

# Формирование и обсуждение прогноза заболевания в неврологической практике. Вопросы коммуникации с неврологическим пациентом



Е. В. Бриль



А. В. Хасина



Ф. А. Аббасов



О. С. Зимнякова



Н. В. Федорова

Е. В. Бриль<sup>1</sup>, А. В. Хасина, Ф. А. Аббасов<sup>1</sup>, О. С. Зимнякова<sup>1</sup>, Н. В. Федорова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Федеральный неврологический центр экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна» ФМБА России, Москва

<sup>2</sup>Кафедра неврологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

## РЕЗЮМЕ

В клинической практике большинство неврологов сталкиваются с вопросами пациентов относительно прогноза заболевания, однако отдельных руководств, посвященных именно этой проблеме, в неврологии практически нет, несмотря на то что исход заболевания – это клинический вопрос, имеющий наибольший приоритет как для врача, так и для пациента. В данной статье разбираются подходы к обсуждению прогноза неврологического заболевания, данные о прогнозе распространенных неврологических заболеваний.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** неврологические заболевания, прогноз, качество жизни, метастазы, полиневропатии, паркинсонизм, миастения, инсульт.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Estimation and discussion of prognosis in neurologic practice. Communication issues with patient with neurological disease

E. V. Bril<sup>1,2</sup>, A. V. Khasina<sup>2</sup>, F. A. Abbasov<sup>2</sup>, O. S. Zimnyakova<sup>2</sup>, N. V. Fedorova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Russian Medical Academy for Postgraduate Continuous Education, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Federal Neurological Centre for Extrapyrarnidal Diseases and Mental Health of the State Scientific Centre of the Russian Federation – Federal Medical Biophysical Centre n.a. A.I. Burnazyan, Moscow, Russia

## SUMMARY

In clinical practice neurologists are faced with patients' questions regarding the prognosis, however, there are no specific guidelines devoted to this problem in neurology, despite the fact that the outcome of the disease is a clinical issue with the highest priority for both the practitioner and the patient. This article examines the approaches to discuss the prognosis of neurological disease, data on the prognosis of common neurological diseases.

**KEY WORDS:** neurological diseases, prognosis, quality of life, metastases, AIDP, parkinsonism, myasthenia gravis.

**CONFLICT OF INTEREST.** The authors declare no conflict of interest.

## Введение

Прогнозирование – процесс оценки и информирования пациента о том, «чего ожидать» для конкретного пациента и течения его неврологического заболевания. В повседневной клинической практике большинство неврологов регулярно сталкиваются с вопросами пациентов относительно прогноза заболевания, однако отдельных руководств, посвященных именно этой проблеме, в неврологии практически нет [1], несмотря на то что исход заболевания – это клинический вопрос, имеющий наибольший приоритет как для врача, так и для пациента.

Прогноз заболевания является ключевым элементом, определяющим направление лечения, основной задачей в успешном совместном принятии решений. Однако часто врачи, в том числе неврологи, не обсуждают прогноз, особенности течения и перспективы терапии с пациентом [2, 3]. Как показывают ряд исследований, посвященных этому вопросу, неврологи часто избегают обсуждения прогноза

по следующим причинам: дискомфорт от неопределенности в диагнозе или нежелание сообщать плохие новости, отсутствие достаточного количества времени, перегруженность, отсутствие подготовки и обучения в области коммуникации; стремление внушить оптимизм; опасение разрушить надежду [4]. В то же время все больше фактов свидетельствуют о том, что большинство пациентов и их семей желают откровенно говорить с врачом о прогнозе заболевания [5, 6]. Существуют руководства по прогнозированию в общей медицинской практике, в онкологии и паллиативной помощи, но пока не существует ни одного специфичного для неврологии, в том числе на русском языке [7].

Как правило два вопроса, задаваемых пациентом и его семьей, отражают прогноз: «сколько мне осталось», или «что меня ждет» [4]. Необходимо помнить, что пациенты и их семьи различаются по своим предпочтениям относительно объема информации и сроков их предоставления. Врачи также различаются по подходам к прогнозированию

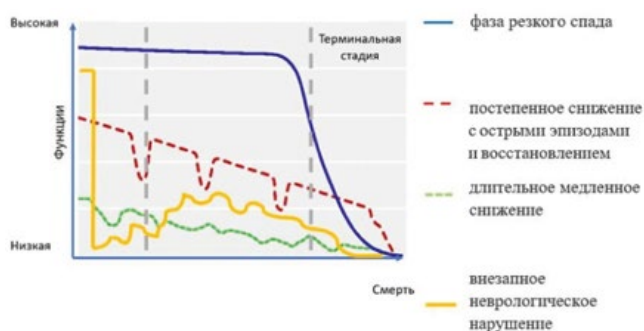


Рисунок. Траектории умирания и инвалидности при неврологических заболеваниях (по Robert G. Holloway, 2013, с изменениями).

нию заболевания, часто они привносят свой клинический опыт, который может повлиять как на их оценку, так и на общение с пациентом. Следует отметить, что многие неврологические заболевания влияют на выживаемость пациентов. Несмотря на проблемы и барьеры в коммуникации, больным и родственникам следует предоставлять информацию о потенциальном воздействии их болезни на продолжительность жизни и выживаемость. Следует учитывать, что некоторые больные предпочтут отложить такую информацию до более позднего времени или передать ее лицу (родственнику), принимающему решения.

Прогноз, как правило, тем точнее, чем ближе к смерти. Данные онкологии, паллиативной помощи и нейроинтенсивной терапии, с одной стороны, показывают, что врачи склонны к чрезмерно оптимистичному прогнозированию выживаемости, с другой – при прогнозировании долгосрочной функции нейрореаниматологи более точны в прогнозировании «плохих» результатов, чем «хороших» [8]. Так, при геморрагическом инсульте (ГИ) были высказаны опасения относительно возможности чрезмерно пессимистичных прогнозов выживаемости в раннем периоде ГИ [9].

