

Косивцова О.В.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия  
119021, Москва, ул. Россолимо, 11

## Ведение пациентов в восстановительном периоде инсульта

Инсульт занимает первое место среди всех причин инвалидности у людей среднего и пожилого возраста. В последние годы около 30% случаев заболеваемости приходится на трудоспособный возраст (до 65 лет). Основными инвалидизирующими расстройствами после перенесенного инсульта являются двигательные и речевые дефекты, когнитивные и психоэмоциональные нарушения, нарушение функций тазовых органов. Качество жизни пациента во многом зависит от степени восстановления утраченных функций. В свою очередь, степень их восстановления зависит от сроков начала, дозированной и непрерывности начатых реабилитационных мероприятий, а также от наличия у пациента когнитивных, речевых и психоэмоциональных проблем, нарушений функций тазовых органов. К сожалению, лишь незначительная часть перенесших инсульт пациентов после выписки из специализированного отделения попадают в специализированные реабилитационные центры. Обязанность по уходу за такими пациентами ложится на родственников пациента и врачей амбулаторно-поликлинического звена.

Основными задачами в раннем и позднем восстановительном периоде инсульта являются, помимо профилактики повторного инсульта, проведение реабилитационных программ (направленных на коррекцию двигательных, речевых расстройств, когнитивных нарушений), стабилизация психоэмоционального статуса и обеспечение корректного и качественного общего ухода за пациентами с тяжелыми двигательными дефектами и нарушением функций тазовых органов.

В статье рассмотрены основные принципы ведения пациентов в раннем и позднем периоде восстановительного инсульта. Даны рекомендации по реабилитации и отмечены основные ошибки, встречающиеся в повседневной практике (отсутствие речевого контакта с пациентом, имеющим речевые расстройства, со стороны родственников и младшего медперсонала; недооценка и отсутствие коррекции психоэмоциональных расстройств; отсутствие корректного общего ухода за пациентом, имеющим нарушения функций тазовых органов).

**Ключевые слова:** инсульт; восстановительный период; коррекция речевых расстройств; общий уход за пациентом; тазовые нарушения; вторичная профилактика.

**Контакты:** Ольга Владимировна Косивцова; [o.kosivtsova@gmail.com](mailto:o.kosivtsova@gmail.com)

**Для ссылки:** Косивцова ОВ. Ведение пациентов в восстановительном периоде инсульта. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(4):101–105.

### *Patient management in the recovery period of stroke*

*Kosivtsova O.V.*

*Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia  
11, Rossolimo St., Moscow 119021*

Stroke heads the list of all causes of disability in middle-aged and elderly people. In recent years, there have been about 30% of morbid events among able-bodied persons (less than 65 years of age). The major post-stroke incapacitating disorders are motor and speech defects, cognitive and psychoemotional disorders, and pelvic organ dysfunctions. The patients' quality of life largely depends on the degree of recovery of lost functions. In turn, the degree of their recovery depends on the start, proportioning, and continuity of initiated rehabilitation measures and on whether the patient has cognitive, speech, and psychoemotional problems and pelvic organ dysfunctions. Unfortunately, after discharge from a specialized unit, only a small number of post-stroke patients are admitted to specialized rehabilitation centers. The responsibility of caring for these patients rests with their relatives and outpatient physicians.

The main tasks in the early and late recovery periods following stroke are, in addition to the prevention of recurrent stroke, the implementation of rehabilitation programs to correct motor and speech disorders and cognitive impairments, the stabilization of emotions, and the provision of proper and qualitative general care for patients with severe motor defects and pelvic organ dysfunctions.

The paper considers the main principles of patient management in the early and late post-stroke recovery periods. The authors give rehabilitation recommendations and main errors in routine practice (their relatives and junior medical staff have no speech contact with patients having speech disorders; psychoemotional disorders are underestimated and uncorrected; proper general care for patients with pelvic organ dysfunctions is absent).

**Key words:** stroke; recovery period; correction of speech disorders; general care for a patient; pelvic impairments; secondary prevention.

