

**Федеральное медико-биологическое агентство Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет
инноваций и непрерывного образования**

УТВЕРЖДАЮ
Проректор
Медико-биологического университета
инноваций и непрерывного
образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна ФМБА России
Олесова В.Н.

ОДОБРЕНО
Ученым советом
Медико-биологического университета
инноваций и непрерывного
образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна ФМБА России

**Бриль Е.В., Зимнякова О.С., Хасина А.В.,
Аббасов Ф.А., Федорова Н.В.**

**КОММУНИКАЦИЯ
С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ.
ОБСУЖДЕНИЕ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Учебное пособие для врачей

Москва 2023

УДК 616-08-035+616.05:616.8
ББК 56.12
К 635

Бриль Е., Зимнякова О.С., Хасина А.В., Аббасов Ф.А., Федорова Н.В. Коммуникация с неврологическими пациентами. Обсуждение прогноза заболевания. Учебное пособие для врачей. – М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2023. – 40 с.

Авторы:

Бриль Е.В. – врач-невролог, руководитель Федерального неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, заведующая кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кандидат медицинских наук, доцент;

Зимнякова О.С. – врач-невролог, заместитель руководителя Федерального неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, доцент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кандидат медицинских наук;

Хасина А.В. – психолог, директор МАС-менеджмент, эксперт по дружелюбной коммуникации в медицине, МВА;

Аббасов Ф.А. – врач-невролог Федерального неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России;

Федорова Н.В. – профессор кафедры неврологии с курсом рефлексотерапии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

Рецензенты:

Синкин М.В. – врач-невролог, руководитель группы клинической нейрофизиологии, старший научный сотрудник отделения неотложной нейрохирургии ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», доктор медицинских наук;

Кожокару А.Б. – врач-невролог, врач функциональной диагностики, заведующая отделением клинической нейрофизиологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, доцент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кандидат медицинских наук.

В настоящем пособии представляемые коммуникационные инструменты позволяют реализовать пациент-ориентированный подход к лечению, выстроить эффективную коммуникацию с пациентами, и, таким образом, оказать им качественную и персонализированную медицинскую помощь. Навыки коммуникации с пациентами критически важны для ведения неврологических пациентов, в частности, для обсуждения неврологического диагноза и прогноза. Исход заболевания — это клинический вопрос, имеющий наибольший приоритет как для врача, так и для пациента. Ключевыми инструментами коммуникации являются протокол SPIKES, применяемый при сообщении «плохих новостей», и Калгари-Кембриджская модель.

ISBN 978-5-93064-238-4

© ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна
ФМБА России, 2023

© Бриль Е., Зимнякова О.С., Хасина А.В.,
Аббасов Ф.А., Федорова Н.В., 2022

Содержание

Введение	4
Этические аспекты коммуникации с неврологическими пациентами	6
Существующие протоколы коммуникации и их применение в неврологии.....	9
Формирование и обсуждение прогноза заболевания в неврологической практике	16
Заключение	27
Список литературы	28

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время такой важной области как обучение навыкам коммуникации с пациентами, уделяется все больше внимания во всех сферах медицины, в том числе в неврологии. Появляется все больше публикаций в международных неврологических журналах. Обучение коммуникационным навыкам начинается в медицинском ВУЗе на ранних этапах обучения, поскольку коммуникативная компетентность является необходимым условием профессионального развития будущего врача. На этом этапе обучение, как правило, проходит в отрыве от конкретной специальности. В последние годы, благодаря введению ФГОС и аккредитации, где одной из задач является проверка навыков коммуникации (по Калгари-Кембриджской модели), сделан еще один шаг к развитию этого направления.

Врачи неврологи не только оказывают медицинскую помощь, но и помогают пациентам и их близким ориентироваться во множестве сложных медицинских и немедицинских аспектов, сопровождающих течение неврологических заболеваний, и принимать, по возможности, осознанные решения. Для реализации этого спектра задач необходима коммуникация, основанная на доверии, открытости и эмпатии [1].