В некоторых странах, например в США, где есть возможность принять решение о прекращении реанимации пациентом или членами семьи, вопрос прогнозирования у критических больных стоит более остро и мнение врача об исходе сильно влияет на такие решения. Врачи считают плохой прогноз в отношении выживаемости, качества жизни и функциональных результатов важными факторами при принятии решения о прекращении поддерживающего лечения. Восприятие врачом исхода играет значительную роль в принятии решения о жизни или смерти – так, чрезмерно пессимистический подход может привести к увеличению смертности из-за преждевременного прекращения лечения [10].

Большинство неврологических заболеваний и нейрохирургических вмешательств влияют на качество жизни больше, чем на выживание. Важными вопросами являются характер, тип и степень выраженности неврологических нарушений, а также вероятность ухудшения или улучшения состояния и время, в течение которого это произойдет. Многие пациенты и семьи оценивают прогнозы в отношении когнитивного дефицита в большей степени важными, чем прогнозы относительно других функциональных нарушений [11, 12]. Определение «хороших» и «плохих» результатов лечения на основе значений для пациента часто может привести к более точной оценке и более персонализиро-

ванному принятию решений. Так, например, в последние годы все исследования в отношении оценки исходов нейростимуляции подкорковых структур у больных с болезнью Паркинсона проводятся с учетом впечатления пациента, а не только субъективной оценки врачом.

Ведение беседы с пациентом о прогнозе часто требует внимания как к хорошим, так и к негативным результатам, чтобы врачи, пациенты и родственники могли избежать потенциальной предвзятости и переоценки влияния болезни на качество жизни в будущем.

Robert G. Holloway при формулировании прогноза в неврологической практике предлагает подход, который используется в паллиативной медицине, где выделяют четыре траектории болезни и умирания [4]: 1) фаза резкого спада, 2) постепенное снижение с острыми эпизодами декомпенсации и восстановлением, 3) длительное медленное снижение и 4) внезапное неврологическое нарушение (см. рис.). Большинство неврологических заболеваний могут быть сопоставлены с этими четырьмя траекториями и позволяют прогнозировать необходимость помощи и потребности пациентов с различными неврологическими заболеваниями.

При формулировании прогноза необходимо использовать наилучшие доступные данные литературы исходя из особенностей пациента, для каждого источника информации необходимо оценивать качество доказательств и применимость к конкретному пациенту (например, сходство по возрасту, полу, стадии заболевания). В таблице 1 приведены сводные краткие данные о прогнозе и прогностических факторах при наиболее распространенных неврологических заболеваниях, которые помогут неврологу в работе и в общении с пациентом при обсуждении этих вопросов.

Прогностические индексы и инструменты наиболее развиты при инсульте, раке, в отделениях интенсивной терапии, при черепно-мозговых травмах, в паллиативной помощи и предназначены для индивидуального принятия решений. Однако их следует использовать с особой осторожностью. Недавний систематический обзор не связанных с заболеванием прогностических показателей для пожилых людей позволил сделать вывод о существенных ограничениях имеющихся данных и возможности их применения к пациентам [12]. Ряд неврологических заболеваний, таких как паралич Белла, боль в спине, мигрень, могут не приводить к смерти и не влиять на выживаемость, тем не менее значительно ухудшать качество жизни, поэтому эти заболевания рассмотрены отдельно (табл. 2).

При обсуждении прогноза у неврологического пациента Robert G. Holloway с соавт. дает следующие рекомендации [4]:

- соблюдение баланса правды и надежды («надейся на лучшее, готовься к худшему»), избегая чрезмерно оптимистичных и, наоборот, излишне пессимистичных прогнозов. Так, в беседе с пациентом важно устанавливать нижнюю и верхнюю границу, например, при обсуждении продолжительности жизни;
- сообщение прогноза должно происходить в контексте более широких коммуникационных задач по установлению взаимопонимания, обсуждению вариантов лечения, выявлению предпочтений пациентов, решению конфликтов и проведению семейных встреч;

Данные о прогнозе при наиболее распространенных неврологических заболеваниях, соответствующие разным траекториям болезни