**Contact:** Olga Vladimirovna Kovistsova; [o.kosivtsova@gmail.com](mailto:o.kosivtsova@gmail.com)

**For reference:** Kosivtsova OV. Patient management in the recovery period of stroke. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2014;(4):101–105.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-101-105>

Инсульт занимает первое место среди всех причин инвалидности у людей среднего и пожилого возраста. В последние годы отмечена тенденция к «омоложению» пациентов с инсультом: около 30% случаев заболеваемости приходится на трудоспособный возраст до 65 лет. К труду возвращается лишь 20% пациентов, перенесших инсульт [1, 2].

По данным Национального регистра, 70% пациентов получают инвалидность вследствие перенесенного инсульта. Из них 20% не могут самостоятельно передвигаться, 30% нуждаются в постоянном уходе, у 40% пациентов инвалидизация умеренная. У таких пациентов отмечен более высокий риск повторного инсульта.

По окончании острейшего периода инсульта, после стабилизации состояния, ведение пациентов может существенно различаться в зависимости от имеющихся расстройств. Помимо основного неврологического дефицита (двигательных, чувствительных, координаторных, бульбарных расстройств), наблюдаются расстройства когнитивной сферы, эмоциональные расстройства в виде постинсультной депрессии и расстройства функций тазовых органов, которые значительно затрудняют реабилитацию и снижают качество жизни (КЖ) пациента. К сожалению, лишь незначительная часть пациентов с нарушением мозгового кровообращения после выписки из специализированного отделения попадают в специализированные центры реабилитации больных после инсульта. Обязанность по уходу за такими пациентами ложится на их родственников и врачей амбулаторно-поликлинического звена.

Основные задачи при ведении пациентов в восстановительном периоде инсульта: профилактика повторного инсульта, восстановление утраченных функций и повышение КЖ пациента [3].

### **Вторичная профилактика ишемического инсульта**

Профилактика повторного ишемического инсульта должна начинаться сразу после развития первого инсульта или транзиторной ишемической атаки (ТИА). Она основывается на коррекции факторов риска и включает как лекарственные, так и нелекарственные средства профилактики. Отказ от курения, прекращение злоупотребления алкоголем, регулярные физические нагрузки, рациональное питание и снижение избыточной массы тела относят к нелекарственным методам профилактики.

Ведущее место среди лекарственных методов занимают антитромботическая и антигипертензивная терапия, прием статинов. В случае выявления при дуплексном сканировании гемодинамически значимых стенозов внутренней сонной артерии и при стабильности неврологического и соматического состояния пациента показаны хирургические методы лечения — каротидная эндартерэктомия или стентирование [3].

В 5–10% случаев ишемический инсульт вызван особыми заболеваниями и состояниями, при которых вторичная профилактика инсульта имеет свои особенности. При расслоении сонной или позвоночных артерий могут быть использованы непрямые антикоагулянты в течение 3–6 мес или антитромбоцитарные средства [4]. Через 3–6 мес больных, принимающих непрямые антикоагулянты, следует перевести на антитромбоцитарную терапию. При гипергомоцистеинемии у больного, перенесшего ТИА или ишемиче-

ский инсульт, в качестве дополнительной терапии могут быть использованы препараты, содержащие витамины В6 и В12, фолиевую кислоту для снижения уровня гомоцистеина в сыворотке крови, однако эффективность такой терапии остается недостаточно изученной. При гиперкоагулопатиях вследствие антифосфолипидного синдрома или наследственной тромбофилии у больных, перенесших ТИА или ишемический инсульт, могут быть использованы непрямые антикоагулянты или антитромбоцитарные средства. При серповидно-клеточной анемии у таких больных рекомендуются антитромбоцитарные средства, в качестве дополнительного лечения можно использовать переливание крови с целью уменьшить содержание гемоглобина S до 30–50% (по отношению к общему гемоглобину) [5, 6].

