вы самостоятельно войти и выйти из ванны и помыться?
14. Можете ли Вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, используя при необходимости вспомогательные средства?
15. Можете ли Вы пробежать 10 метров, не прихрамывая (допускается быстрая ходьба)?

За каждое выполненное задание пациент получает 1 балл. О мобильности больного судят по общей сумме набранных баллов.