Заболевание	Прогноз	Прогностические факторы
<b>Первая траектория: фаза резкого спада</b>		
Боковой амиотрофический склероз (БАС)	Средняя продолжительность жизни от дебюта заболевания до смерти колеблется от 20 до 48 месяцев, 10–20% пациентов имеют выживаемость до 10 лет [13, 14] При применении рилузола (не зарегистрирован в России) отмечается увеличение продолжительности жизни на 3–6 месяцев, при применении эдараवона (не зарегистрирован в России) – замедление прогрессирования на 33% Применение вентиляции легких улучшает выживаемость. При применении неинвазивной вентиляции легких замедление снижения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) на 5–7 месяцев, при применении инвазивной вентиляции легких (ИВА) – замедление снижения ФЖЕЛ на 1–2 года [15]	Тяжесть заболевания оценивается с использованием пересмотренной шкалы нарушения функций при БАС (ALS Functional Rating Scale Revised, ALS FRS-R) Предикторы короткой выживаемости: более короткое время с момента постановки диагноза до вовлечения дыхательных мышц, начало с бульбарных нарушений, пожилой возраст, генерализованное начало Дополнительные факторы включают дисфагию, требующую кормления, одышку и снижение ФЖЕЛ ниже 50% [13, 14]
Мультиформная глиобластома	Средняя продолжительность жизни без лечения составляет 3 месяца При проведении терапии (хирургическая резекция, лучевая терапия и химиотерапия) средняя выживаемость составляет от 12 до 15 месяцев, менее 25% пациентов выживают до 2 лет, 10% пациентов выживают до 5 лет Общая смертность при удалении опухоли составляет 1–2%. Примерно у 40% пациентов дефицит после операции отсутствует или минимален, у 30% нет разницы по сравнению с предоперационным состоянием, а у 25% наблюдается нарастание дефицита после операции [16, 17]	Прогностические факторы, влияющие на выживаемость, включают более молодой возраст, более высокий функциональный статус по шкале Карновского, меньшую степень злокачественности (Grade) опухоли, специфические маркеры (метилирование MGMT, мутация IDH1, IDH2 или TERT, коделеция 1p19q, сверхэкспрессия EGFR и другие) и, вероятно, степень резекции [16, 17]
Метастазирование в головной мозг	Средняя продолжительность жизни 7,2 месяца со значительной вариабельностью, в зависимости от типа опухоли, от 4,9 месяца для мелкоклеточного рака легкого до 13,8 месяца для рака молочной железы. При этом 8,3% доживают до года и 1,4% – до 2 лет [18]	Существуют различные прогностические индексы для оценки метастазов в головной мозг К факторам хорошего прогноза относят контроль экстракраниального опухолевого процесса (первичная опухоль, метастазы в других органах), возраст моложе 60 лет, женский пол, химиотерапию до обнаружения метастазов в ЦНС, два и менее метастаза в мозге, индекс Карновского 70 и выше и др. К факторам плохого прогноза относят распространенное заболевание, выраженный неврологический дефицит, обнаружение метастазов в течение года после диагностики первичной опухоли, большой возраст, мужской пол, а также инфратенториальное расположение метастаза, метастазы, вызывающие нарушения ликвородинамики, супратенториальные метастазы с выраженной дислокацией [18, 19, 20]
<b>Вторая траектория: постепенное снижение с острыми эпизодами и восстановлением</b>		
Рассеянный склероз (РС)	Ожидаемая продолжительность жизни на 7–10 лет меньше, а смертность почти в три раза выше, чем в общей популяции Среднее время до смерти – 35–50 лет для пациентов с вторично прогрессирующим РС. Вероятность развития второго эпизода через 2 года – 17–45%, через 5 лет – около 50%, через 10 лет – 60% и 68% через 14 лет. Среднее время до второго эпизода составляет около 2 лет [21] Первично-прогрессирующий РС – среднее время до смерти 33 года [22] Стойкая нетрудоспособность у 80% пациентов развивается через 20–25 лет, через 15–18 лет 50% нуждаются в помощи при ходьбе, прикованы к инвалидной коляске или постели [23]	Индивидуальный прогноз неопределенный Неблагоприятные прогностические признаки: старший возраст начала; множественные очаги при первом обострении; поражение спинного мозга в дебюте; атрофия головного мозга, по данным МРТ; неполная ремиссия после первого эпизода, а также развитие прогрессирующего течения [23]
Эпилепсия	Прогноз сильно зависит от этиологии Частота рефрактерной эпилепсии (РЭ) – 30% [24]. Хирургическое лечение РЭ приводит к сокращению частоты приступов от 21 до 91% в течение 5 и 10 лет [25, 26] Высокий риск внезапной смерти (SUDEP). На SUDEP, вероятно, приходится 15% всех смертей, связанных с эпилепсией [27]	Частота рецидива после первого неспровоцированного приступа у взрослых составляет от 21 до 45%, наибольший риск – в течение первых 2 лет. Частота рецидивов выше у лиц с со структурной эпилепсией Раннее лечение противоэпилептическими препаратами снижает риск рецидива приступов в краткосрочной перспективе и не влияет на прогноз развития эпилепсии. Очаговые или ночные приступы и предшествующая травма головного мозга увеличивают риск рецидива приступа. Эпилептиформные разряды на ЭЭГ и нарушения нейровизуализации повышают риск рецидива. Вероятность ремиссии после установления диагноза эпилепсии составляет 42% через 5 лет и до 65% через 10 лет [27]
Миастения	Смертность в настоящее время составляет 3–4%, в целом большинство пациентов благодаря лечению имеют почти нормальную продолжительность жизни Исследований по прогнозу недостаточно Полная стабильная ремиссия была зарегистрирована у 3,6% MuSK-положительных по сравнению с 22% у AChR-положительных и дважды негативных пациентов [30] Около 10% пациентов с генерализованной миастенией рефрактерны к лечению [29]	Неблагоприятные прогностические факторы: возраст старше 40 лет, быстрое прогрессирование, высокие титры антител к ахетилиновым рецепторам и тимома Факторы, определяющие риск генерализации глазной формы миастении, на настоящий момент неизвестны Большинство пациентов с генерализованной формой миастении достигают максимальной степени слабости в течение 2–3 лет от начала заболевания, в этот период также происходит половина смертей от болезни. Те, кто пережили первые 3 года болезни, обычно достигают стабильного состояния или его улучшения. Тем не менее прогноз сильно варьируется: от ремиссии до смерти [29, 30]