К сожалению, как показывают результаты исследования, эффективная профилактика повторного ишемического инсульта осуществляется в настоящее время только у небольшой части пациентов, выписавшихся из специализированных отделений под наблюдение врачей амбулаторного звена. Не проводится регулярная гипотензивная коррекция, пациенты принимают гипотензивные препараты только при высоких значениях артериального давления (АД), отсутствует ежедневный контроль последнего. Регулярно антитромбоцитарные средства и статины принимает только часть больных. Каротидная эндартерэктомия или стентирование при гемодинамически значимых стенозах осуществляются в единичных случаях.

Ведущую роль в отсутствии адекватной вторичной профилактики у пациентов, перенесших инсульт, играет их недостаточная осведомленность об эффективных методах лечения. Некоторые больные после выписки из стационара не обращаются в поликлинику по месту жительства, и лишь незначительная часть наблюдается в специализированных реабилитационных центрах [7]. Сочетание лекарственных и нелекарственных методов вторичной профилактики ишемического инсульта позволяет снизить риск развития повторного инсульта почти на 80% [4].

### **Ранняя активизация пациента**

Эффективность физической реабилитации зависит от максимально раннего начала проведения реабилитационных мероприятий, их непрерывности, адекватности физической нагрузки общему состоянию больного.

Физическая реабилитация начинается в острейшем периоде инсульта. При гемиплегии и глубоких гемипарезах с первых часов применяется коррекция положением — специальная укладка паретичных конечностей в определенное корригирующее положение, направленная на профилактику контрактур суставов. К коррекции положением относят тренировку ортостатической функции на специальном столе. Задача ранней вертикализации — сохранение регуляции вегетативной нервной системы, функции дыхания и тренировка сердечно-сосудистой системы, профилактика ортостатической гипотензии, сохранение рефлексорного механизма опорожнения кишечника и мочевого пузыря, а также тренировка локомоторного аппарата для поддержания постурального тонуса. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указан 48-часовой период от момента развития инсульта для начала проведения вертикализации.

Восстановление двигательных функций предусматривает применение комплекса лечебной физкультуры, масса-

жа, выполнения упражнений под контролем инструктора с постепенно нарастающей нагрузкой. Физические упражнения могут проводиться в палате в положении лежа, сидя и стоя. Цель ранней активизации пациентов — восстановление нарушенных функций для самостоятельного передвижения пациента по палате, при необходимости с помощью медицинского персонала или с использованием специальных приспособлений, что, в свою очередь, позволяет быстрее психологически адаптироваться к своему состоянию.

В восстановительном периоде лечения применяются тренажеры различных конструкций. Для обучения пациентов ходьбе после инсульта наиболее широко используется «бегущая дорожка» в сочетании с системой для разгрузки массы тела. С использованием принципов биологически обратной связи применяют стол-вертикализатор и систему, которая позволяет одновременно с вертикализацией проводить интенсивную двигательную терапию в виде пассивных движений нижних конечностей с возможностью нагрузки.

Для уменьшения спастичности применяются антиспастические средства (баклофен, сирдалуд, перпараты ботулотоксина А). Необходимо помнить, что у больных, способных к передвижению, они могут вызвать ухудшение вследствие существенного снижения мышечного тонуса в паретичной ноге. Антиспастические средства могут быть использованы для уменьшения болезненных мышечных спазмов и спастичности у лежачих больных, для обеспечения ухода и профилактики контрактур суставов.

#### Коррекция речевых расстройств

Речевые нарушения — второй по частоте постинсультный синдром, способный вызвать инвалидность. Основу речевой реабилитации составляют занятия с логопедом с активным привлечением родственников пациента. Самая распространенная ошибка — речевая изоляция, небольшая речевая активность пациента. Для стимуляции понимания речи необходимы простые беседы, адресованные пациенту вопросы о его самочувствии, просьбы выполнить несложные действия. Обращаться к пациенту следует четко, медленно, громко. Начинать речевую реабилитацию необходимо в остром периоде инсульта, на первых этапах продолжительность упражнений не должна превышать 10 мин несколько раз в день, в дальнейшем увеличиваются длительность (до 60 мин) и интенсивность занятия (списывание букв, слов, предложений, письмо под диктовку, чтение и пересказ текста, описание сюжетных картин). Также используются методики, основанные на принципах биологически обратной связи — на диктофон записывается речь пациента с последующим прослушиванием и анализированием ошибок. Восстановление речи затягивается, как правило, на длительные сроки, поэтому после выписки пациента необходимо направить в речевой центр для динамического наблюдения и коррекции занятий.