Коммуникативная компетентность врачей влияет на увеличение удовлетворенности пациентов медицинской помощью, позволяет снизить частоту и выраженность депрессивных эпизодов [2], а также увеличить приверженность терапии [3].

Обсуждаем ли мы впервые диагноз глиобластомы или рассеянного склероза у молодого пациента, выставляем диагноз бокового амиотрофического склероза или любого другого неизлечимого прогрессирующего неврологического заболевания, работаем в неотложном отделении для больных с ОНМК или ведем прием амбулаторных больных с хронической болью в спине, настроенных враждебно по отношению к врачу из-за отсутствия эффекта от лечения, лечим абзусную головную боль, пытаюсь отменить принимаемые пациентом препараты, или сообщаем пациенту о нейрохирургическом вмешательстве как об одной из опций лечения, – во всех этих ситуациях мы сталкиваемся с необходимостью и трудностями правильной коммуникации с пациентом.

Тем временем уже давно в мире активно внедряются инструменты, с помощью которых происходит обучение навыкам общения. Примерами являются хорошо зарекомендовавшие себя протоколы – модели сообщения плохих новостей (например, протокол SPIKES) [4], а также модели ведения терапевтического приема (например, Калгари-Кембриджская модель)[5]. В настоящее время именно по Калгари Кембриджской модели осуществляется проверка навыка коммуникации при аккредитации специалистов, в том числе неврологов, в нашей стране. Именно эти модели будут рассмотрены в данном пособии.

Результаты международных исследований демонстрируют, что разработка эффективных методов обучения и оценки коммуникативных навыков должна стать первоочередной задачей при обучении будущего врача [6, 7,

8, 9]. По данным ряда исследований [10, 11] общение врача с пациентом во многих случаях не является достаточно эффективным. Несмотря на общее мнение, что лишь время и индивидуальный опыт врача приводят к улучшению коммуникативных навыков с пациентом, убедительные доказательства свидетельствуют, что эффективность врачебной коммуникации существенно повышается в результате развивающих и образовательных мероприятий.

Прогнозирование – процесс оценки и информирования пациента о том, «чего ожидать» для данного конкретного пациента в ходе течения его неврологического заболевания. В повседневной клинической практике большинство неврологов регулярно сталкивается с вопросами пациентов относительно прогноза заболевания, однако отдельных руководств, посвященных именно этой проблеме в неврологии практически нет [12], 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 [13,14]. Как показывает 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 [15]. В то же время все больше фактов свидетельствует о том, что большинство пациентов и их семей желают откровенно говорить с врачом о прогнозе заболевания [16,17]. 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 [18].

Таким образом, целью данного пособия является демонстрация важности коммуникации с неврологическим пациентом, освещение конкретных инструментов улучшения этих навыков в помощь практическому неврологу, освещение международных исследований, проведенных в этой области за последние годы, а также разбор подходов к обсуждению прогноза неврологического заболевания, данных о прогнозе распространенных неврологических заболеваний.

Этические аспекты коммуникации с неврологическими пациентами

Строгое следование постулатам биомедицинской этики требует от врача быть честным с пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи. Таким образом, врач не может сознательно обманывать пациента, предоставляя ему заведомо ложную информацию о результатах проведенных исследований, диагнозе, прогнозе. В то же время допустимо, чтобы врач сообщал пациенту имеющуюся информацию дозированно, например, в течение нескольких консультаций [19].

На практике врачи-неврологи могут не сообщать пациенту значимую медицинскую информацию, руководствуясь ложным пониманием деонтологических принципов. Чаще всего основными областями утаивания информации является сокрытие от пациента диагноза в случае неизлечимого хронического инвалидизирующего заболевания; неинформирование пациента о рисках планируемых диагностических процедур или предлагаемого лечения, или отсутствие информирования об использовании в терапии препаратов плацебо [20].

Коммуникация, реализуемая между врачом-неврологом и пациентом, должна удовлетворять следующим требованиям:

- (1) быть правдивой и адекватно представленной;
- (2) учитывать неврологический, психиатрический, психологический статус пациента;
- (3) опираться на пожелания пациента в отношении лечения и/или его согласие на действия в отношении диагностики и лечения, рекомендованные врачом.