Третья траектория: длительное медленно снижение	
<p>Деменции (болезнь Альцгеймера (БА) и другие)</p>	<p>Ежегодное снижение результатов по шкале MMSE в среднем составляет 3–4 балла. Однако развитие болезни не является линейным (в первые годы снижение на 1–2 балла в год, далее на 4–5 баллов в год при умеренно-тяжелых стадиях заболевания). Факторы, которые связаны с более быстрым снижением когнитивных функций и более короткой выживаемостью: развитие паркинсонизма, психотических симптомов и ранних речевых нарушений [31, 33]</p> <p>Потенциальная польза (продление выживаемости, улучшение качества жизни, лучшее питание, снижение риска пролежней) и вред (увеличение риска развития пневмонии) использования энтерального зондового питания для пациентов с тяжелой деменцией, несмотря на его широкое использование, остаются неясными [35]</p> <p>Данные о том, различаются ли пациенты с ДТЛ и БА по скорости когнитивного снижения, противоречивы. Использование ингибиторов холинэстеразы было связано с отсрочкой госпитализации, тогда как использование антипсихотических препаратов было связано с заметно более высокой частотой госпитализаций в домах престарелых [33]</p> <p>Для ДТЛ коморбидность с деменцией альцгеймеровского типа является неблагоприятным прогностическим фактором</p> <p>При ВДВ развитие экстрапирамидных или особенно пирамидных симптомов является фактором более высокой скорости прогрессирования [34]</p>
<p>Болезнь Паркинсона (БП)</p>	<p>Динамика статуса болезни на основе унифицированной шкалы оценки болезни Паркинсона Международного общества расстройств движений (MDS-UPDRS) является лучшим предиктором возникновения будущих клинических событий, таких как смерть, инвалидность, когнитивные нарушения и депрессия, чем любые исходные характеристики болезни [36]</p> <p>Факторы, связанные с неблагоприятным прогнозом: более старший возраст начала заболевания, акинетико-ригидная форма, а также значительная выраженность дофамин-нечувствительных симптомов (постуральная неустойчивость, нарушение походки, когнитивные нарушения, вегетативная недостаточность, депрессия и психоз) [37]</p>
<p>Атипичный паркинсонизм</p>	<p>Прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП) – средняя продолжительность жизни примерно 6 лет (от 5 до 10), прогноз зависит от фенотипа, худший прогноз при типичном фенотипе (синдром Стила-Ричардсона-Ольшевского)</p> <p>Мультисистемная атрофия (МСА) – средняя продолжительность жизни составляет около 8 лет. Не установлено различий в выживаемости между МСА-Р и МСА-С; использование вспомогательных приспособлений для ходьбы и инвалидных колясок происходило в среднем через 3 и 5 лет соответственно от начала заболевания [38, 39]</p> <p>Кортикобазальная дегенерация (КБД) – смерть наступает в течение 10 лет после постановки диагноза [40]</p> <p>Для МСА и ПНП важным прогностическим фактором является время достижения одного из клинически значимых этапов развития болезни (частые падения, когнитивные нарушения, неразборчивость речи, тяжелая дисфагия, зависимость от инвалидной коляски, использование мочевого катетера, проживание в специализированных учреждениях)</p> <p>К предикторам быстрого течения болезни для МСА относят раннюю вегетативную недостаточность, женский пол, более поздний возраст начала, проживание в неспециализированном учреждении; для ПНП – мужской пол, более поздний возраст начала [39]</p>
<p>Болезнь Гентингтона</p>	<p>Исследований по прогнозу недостаточно. Количество повторов ЦАГ коррелирует с возрастом дебюта, темпом прогрессирования моторных и когнитивных симптомов, а также с более быстрым снижением массы тела, но не имеет влияния на продолжительность болезни [41, 42]</p>
Четвертая траектория – внезапное неврологическое ухудшение	
<p>Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)</p>	<p>По оценкам, совокупный риск смерти через 28 дней, год и 5 лет после ОНМК составляет 28, 41 и 60% соответственно. Нефатальный инсульт связан с почти пятикратным увеличением риска смерти в период от 4 недель до года [43]</p> <p>Риск повторного инсульта наиболее высок на ранних этапах после ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки (ТИА) – около 1% через 6 часов, 2% через 12 часов, 3% через 2 дня, 5% через 7 дней и 10% через 14 дней [43, 44]</p> <p>У молодых людей (18–50 лет), перенесших инсульт, 20-летний риск повторного ишемического инсульта составляет около 19% [45]</p> <p>Сосудистые факторы риска, предшествующие симптоматические сосудистые заболевания (включая инсульт, инфаркт миокарда или заболевание периферических артерий), нестабильное сосудистое заболевание (повторяющиеся недавние ишемические события в головном мозге), источники и причины эмболии (фибрилляция предсердий, эмболия из сердца или крупных артерий), церебральные микрокровоизлияния считаются возможными предикторами рецидива инсульта при долгосрочном наблюдении</p> <p>Прогностические инструменты: шкала ABCD – шкала оценки риска инсульта после ТИА (обновленные версии: шкала ABCD2 и ABCD3-1) и шкала инсульта NIHSS [43, 45]</p>
<p>Внутричерепное кровоизлияние (ВМК)</p>	<p>Предложена шкала оценки ВМК с использованием пяти переменных (шкала комы Глазго [ШКГ], объем ВМК, наличие внутрижелудочкового кровоизлияния, возраст и инфратенториальное кровоизлияние), на основе которых прогнозируются тяжесть ВМК и 30-дневная смертность. Для тех, кто пережил спонтанное ВМК, ежегодный риск рецидива оценивается в 2% за год [47]</p>
<p>Гипоксическая ишемическая энцефалопатия</p>	<p>Факторы плохого прогноза: отсутствие зрачкового и роговичного рефлексов через 24 часа после сердечно-легочной реанимации; ЭЭГ-паттерн («вышка – подавление»), эпилептический статус в течение первых 24 часов, билатеральное отсутствие соматосенсорных вызванных потенциалов в течение первых 3 дней, продолжительность комы, менее 6 баллов по ШКГ в течение 72 часов от начала заболевания [48, 49]</p>

Черепно-мозговая травма (ЧМТ)	Прогноз зависит от тяжести ЧМТ и характера травмы. До 80% ЧМТ являются легкими, около 10% – средней степени тяжести и 10% – тяжелыми. При легких ЧМТ у большинства пациентов симптомы разрешаются в течение месяца. При тяжелой ЧМТ (ШКГ ≤ 8) риск смерти – 30%, 5–15% пациентов переходят в вегетативное состояние, 30–65% пациентов в течение 12 месяцев возвращаются к функциональной независимости [50]	Неблагоприятные прогностические факторы: более низкий балл по ШКГ, изменения на компьютерной томографии (КТ), зрачковые нарушения, более старший возраст, ассоциированные экстракраниальные травмы, гипотензия, гипоксемия, пирексия, повышенное внутричерепное давление, сниженное церебральное перфузионное давление, нарушения свертывания крови Существуют прогностические модели для оценки риска смерти и тяжелой инвалидизации у пациентов с ЧМТ – CRASH и IMPACT [51, 52]
Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (синдром Гийена-Барр, СГБ)	Смертность варьирует от 1 до 18%. Смертность у пациентов, находящихся на ИВЛ, обычно выше и колеблется от 20 до 38,3% [53] Несмотря на проводимое лечение, около 25% пациентов нуждаются в ИВЛ сроком от нескольких дней до нескольких месяцев, около 5% умирают из-за дыхательной недостаточности Несмотря на лечение, до 20% пациентов не могут ходить без посторонней помощи через 4 недели, и только 60% полностью восстанавливают мышечную силу через год от начала заболевания, 14% пациентов остаются инвалидизированными [54]	Неблагоприятные прогностические факторы: более старший возраст начала (более 40–50 лет), предшествующая заболеванию диарея, выраженная слабость в конечностях в дебюте заболевания. Наличие положительных антител к ганглиозидам также может указывать на плохое восстановление Существуют прогностические индексы, оценивающие риск невозможности самостоятельной ходьбы через 6 месяцев после госпитализации (Erasmus GBS Outcome Scale) и риск необходимости использования ИВЛ в течение первой недели госпитализации (Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Scale) [55]