#### Когнитивные нарушения

Когнитивные нарушения (КН) значительно затрудняют ведение пациента в раннем и позднем восстановительном периоде инсульта, ухудшают реабилитацию, повышают инвалидизацию и снижают КЖ пациента после инсульта. КН выявляются у 40–70% пациентов, перенесших инсульт; у 6–32% пациентов они достигают степени деменции.

В развитии постинсультных КН могут иметь значение не только перенесенный инсульт, но и предшествую-

щее сосудистое поражение головного мозга («немые» инфаркты, лейкоареоз), сочетанное дегенеративное заболевание, например болезнь Альцгеймера. КН могут достигать степени деменции при инфаркте в стратегической для когнитивных функций зоне головного мозга (угловая извилина, зрительный бугор, хвостатое ядро, бледный шар, гиппокамп). Однако этот вариант КН встречается относительно редко, его клиническая картина определяется локализацией поражения. Постинсультные КН наиболее часто вызваны повторными (лакунарными и нелакунарными) инфарктами, многие из которых обнаруживаются только при нейровизуализации («немые» инфаркты головного мозга), и сочетанным поражением белого вещества головного мозга (лейкоареоз) [8, 9].

Нарушения памяти у больных, перенесших инсульт, представлены не столь выраженно, как при болезни Альцгеймера, и проявляются повышенной тормозимостью следов, замедлением и быстрой истощаемостью когнитивных процессов, нарушением процессов обобщения понятий, апатией [10–12].

Ведущими нарушениями могут быть замедленность мышления, трудности переключения внимания, снижение критики, понижение фона настроения и эмоциональная лабильность. Могут наблюдаться и первичные расстройства высших психических функций (апраксия, агнозия и т. д.), что наблюдается при локализации ишемических очагов в соответствующих отделах коры больших полушарий головного мозга.

Для улучшения памяти и других когнитивных функций больным, перенесшим инсульт и имеющим КН, рекомендуют усиленную умственную нагрузку, тренировку памяти, а при развитии деменции — лекарственные средства (ингибиторы ацетилхолинэстеразы, антагонисты NMDA-рецепторов к глутамату).

#### Постинсультная депрессия

Почти в половине случаев эмоциональные и психические расстройства, такие как депрессия, «уход в болезнь», страх повторного инсульта, мешают проведению активной реабилитации пациента, увеличивают срок нетрудоспособности и инвалидизацию. Основные методы лечения — психотерапия и прием антидепрессантов и/или противотревожных средств. Используются методики преодоления отрицательных реакций со стороны пациента, адаптации к имеющимся постинсультным расстройствам, оказывается помощь в построении новых взаимоотношений с родственниками, активное привлечение пациентов к выполнению домашней работы.

#### Нарушение мочеиспускания

Нейрогенные нарушения функции мочевого пузыря — важный аспект при ведении пациента с инсультом как в остром, так и в восстановительном периоде; они могут проявляться в виде недержания или задержки мочи. Нарушение мочеиспускания и/или дефекации имеет место почти у половины пациентов в первые сутки инсульта и сохраняется через 6 мес примерно у 20% больных. При ежедневном осмотре пациента с инсультом, даже в отсутствие жалоб со стороны пациента, врачу необходимо произвести пальпацию и перкуссию мочевого пузыря; средний и младший медицинский персонал должен контролировать частоту и объем мочеиспускания за сутки.

Наиболее частое проявление нейрогенных нарушений функций мочевого пузыря — гиперактивность мочевого пузыря, которая проявляется недержанием мочи, императивными позывами на мочеиспускание, учащенным мочеиспусканием. Как правило, нейрогенные нарушения функций мочевого пузыря сопровождаются инфекционным поражением мочевыводящих путей, депрессией. Использование комбинированной терапии повышает эффективность лечения и улучшает КЖ пациента.