Сообщение пациентам правды является обязанностью врача-невролога, в которой реализуется деонтологический принцип автономии [21]. Не имея точного понимания текущего положения дел, будущего прогноза и доступных вариантов лечения, пациент не может в полной мере осуществить это право.

Однако существуют две ситуации, в которых врач может легитимно не раскрывать пациенту плохие новости:

- когда неврологический, психиатрический или психологический статус пациента затрудняет или делает невозможным сообщение ему плохих новостей, например, при болезни Альцгеймера (БА), лобно-височной деменции (ЛВД), болезни диффузных телец Леви (ДТЛ) и других деменциях, приводящих к разрушению когнитивной сферы. В подобной ситуации для успешного оказания помощи пациенту допустимо сообщение диагноза и прогноза в первую очередь исключительно близким пациента [22];
- в случае отказа пациента от своего права на информированное согласие. Если пациент добровольно принимает решение не узнавать диагноз и/или прогноз, не обсуждать риски, выгоды и альтернативы лечебной или диагностической процедуры, врачу следует уважать это желание [23]. В подобном случае уместно спросить пациента, какой объем информации он хотел бы получить и кому он делегирует принятие медицинских решений.

Еще одна сложность, которая может приводить к утаиванию информации, связана с тем, что врач-невролог далеко не всегда может быстро диагностировать заболевание пациента, с уверенностью определить наилучшую тактику лечения, а также сформировать медицинский прогноз и обеспечить пациента определенной картиной будущего. Утаивая от пациента плохие новости, врач-невролог может руководствоваться добрыми намерениями [24]. Врач может предполагать, что:

- сообщение диагноза полностью лишит пациента надежды и вызовет, либо усугубит состояние подавленности, тревоги и депрессии;
- психологическое состояние пациента после сообщения диагноза о неизлечимом неврологическом заболевании (боковой амиотрофический склероз, прогрессирующий надъядерный паралич, рассеянный склероз, глиобластома и др.) может вызвать усугубление физического состояния и помешает терапии;
- при возникновении сомнений в диагнозе неэтично обременять пациента информацией, которая может оказаться недостоверной;
- декларируемое желание пациента получить информацию о своем диагнозе не может быть правдивым в силу присущего всему живому инстинкта самосохранения;
- любые попытки информирования пациента заранее обречены на провал в силу отсутствия у него медицинского образования.

Таким образом, рациональным обоснованием недостаточного информирования пациентов является защита его интересов. Однако зачастую неготовность врача к откровенному обсуждению плохих новостей или прогноза может в первую очередь служить цели обеспечения собственного эмоционального выживания, и лишь во вторую – цели защиты пациента от негативной и шокирующей информации [25]. Врачу следует убедиться, что его желание подарить надежду и ободрить пациента и его близких не приводит к нанесению вреда за счет формирования ложных надежд и напрасного оптимизма [26]. В подобных случаях все рекомендации должны производиться на основе наилучших имеющихся доказательств [27]. Задача невролога в такой ситуации определить такой курс обследования или лечения, который не только отражал бы цели и приоритеты пациентов, но и представлял собой оптимальный баланс преимуществ и трудозатрат, как финансовых, так и эмоциональных.

Еще одной этической дилеммой является использование методов лечения с недоказанной эффективностью. Опросы врачей показали, что многие (17-99%) применяют гомеопатию, витамины и другие препараты с недоказанной эффективностью в терапевтических целях, не имея при этом явного решения для преодоления очевидно возникающих этических проблем [28].

Подобные действия врачей отчасти индульгируются ростом объема доказательств воздействия плацебо [29]. За последнее время был проведен ряд исследований, подтвердивших наличие положительных эффектов при использовании плацебо в неврологической практике: облегчение различных типов боли, таких как головная боль и невропатическая боль [30, 31], снижение тяжести двигательных нарушений при болезни Паркинсона [32], уменьшение

частоты приступов при эпилепсии [33], ослабление симптомов при рассеянном склерозе, а также успешное влияние на когнитивные расстройства и расстройства настроения [34, 35]. Исследования применения плацебо у пациентов с функциональными двигательными расстройствами также показали, что они способны обеспечить очевидные преимущества [36].