Таблица 2

**Прогнозы при наиболее частых неврологических заболеваниях, не относящихся к траекториям выживания**

Заболевание	Прогноз
Паралич Белла	Прогноз хороший, около 70% пациентов восстанавливаются спонтанно в течение 3–6 месяцев. При применении глюкокортикостероидов 80–85% пациентов достигают полного восстановления. Наиболее существенный фактор неполного восстановления – более выраженный прозопазез (V–VI баллов) по шкале Хауса-Бракманна (House-Brackmann), к другим факторам неполного восстановления относят возраст старше 40 лет, диабет, неконтролируемую гипертензию ЭМГ позволяет спрогнозировать восстановление у пациентов с тяжелым прозопазезом. У 15% развиваются осложнения – синкинезии и контрактуры [56]. Повторный паралич Белла наблюдается у 7–15% пациентов, беременность является фактором риска повторного паралича Белла [57]
Боль в спине	Прогноз при острой боли в спине хороший. Только 1/3 пациентов обращаются за медицинской помощью, из них у 70–90% состояние улучшается в течение 6–7 недель По прошествии 6 недель процесс улучшения замедляется. Повторные эпизоды боли встречаются примерно у 70% пациентов в течение 12 месяцев и также имеют хороший прогноз. Дискогенная боль в спине (связанная с грыжей межпозвоночного диска) является этиологическим фактором боли в спине менее чем у 5% пациентов [58] Оперативное вмешательство в связи с болью в спине показано ограниченному количеству пациентов. При наличии показаний хирургические вмешательства позволяют достичь более быстрого и существенного улучшения, чем консервативная терапия. Синдром оперированного позвоночника в среднем встречается у 5–20% прооперированных пациентов, диагноз зачастую запаздывает вследствие повторных операций [59]
Мигрень	По данным American Migraine Prevalence and Prevention study, в течение года у 84% пациентов мигрень персистирует, у 10% пациентов отмечается полная ремиссия, у 3% пациентов мигрень хронизируется [60] У пациентов может встречаться частая трансформация эпизодической мигрени в хроническую мигрень и наоборот. Распространенность мигрени нарастает у обоих полов до примерно 40 лет, а затем снижается. Длительные ремиссии распространены и чаще встречаются у мужчин; известные факторы, ассоциированные с ремиссиями – более высокий уровень образования и наличие супруга (супруги). К факторам прогрессирования мигрени относят возраст, низкий уровень образования, социально-экономический статус, травмы головы, частоту приступов, ожирение, лекарственный абюз, чрезмерный прием кофеина, стрессовые события, храп, другие болевые синдромы. Применение профилактической терапии позволяет снизить частоту приступов [61]
Эссенциальный тремор (ЭТ)	Исследований по прогнозу недостаточно. Прогрессирование заболевания медленное; могут быть отличия в скорости прогрессирования семейного и несемейного ЭТ К факторам возможного прогрессирования относят ассиметричный тремор и односторонний дебют тремора. Для значительного количества пациентов ЭТ является инвалидизирующим заболеванием Выраженность инвалидизации связана с локализацией тремора и его амплитудой. Степень функциональных нарушений коррелирует с выраженностью кинетического тремора в руках [62] ЭТ может быть ассоциирован с повышенным риском развития болезни Паркинсона. Продолжительность жизни у людей с ЭТ не отличается от общей популяции [63]

- ключевое прогностическое сообщение должно быть скоординировано всей мультидисциплинарной командой по лечению и уходу, чтобы избежать путаницы и не предоставлять пациенту и его семье различные прогнозы.

Среди общих принципов эффективного межличностного общения между врачом и пациентом при сообщении прогноза можно выделить: сопереживание (эмпатию), использование протокола сообщения плохих новостей (например, SPIKES) [64], установление и поддержание зрительного контакта, минимизацию прерываний беседы, гибкое ведение беседы в зависимости от вербальных и невербальных сигналов от пациента и его близких, признание выражаемых пациентом эмоций, «законивание» их уместности и нормальности реакции.

**Заключение**

Спецификой неврологического прогноза является значительная неопределенность, но часть пациентов ждут от врачей более четких прогнозов. Каждая беседа по обсуждению прогноза требует от врача, с одной стороны, достаточного оптимизма, с другой – знания, когда излишек оптимизма может нанести вред (напрасная трата ресурсов, ненужные страдания, эмоционально-психологическая неготовность пациента к подобной беседе). Выбор и поддержание верного тона беседы по обсуждению прогноза является непростой задачей и требует от врача как достаточных эмоциональных ресурсов, так и осознания собственных предубеждений и ограничений. Мы надеемся, что данные по прогнозам и благоприятным и неблагоприятным прогностическим факторам при различных неврологических заболеваниях, перечисленным в данной статье, помогут врачам в работе с пациентами.