В настоящее время препаратами первого выбора при лечении гиперактивного мочевого пузыря являются антихолинэргические средства (оксибутинин, толтеродин, тропиум, солифенацин), которые снижают повышенную активность детрузора мочевого пузыря. Под контролем цистоскопии внутрипузырно применяют препараты ботулинического токсина. В случае, когда не помогают антихолинэргические средства, препараты ботулотоксина рассматриваются как препараты первого выбора.

Необходимо помнить, что недержание мочи часто является побочным эффектом приема диуретиков и простая коррекция лекарственной терапии приводит к улучшению КЖ пациента.

Немедикаментозные средства включают обучение пациента опорожнять мочевой пузырь до появления позыва на мочеиспускание, рекомендуют вести дневник по приему жидкости и дневник мочеиспускания, при чрезмерном употреблении жидкости рекомендуют снизить его. Эффективны регулярные упражнения для укрепления мышц тазового дна — поочередное сокращение и расслабление мышц, поднимающей задний проход [13].

Для улучшения КЖ и физической активности пациентов используют прокладки и впитывающие трусы для взрослых. Современные специальные средства гигиены, такие как впитывающие трусы (Моликер Мобайл), имеют трехслойную впитывающую подушку с защитными бортиками, которая надежно удерживает жидкость и предупреждает появление неприятного запаха. Это достигается тем, что содержащийся во впитывающей подушке суперсорбент моментально превращает мочу в гель и нейтрализует неприятный запах. Анатомическая форма впитывающей подушки этих трусов полностью повторяет форму тела, что обеспечивает надежное прилегание и защищает от протекания. Специальная структура волокна, обработанного особым способом, предупреждает развитие инфекций кожи и мягких тканей. Впитывающие трусы с лайкрой можно носить как обычное белье, они мягкие, незаметны под одеждой и обеспечивают комфорт, позволяя сохранному пациенту вести привычный образ жизни.

## Уход за пациентом

Общая психотерапия неразрывно связана с медицинской деонтологией, с эмоционально-психологическим климатом, который окружает пациента. Важно создать больному благоприятную обстановку, организовать режим. Ведущую роль играет организация хорошего ухода. Мероприятия по ежедневному уходу должны включать в себя повороты с боку на бок, туалет полости рта, контроль за глотанием и питанием, протирание тела, контроль за дефекацией и мочеиспусканием (при необходимости — клизмы и катетеризацию мочевого пузыря), уход за аногенитальной областью для профилактики инфекций мочевыводящих путей, контактного дерматита и пролежней.

В нашей стране проведен клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Моликер Премиум экстра софт для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи. Показано, что применение специально обученным персоналом качественных средств гигиены (подгузники, прокладки, впитывающие трусы) в комбинации со средствами по уходу за кожей у пациентов с недержанием мочи способствует снижению частоты возникновения контактного дерматита и пролежней в 10 раз. Затраты лечебно-профилактических учреждений на профилактику и лечение контактного дерматита и пролежней у одного неподвижного больного с недержанием мочи без применения абсорбентов и средств по уходу значительно (на 41%) выше.