Использование препаратов плацебо без уведомления пациентов может приводить к разрушению доверия как к врачу, так и к системе здравоохранения в целом. Одно из исследований, проведенное с помощью телефонного опроса пациентов в Калифорнии, показало, что 20% из 853 респондентов считали, что рекомендовать плацебо неприемлемо [37]. Кроме того, использование плацебо в качестве «быстрого решения» при лечении неврологических заболеваний может привести к неспособности устранить основные психологические или психиатрические факторы, способствующие заболеванию, и, возможно, привести к медикализации доброкачественных соматических жалоб [38].

Таким образом, наилучшей практикой этически оправданного использования препаратов плацебо признано открытое информирование пациента: предоставление пациенту определения и доказательств в поддержку терапии плацебо, прозрачное раскрытие намерений использования препаратов плацебо и вербализация оптимистических ожиданий относительно результата [39].

Существующие протоколы коммуникации и их применение в неврологии

Сообщение диагноза и обсуждение «плохих новостей»

Один из самых важных и одновременно сложных элементов коммуникации в практике врача-невролога – сообщение пациентам плохих новостей [40]. Плохие новости – «любая информация, которая резко и отрицательно меняет взгляд пациента на его будущее» [41]. В контексте неврологического приема в первую очередь речь идет о сообщении диагноза [42].

Обсуждение неврологического диагноза – задача сложная как для пациента и его родственников, так и для самого врача. В исследовании [43] было показано, что сообщение диагноза БАС является стрессовым для 70% неврологов, которые испытывают чувство вины, гнев, тревогу и эмоциональное истощение [44].

Пациенты, в свою очередь, воспринимают плохие новости как крайне тяжелое, стрессовое воздействие, что во многих случаях может приводить к развитию травматической стрессовой реакции [45]. Консультация, в ходе которой врач сообщал пациентам диагноз бокового амиотрофического склероза (БАС), была признана большинством пациентов самым сложным моментом терапевтического процесса [46].

Существуют значительные расхождения между принятой практикой сообщения плохих новостей и ожиданиями пациентов. В исследованиях [47] продемонстрированы существенные расхождения между ожидаемым несовершеннолетними пациентами и их родителями и предоставляемым врачами объемом информации относительно лечения эпилепсии. В то время как 83–91% пациентов и их родителей хотели получить информацию о рисках, вариантах альтернативного лечения и применении препаратов, лишь 50% врачей были готовы предоставить подобного рода информацию, и то лишь о рисках с высокой вероятностью возникновения.

Аналогичная ситуация складывается при сообщении пациенту о диагнозе «болезни Альцгеймера». Врачи сообщали этот диагноз пациентам в 49% случаев [48], в то время как 90% пациентов, которым сообщили диагноз незамедлительно после постановки, сочли подобное информирование уместным и своевременным [16]. Это позволило пациентам получить второе врачебное мнение, завершить начатые дела, спланировать дальнейшую жизнь. Однако 10% пациентов были недовольны, что им предоставили такую информацию, отмечали чувство безнадежности, депрессивные настроения и суицидальные намерения. Исследователи не смогли обнаружить демографические или иные маркеры, которые помогли бы врачу предсказать, будет или не будет готов пациент открытому обсуждению диагноза. В другом исследовании [49] опрашивали пациентов с нарушениями памяти об их желании узнать истинный диагноз, если им окажется болезнь Альцгеймера. 69% пациентов желали узнать правду, 31% не хотели знать. В то же время все без исключения пациенты были недовольны, если узнавали о диагнозе поздно.

Пациенты с опухолью головного мозга в ходе диагностики и лечения сталкиваются с многочисленными плохими новостями [50]. Плохими новостями являются сам диагноз «злокачественное новообразование», прогноз – ожидаемая продолжительность и качество жизни, а также выбор лечения – оперативное вмешательство, химио- или лучевая терапия. В исследовании [51] было показано, что обсуждение

хирургических интервенций порождает значительную предоперационную тревожность у пациентов с интракраниальными опухолями. Данный фактор является уникальным стрессогенным явлением для этой категории пациентов, имеющим высокую клиническую значимость.