## Список литературы / References

1. Prognosis of Neurological Diseases. S. Angelo, L. Giuseppe, Chiapparini, Luisa 2015.
2. Gill T.M. The central role of prognosis in clinical decision making. *JAMA*. 2012 Jan 11; 307 (2): 199–200. DOI: 10.1001/jama.2011.1992.
3. Christakis N.A., Washyna T.J. Attitude and self-reported practice regarding prognostication in a national sample of internists. *Arch Intern Med*. 1998 Nov 23; 158 (21): 2389–95. DOI: 10.1001/archinte.158.21.2389.
4. Holloway R.G., Gramling R., Kelly A.G. Estimating and communicating prognosis in advanced neurologic disease. *Neurology*. 2013; 80 (8): 764–772. DOI: 10.1212/WNL.0b013e318282509c.
5. Erde E.L., Nadel E.C., Scholl T.O. On truth telling and the diagnosis of Alzheimer's disease. *J Fam Pract*. 1988 Apr; 26 (4): 401–6.
6. Halkett G.K., Lobb E.A., Oldham L., et al. The information and support needs of patients diagnosed with High Grade Glioma. *Patient Educ Nurs*. 2010 Apr; 79 (1): 112–9. DOI: 10.1016/j.pedn.2009.08.013.
7. Clayton J.M., Hancock K.M., Butow P.N., et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with patients in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Med J Aust*. 2007 Jun 18; 186 (5): S77–S105. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x.
8. Finley Caulfield A., Gabler L., Lansberg M.G., et al. Outcome prediction in mechanically ventilated neurologic patients by junior neurointensivists. *Neurology*. 2010 Apr 6; 74 (14): 1096–101. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181d8197f.
9. Hemphill J.C. 3rd, Newman J., Zhao S., et al. Hospital usage of early do-not-resuscitate orders and outcome after intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2004 May; 35 (5): 1130–4. DOI: 10.1161/01.STR.0000125858.71051.ca.
10. Becker K.J., Baxter A.B., Cohen W.A., et al. Withdrawal of support in intracerebral hemorrhage may lead to self-fulfilling prophecies. *Neurology*. 2001 Mar 27; 56 (6): 766–72. DOI: 10.1212/WNL.56.6.766.
11. Fried T.R., Bradley E.H., Towle V.R., et al. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med*. 2002 Apr 4; 346 (14): 1061–6. DOI: 10.1056/NEJMs012528.
12. Youman L.C., Lee S.J., Schonberg M.A., et al. Prognostic indices for older adults: a systematic review. *JAMA*. 2012 Jan 11; 307 (2): 182–92. DOI: 10.1001/jama.2011.1966.
13. Knibb J.A., Keren N., Kulka A., et al. A clinical tool for predicting survival in ALS. *J Neural Neurosurg Psychiatry*. 2016 Dec; 87 (12): 1361–1367. DOI: 10.1136/jnnp-2015-312908.
14. Chiò A., Logroscino G., Hardiman O., et al. Prognostic factors in ALS: A critical review. *Amyotroph Lateral Scler*. 2009 Oct-Dec; 10 (5–6): 310–23. DOI: 10.3109/17482960802566824.
15. Osama A., Khairoalsindi, Ahmad R., Abuzinadah. Maximizing the Survival of Amyotrophic Lateral Sclerosis Patients: Current Perspectives. *Neurology Research International*, vol. 2018, Article\_ID6534150, 12 pages, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/6534150>.
16. Delgado-López P.D., Corrales-García E.M. Survival in glioblastoma: a review on the impact of treatment modalities. *Clin Transl Oncol*. 2016 Nov; 18 (11): 1062–1071. DOI: 10.1007/s12094-016-1497-x.
17. Poon M.T.C., Sudlow C.L.M., Figueroa J.D., et al. Long-term (≥ 2 years) survival in patients with glioblastoma in population-based studies pre- and post-2005: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2010, 11622 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68011-4>.
18. Rastogi K., Bhasakar S., Gupta S., et al. Palliation of Brain Metastases: Analysis of Prognostic Factors Affecting Overall Survival. *Indian J Palliat Care*. 2018 Jul-Sep; 24 (3): 308–312. DOI: 10.4103/ijpc.ijpc\_1\_18. PMID: 30111944.
19. Hall W., Djallilian H., Nussbaum E., et al. Long-term survival with metastatic cancer to the brain. *Med Oncol*. 17, 279–286 (2000). <https://doi.org/10.1007/BF02782192>. PMID: 11114706.
20. Steiner J.J. Epidemiology and prognosis of brain metastases. *Surg Neurol Int*. 2013 May 2; 4 (Suppl 4): S192–202. DOI: 10.4103/12152-7806.112966. PMID: 23717790.
21. Tremlett H., Zhao Y., Rieckmann P., et al. New perspectives in the natural history of multiple sclerosis. *Neurology*. 2010 Jun 15; 74 (24): 2004–15. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181e3973f.
22. Rice C.M., Cottrell D., Wilkins A., et al. Primary progressive multiple sclerosis: progress and challenges. *J Neural Neurosurg Psychiatry*. 2013 Oct; 84 (10): 1100–6. DOI: 10.1136/jnnp-2012-304140.
23. Kremenchutzky M., Rice G.P., Baskerville J., et al. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study 9: observations on the progressive phase of the disease. *Brain*. 2006 Mar; 129 (Pt 3): 584–94. DOI: 10.1093/brain/awh721.
24. Picot M.C., Baldy-Moulinier M., Daurès J.P., et al. The prevalence of epilepsy and pharmacoresistant epilepsy in adults: a population-based study in a Western European country. *Epilepsia*. 2008 Jul; 49 (7): 1230–8. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2008.01579.x.
25. McIntosh A.M., Kainins R.M., Mitchell L.A., et al. Temporal lobectomy: long-term seizure outcome, late recurrence and risks for seizure recurrence. *Brain*. 2004 Sep; 127 (Pt 9): 2018–30. DOI: 10.1093/brain/awh221.
26. de Tisi J., Bell G.S., Peacock J.L., et al. The long-term outcome of adult epilepsy surgery, patterns of seizure remission, and relapse: a cohort study. *Lancet*. 2011 Oct 15; 378 (9800): 1388–95. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60890-8.
27. Nashef L., So E.L., Ryvlin P., et al. Unifying the definitions of sudden unexpected death in epilepsy. *Epilepsia*. 2012 Feb; 53 (2): 227–33. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2011.03358.x.
28. Rizvi S., Ladino L.D., Hernandez-Ronquillo L., et al. Epidemiology of early stages of epilepsy: Risk of seizure recurrence after a first seizure. *Seizure*. 2017 Jul; 49: 46–53. DOI: 10.1016/j.seizure.2017.02.006.
29. Boggi F., Andreatta F., Maggi L., et al. Complete stable remission and autoantibody specificity in myasthenia gravis. *Neurology*. 2013 Jan 8; 80 (2): 188–95. DOI: 10.1212/WNL.0b013e31827b907b.
30. Wang L., Zhang Y., He M. Clinical predictors for the prognosis of myasthenia gravis. *BMC Neurol*. 2017 Apr 19; 17 (1): 77. DOI: 10.1186/s12883-017-0857-7.
31. Heyman A., Peterson B., Fillenbaum G., et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Part XIV: Demographic and clinical predictors of survival in patients with Alzheimer's disease. *Neurology*. 1996 Mar; 46 (3): 656–60. DOI: 10.1212/WNL.46.3.656.