Таким образом, для проведения успешной реабилитации пациентов после инсульта необходима коллективная работа врача-невролога, младшего медицинского персонала, обеспечивающего должный уход за пациентом, врача-реабилитолога, психотерапевта, при необходимости — логопеда, а также родственников пациента. Коллективная работа играет важную роль не только на стационарном этапе, но и во время поликлинического и санаторно-курортного лечения. Отрицательно на восстановление пациента после инсульта влияют сопутствующие эмоционально-психические расстройства и КН, которые требуют как длительного лекарственного лечения, так и активной психотерапии. Современное реабилитационное лечение позволяет предотвратить многие осложнения постинсультного периода, повысить КЖ, восстановить бытовые навыки, а у пациентов трудоспособного возраста — частично или полностью восстановить трудоспособность. Основой успешного ведения пациента в раннем и позднем восстановительном периоде инсульта является сочетание эффективных методов профилактики повторного инсульта в сочетании с индивидуальными методами реабилитации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сковцова ВИ, Иванова ГЕ. Реабилитация больных инсультом. Журнал Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов. 2001;(2):12–8. [Skvortsova VI, Ivanova GE. Reabilitatsiya bol'nykh insul'tom. *Zhurnal Rossiiskoi assotsiatsii po sportivnoi meditsine i reabilitatsii bol'nykh i invalidov*. 2001;(2):12–8. (In Russ.)]
2. Гусев ЕИ, Сковцова ВИ, Стаховская ЛВ. Эпидемиология инсульта в России. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003;103(9):114. [Gusev EI, Skvortsova VI, Stakhovskaya LV. Stroke epidemiology in Russia. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2003;103(9):114. (In Russ.)]
3. Парфенов ВА, Хасанова ДР. Ишемический инсульт. Москва: МИА; 2012. 288 с. [Parfenov VA, Khasanova DR. *Ishemicheskii insul't* [Ischemic stroke]. Moscow: MIA; 2012. 288 p.]
4. Hackam DG. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke. A quantitative modeling study. *Stroke*. 2007;38:1881–5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEA-HA.106.475525>.
5. Парфенов ВА. Вторичная профилактика ишемического инсульта. Русский медицинский журнал. 2005;13(25):819–23. [Parfenov VA. Secondary prevention of an ischemic stroke. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2005;13(25):819–23. (In Russ.)]



6. Sacco RL, Adams R, Albers G, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*. 2006; 37:577–617. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000199147.30016.74>.
7. Парфенов ВА, Гурак СВ. Повторный ишемический инсульт и его профилактика у больных с артериальной гипертонией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Приложение Инсульт. 2005;105(14):3–7. [Parfenov VA, Gurak SV. Povtorny i shemicheskii insul't i ego profilaktika u bol'nykh s arterial'noi gipertoniei. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. Suppl. Stroke. 2005;105(14):3–7. (In Russ.)]
8. Вахнина НВ, Никитина ЛЮ, Парфенов ВА, Яхно НН. Постинсультные когнитивные нарушения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008;S22:16–21. [Vakhnina NV, Nikitina LYu, Parfenov VA, Yakhno NN. Post-stroke cognitive disturbances. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2008;S22:16–21. (In Russ.)]
9. Горбачева ФЕ, Зиновьева ОЕ, Абдулина ОВ. Таламический лакунарный инфаркт с грубыми мнестическими нарушениями. Неврологический журнал. 2004;9(3):15–8. [Gorbacheva FE, Zinov'eva OE, Abdulina OV. Thalamic lacunar infarction with severe mnesic disorders. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2004;9(3):15–8. (In Russ.)]
10. Преображенская ИС, Яхно НН. Сосудистые когнитивные расстройства: клинические проявления, диагностика, лечение. Неврологический журнал. 2007;12(5):45–50. [Preobrazhenskaya IS, Yakhno NN. Vascular cognitive impairment – clinical manifestations, diagnostic approaches and treatment. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2007;12(5):45–50. (In Russ.)]
11. Яхно НН. Когнитивные расстройства в неврологической практике. Неврологический журнал. 2006;(S1):4–12. [Yakhno NN. Cognitive impairment in neurological clinical practice. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2006;(S1):4–12. (In Russ.)]
12. Вахнина НВ, Захаров ВВ. Опыт применения ривастигмина в лечении постинсультных когнитивных расстройств. Неврологический журнал. 2009;(4):42–6. [Vakhnina NV, Zakharov VV. The experience of rivastigmin (Exelon) administration for treatment of post-stroke cognitive disorders. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2009;(4):42–6. (In Russ.)]
13. Парфенов ВА. Неврологические аспекты недержания мочи у пожилых людей. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(1):34–8. [Parfenov VA. Neurological aspects of urinary incontinence in the elderly. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;(1):34–8. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2395>.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.