По меньшей мере 90% пациентов сталкиваются со специфическими когнитивными и личностными изменениями, возникающими вследствие неврологических нарушений при опухолях головного мозга [52]. Дефицит когнитивных функций и нарушения памяти, особенно афазии, препятствуют эффективному общению.

В обзоре [53] рассмотрено восприятие первоначального сообщения о диагнозе и прогнозе у пациентов с глиомами высокой степени злокачественности (high-grade). Пациенты и их близкие сообщали, что при постановке диагноза испытывали шок, что затрудняло обработку прогностической информации в этот момент. Только 2-е из 40 пациентов сообщили о положительном опыте предоставления им информации; когда сообщение содержало некоторую позитивную информацию. Многие хотели, чтобы врачи демонстрировали большее сострадание и сопереживание в противовес отношению к пациентам «как к элементам статистики».

В статье [17] было показано, что пациенты с high-grade глиомами получали от врача недостаточно ясные прогнозы. Все это затрудняло принятие решений для пациентов. В то же время пациенты высоко оценили возможность задавать вопросы и получать на них честные ответы от медицинских работников.

Тем не менее в исследовании [54] было показано, что информационные предпочтения пациентов с объемными образованиями распределились следующим образом: 50% хотели обладать всей возможной информацией, 23% хотели знать только важные аспекты, а 27% хотели узнать только критические аспекты. В исследовании было также установлено, что тревога была ниже у пациентов, которые хотели знать все о своей болезни, лучше понимали информацию и были более удовлетворены полученной информацией.

Как показывают исследования, то, как сообщается диагноз «болезни Паркинсона» (БП) пациенту значительно влияет на качество жизни даже через много лет после первой консультации [55]. Опрос Европейской ассоциации по болезни Паркинсона, проведенный в 11 европейских странах [56] показал, что 50% пациентов были неудовлетворены тем, как им сообщили диагноз. Информация о том, насколько пациенты были довольны диагностической консультацией, и факторы, которые оказывают на это наибольшее влияние, дает возможность улучшить опыт постановки диагноза БП. В то время как врач-невролог во время консультации сосредоточен на постановке правильного диагноза, проведении диагностических тестов и начале фармакотерапии, субъективный опыт пациента с диагнозом БП определяется, прежде всего, тем, как передается диагноз, количеством и полезностью информации, возможностью задать вопросы. В настоящее время руководства по ведению БП, например, руководящие принципы NICE [57] или EFNS [58] уже включают некоторые из рекомендаций по навыкам информирования о диагнозе.

В исследовании [59] было показано, что предпочтения пациентов относительно того, как они хотели бы получать плохие новости, можно сгруппировать в следующие три категории: (1) содержание (какую именно информацию сообщает врач и в каком объеме); (2) контекст (как организован

процесс сообщения плохих новостей); (3) поддержка (эмоциональная поддержка от врача в ходе сообщения плохих новостей).

Сообщение плохих новостей без учета коммуникативных потребностей пациентов увеличивает страдания пациентов, вызывает гнев, может оказывать длительное негативное влияние на способность к адаптации и эмоциональной регуляции [60]. В связи с этим, при сообщении плохих новостей врач должен помнить о модели принятия, разработанной в рамках концепции психологической помощи умирающим больным Е. Кюблер-Росс [61, 62]. Несмотря на то, что первоначально модель была разработана для описания психологических аспектов умирания, современное толкование модели предполагает ее использование в более широком контексте, в том числе при сообщении диагноза.

Согласно модели принятия (рис 1), пациент проходит следующие стадии при постановке тяжелого диагноза или обсуждении плохого прогноза:

Стадия 1. Отрицание. Пациент испытывает шок, отказывается верить диагнозу/прогнозу.

Стадия 2. Гнев. Негодование пациента может быть направлено вовне (пациент возмущается «плохой» работой врачей, ощущает ненависть к здоровым людям и т.п.), либо развиваться по типу ауто-агрессии (самообвинение, поиск причин болезни, т.п.).