32. Rait G., Walters K., Boffmley C., et al. Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: cohort study. *BMJ*. 2010 Aug 5; 341: c3584. DOI: 10.1136/bmj.c3584.
33. Williams M.M., Xiong C., Morris J.C., et al. Survival and mortality differences between dementia with Lewy bodies vs Alzheimer disease. *Neurology*. 2006 Dec 12; 67 (11): 1935–41. DOI: 10.1212/01.WNL.0000247041.63081.98.
34. Hodges J.R., Davies R., Xuereb J., et al. Survival in frontotemporal dementia. *Neurology*. 2003 Aug 12; 61 (3): 349–54. DOI: 10.1212/01.WNL.0000078928.20107.52.
35. Sampson E.L., Candy B., Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15; 2009 (2): CD007209. DOI: 10.1002/14651858.cd007209.pub2.
36. Willis A.W., Schootman M., Kung N., et al. Predictors of survival in patients with Parkinson disease. *Arch Neurol*. 2012 May; 69 (5): 601–7. DOI: 10.1001/archneurol.2011.2370.
37. de Lau LM, Verbaan D, van Rooden SM, Marinus J, van Hilten JJ. Relation of clinical subtypes in Parkinson's disease with survival. *Mov Disord*. 2014 Jan; 29 (1): 150–1. DOI: 10.1002/mds.25652.
38. Ling H. Clinical Approach to Progressive Supranuclear Palsy. *J Mov Disord*. 2016 Jan; 9 (1): 3–13. DOI: 10.14802/jmd.15060.
39. O'Sullivan S.S., Massey L.A., Williams D.R., et al. Clinical outcomes of progressive supranuclear palsy and multiple system atrophy. *Brain*. 2008 May; 131 (Pt 5): 1362–72. DOI: 10.1093/brain/awn065.
40. Litvan I., Grimes D.A., Lang A.E. Phenotypes and prognosis: clinicopathologic studies of corticobasal degeneration. *Adv Neurol*. 2000; 82: 183–96.
41. Roos R.A. Huntington's disease: a clinical review. *Orphanet J Rare Dis*. 2010 Dec 20; 5: 40. DOI: 10.1186/1750-1172-5-40.
42. Long J.D., Langbehn D.R., Tabrizi S.J., et al. Validation of a prognostic index for Huntington's disease. *Mov Disord*. 2012 Feb; 27 (2): 256–263. DOI: 10.1002/mds.22638.
43. Brannum-Hansen H., Davidsen M., Thorvaldsen P., et al. Long-term survival and causes of death after stroke. *Stroke*. 2001 Sep; 32 (9): 2131–6. DOI: 10.1161/hs0901.094253.
44. Fonarow G.C., Saver J.L., Smith E.E., et al. Relationship of national institutes of health stroke scale to 30-day mortality in medicare beneficiaries with acute ischemic stroke. *J Am Heart Assoc*. 2012 Feb 1 (1): 42–50. DOI: 10.1161/JAHA.111.000034.
45. Chandratheva A., Geraghty O.C., Luengo-Fernandez R., et al. ABCD2 score predicts severity rather than risk of early recurrent events after transient ischemic attack. *Stroke*. 2010 May; 41 (5): 851–6. DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.570010.
46. Sacco S., Marini C., Toni D., et al. Incidence and 10-year survival of intracerebral hemorrhage in a population-based registry. *Stroke*. 2009 Feb; 40 (2): 394–9. DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.523209.
47. Hemphill J.C. 3rd, Bonovich D.C., Besmeris L., et al. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2001 Apr; 32 (4): 891–7. DOI: 10.1161/01.STR.32.4.891.
48. Zandbergen E.G., de Haan R.J., Reitsma J.B., et al. Survival and recovery of consciousness in anoxic-ischemic coma after cardiopulmonary resuscitation. *Intensive Care Med*. 2003 Nov; 29 (11): 1911–5. DOI: 10.1007/s00134-003-1951-4.
49. Wijckicks E.F., Hijdra A., Young G.B., et al. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: prediction of outcome in comatose survivors after cardiopulmonary resuscitation (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2006 Jul 25; 67 (2): 203–10. DOI: 10.1212/01.wnl.0000227183.21314.c1.
50. Jiang JY, Gao GY, Li WP, Yu MK, Zhu C. Early indicators of prognosis in 846 cases of severe traumatic brain injury. *J Neurotrauma*. 2002 Jul; 19 (7): 869–74. DOI: 10.1089/0897715026190456.
51. MRC CRASH Trial Collaborators, Perel P, Arango M, Clayton T, Edwards P, Komolafe E, Pocock S, Roberts I, Shakur H, Steyerberg E, Vythilingam S. Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. *BMJ*. 2008 Feb 23; 336 (7641): 425–9. DOI: 10.1136/bmj.39461.643438.25.
52. Steyerberg EW, Mushkudiani N, Perel P, Butcher I, Lu J, McHugh GS, Murray GD, Marmara A, Roberts I, Habbema JD, Maas AI. Predicting outcome after traumatic brain injury: development and international validation of prognostic scores based on admission characteristics. *PLoS Med*. 2008 Aug 5; 5 (8): e165. Discussion e165. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050165.
53. Netto A.B., Taly A.B., Kulkarni G.B., et al. Mortality in mechanically ventilated patients of Guillain Barré Syndrome. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011 Oct; 14 (4): 262–6. DOI: 10.4103/0972-2327.91942.
54. Rajabally Y.A., Uncini A. Outcome and its predictors in Guillain-Barré syndrome. *J Neural Neurosurg Psychiatry*. 2012; 83 (7): 711–8. DOI: 10.1136/jnnp-2011-301882.
55. Walgaard C., Lingsma H.F., Ruts L., et al. Early recognition of poor prognosis in Guillain-Barré syndrome. *Neurology*. 2011 Mar 15; 76 (11): 968–75. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182104407.
56. Peitersen E. The natural history of Bell's palsy. *Am J Otol*. 1982 Oct; 4 (2): 107–11.
57. Yoo M.C., Soh Y., Chon J., et al. Evaluation of Factors Associated With Favorable Outcomes in Adults With Bell Palsy. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020 Mar 1; 146 (3): 256–263. DOI: 10.1001/jamaoto.2019.4312.
58. Carey T.S., Evans A.T., Hadler N.M., et al. Acute severe low back pain. A population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1996 Feb 1; 21 (3): 339–44. DOI: 10.1097/00007632-199602010-00018.
59. Thomson S. Failed back surgery syndrome – definition, epidemiology and demographics. *Br J Pain*. 2013 Feb; 7(1): 56–9. DOI: 10.1177/2049463713479096.
60. Bigal M.E., Lipton R.B. The prognosis of migraine. *Curr Opin Neurol*. 2008 Jun; 21 (3): 301–8. DOI: 10.1097/WCO.0b013e31832800c6f5.
61. Lipton R.B., Bigal M.E., Diamond M., et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007 Jan 30; 68 (5): 343–9. DOI: 10.1212/01.wnl.0000252808.97649.21.
62. Rajput A., Robinson C.A., Rajput A.H. Essential tremor course and disability: A clinicopathologic study of 20 cases. *Neurology*. 2004 Mar 23; 62 (6): 932–6. DOI: 10.1212/01.wnl.0000115145.18830.
63. Benito-León J., Louis E.D., Bermejo-Pareja F. Neurological Disorders in Central Spain Study Group. Risk of incident Parkinson's disease and parkinsonism in essential tremor: a population based study. *J Neural Neurosurg Psychiatry*. 2009 Apr; 80 (4): 423–5. DOI: 10.1136/jnnp.2008.147223.
64. Бриль Е. В., Кузнецова О. В., Хасина А. В., Зимнякова О. С. Обучение и развитие навыков коммуникации – неотъемлемая часть профессионального врача. *Главрuch*. 2019. № 10. С. 9–15. <https://doi.org/10.1136/bmj.39461.643438.25>.