Стадия 3. Торг. Попытка заключить сделку с врачом, самим с собой, судьбой или высшей силой. Это последняя отчаянная попытка ощутить контроль над неподвластными событиями – тяжелым диагнозом и ухудшением состояния.

Стадия 4. Глубокая печаль. Пациент ощущает отчаяние и ужас, потерю интереса к жизни. На этой стадии высок риск отказа от лечения, нарушения рекомендаций врача.

Стадия 5. Принятие. Пациент обретает взвешенную позицию, принимая диагноз/прогноз и вырабатывая позитивный взгляд на остающиеся возможности. Именно на этой стадии возможно сотрудничество врача и пациента.



Рисунок 1. Модель принятия.

Как уже было сказано выше, одним из наиболее часто применяемых протоколов сообщения диагноза и других «плохих» новостей является протокол SPIKES [63] (рис 2). Протокол был разработан для решения задачи сообщения пациентам онкологического диагноза. В последнее время появились публикации, декларирующие уместность использования протокола для сообщения неврологического диагноза [64,65]. Кроме того, существуют и другие протоколы, такие как ABCDE [66], AMEN [67], которые также можно использовать в работе.

Протокол состоит из следующих шагов:

The protocol consists of the following steps:

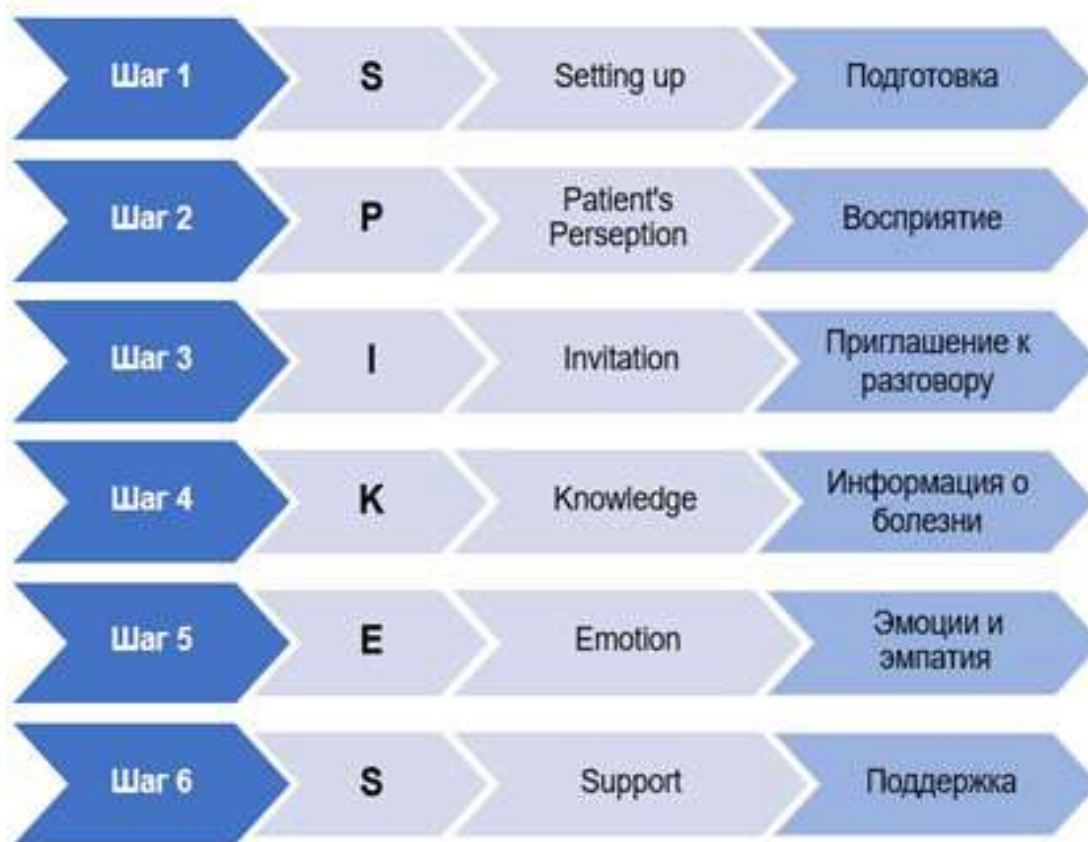


Рисунок 2. Протокол сообщения плохих новостей – SPIKES [Baile et al, 2000]

В одной из последних статей по коммуникации при сообщении плохих новостей приводятся следующие рекомендации по реализации протокола SPIKES [68]:

- от пациента нельзя утаивать плохие новости, так как он имеет юридическое и моральное право на информацию;
- если плохие новости высоковероятны, подготовьте пациента к их обсуждению как можно раньше;
- сообщайте плохие новости, будучи уверенными в диагнозе/прогнозе;
- обеспечьте конфиденциальность и комфорт пациента. Уточните у пациен-

- та, желает ли он, чтобы присутствовали члены семьи и близкие ему люди;
- дайте точную и достоверную информацию в том объеме, который хочет пациент;
- используйте зрительный контакт и язык тела, чтобы передать пациенту тепло, сочувствие, ободрение;
- окончательное решение – как действовать в свете полученных плохих новостей – прерогатива пациента;
- с уважением и вниманием отнеситесь к культурным, расовым, религиозным предпочтениям и убеждениям пациента;
- признайте свои собственные ограничения и эмоциональные трудности в сообщении плохих новостей.

Таким образом, трудно переоценить важность знания модели принятия и использование протокола SPIKES для практической работы врача-невролога. Данные инструменты помогут выстраивать более эффективную коммуникацию с пациентом, и, таким образом, оказывать ему более качественную и персонализированную медицинскую помощь. Однако протокол SPIKES регламентирует последовательность действий врача, но не дает информации о длительности и потенциальных коммуникационных сложностях на каждом шаге модели. Отработка навыков работы по таким протоколам должна входить в программу обучения врача невролога.

Калгари-Кембриджская модель ведения терапевтического приема

Для реализации модели врачу следует последовательно реализовывать каждый из этапов (рис.3).