Статья поступила / Received 03.09.21

Получена после рецензирования / Revised 04.09.21

Принята к публикации / Accepted 06.09.21

## Сведения об авторах

**Бриль Екатерина Витальевна**, к.м.н., доцент, рук.<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-6524-4490

**Хасина Анна Владимировна**, психолог, эксперт по развитию дружелюбного сервиса в медицине; директор МАС-менеджмент, MBA. ORCID: 0000-0002-3249-803X

**Аббасов Фархад Акифович**, врач-невролог<sup>1</sup>. <https://orcid.org/0000-0003-0608-2433>

**Зимнякова Ольга Сергеевна**, к.м.н., врач-невролог, доцент кафедры неврологии МБУ ИНО<sup>1</sup>

**Федорова Наталья Владимировна**, д.м.н., проф. кафедры неврологии<sup>2</sup>.

ORCID: 0000-0002-8836-9990

<sup>1</sup>Федеральный неврологический центр экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ЯГБУ (Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна) ФМБА России, Москва

<sup>2</sup>Кафедра неврологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

Автор для переписки: Бриль Екатерина Витальевна. E-mail: e.brill@inbox.ru

## About authors

**Bril Ekaterina V.**, PhD Med, associate professor, head<sup>1</sup>. ORCID: 0000-0002-6524-4490

**Hasina Anna V.**, psychologist, expert in development of friendly service in medicine, director of MAC-management, MBA. ORCID: 0000-0002-3249-803X

**Abbasov Farhad A.**, neurologist<sup>1</sup>. <https://orcid.org/0000-0003-0608-2433>

**Zimnyakova Olga S.**, PhD Med, neurologist, associate professor at Dept of Neurology<sup>1</sup>

**Fedorova Natalia V.**, DM Sci, professor at Dept of Neurology<sup>2</sup>.

ORCID: 0000-0002-8836-9990

<sup>1</sup>Federal Neurological Centre for Extrapyramidal Diseases and Mental Health of the State Scientific Centre of the Russian Federation – Federal Medical Biophysical Centre n.a. A.I. Burnazyan, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

Corresponding author: Bril Ekaterina V. E-mail: e.brill@inbox.ru

**For citation:** Bril E.V., Hasina A.V., Abbasov F.A., Zimnyakova O.S., Fedorova N.V. Estimation and discussion of prognosis in neurologic practice. *Communication issues with patient with neurological disease. Medical alphabet*. 2021; (22): 55–60. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-22-55-60>