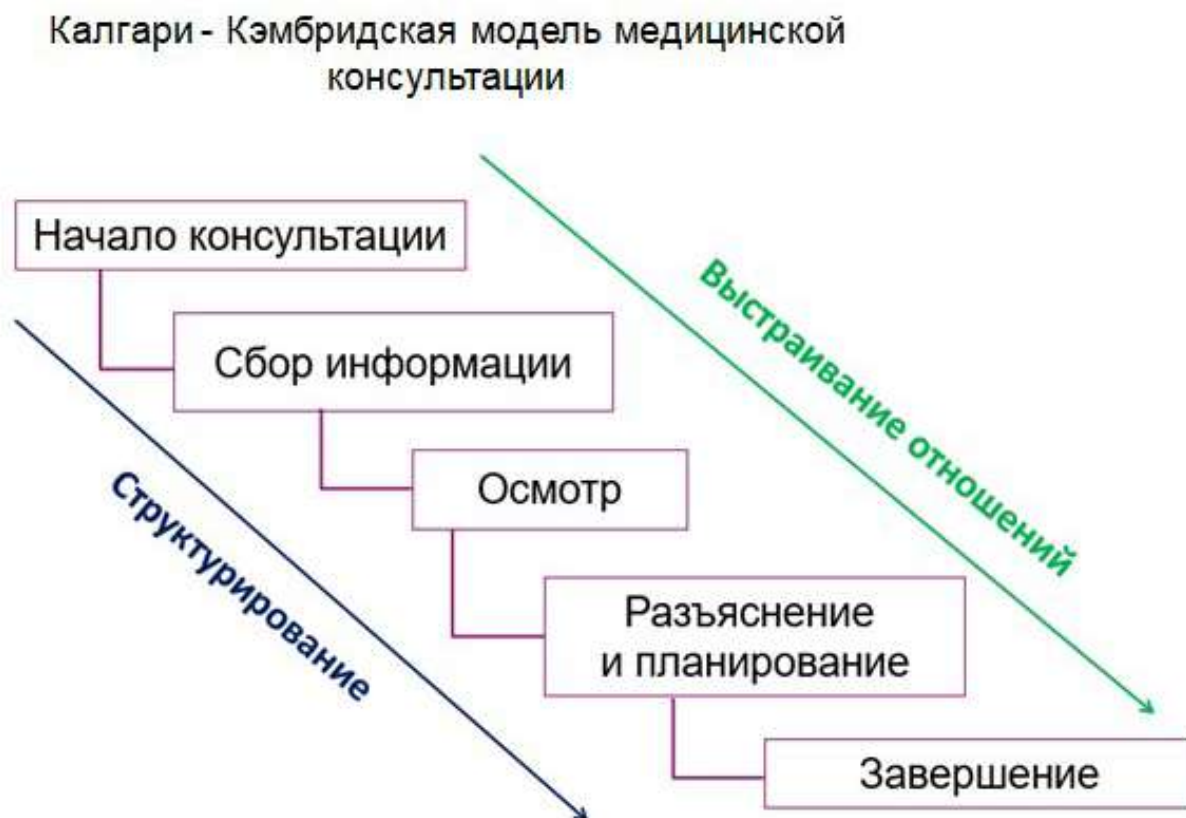


Рисунок 3. Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации

1. Начало консультации

- **Подготовка** – завершить или отложить предшествующую работу, успокоиться, занять удобное положение;
- **Установление персонального контакта** – установить зрительный контакт, улыбнуться, представиться, узнать, как пациент предпочитает, чтобы к нему обращались;
- **Формирование повестки консультации** – задать общий открывающий вопрос: “С чем вы пришли сегодня?”, выслушать комментарии пациента, резюмировать жалобы и вопросы пациента, выяснить, есть ли другие, сформировать итоговую повестку на текущий визит пациента.

2. Сбор информации

- **Анамнез** – по сформированной повестке. Попросить пациента рассказать своими словами о его проблемах от появления жалоб и до настоящего времени. Внимательно выслушать пациента, не перебивая. Прояснить неясные или требующие уточнения высказывания пациента. Обратит внимание на вербальные и невербальные сигналы.

Согласно данным исследований в случае, если врач не прерывает и не направляет пациента, среднее время спонтанного рассказа пациента составляет 92 секунды [69], после чего пациент сигнализирует врачу о возможности прерывания. Таким образом, врачам не следует опасаться излишне долгого сбора анамнеза. Периодически обобщать, чтобы проверить свое понимание сказанного пациентом, использовать краткие, понятные комментарии и вопросы, избегать профессионального жаргона.

- **Исследование отношения пациента к проблеме.** Данные исследований показывают, что на этапе сбора информации врачи в большинстве случаев сосредоточены на выяснении биомедицинских аспектов – клинических данных, полученных в результате физикального осмотра, лабораторных, инструментальных и других исследований [70]. В то же время, консультации, в ходе которых врач выяснял внутреннюю картину болезни, были связаны с уменьшением дискомфорта и тревоги и с меньшим количеством обследований и направлений [71]. Внутренняя картина болезни складывается из мнения пациента о причинах; отношения пациента (например, беспокойство, страх) к каждой проблеме; ожидания пациента (например, как быстро, по его мнению, могут разрешиться проблемы со здоровьем).

3. Осмотр – попросить разрешение провести осмотр, провести его с достаточной степенью деликатности. Объяснять смысл вопросов или деталей врачебного осмотра, неочевидных для пациента.

4. Разъяснение и планирование

- **Предоставление необходимой информации в нужном объеме** – дать пациенту исчерпывающую и необходимую информацию понятным ему языком. Спросить пациента, какие еще сведения будут ему полезны (например, этиология или прогноз заболевания). Использовать визуальные средства передачи информации: диаграммы, модели, письменную информацию и инструкции.
- **Учет позиции пациента и достижение взаимопонимания** – призывать пациента к участию в обсуждении: спрашивать, требовать пояснений,

выражать сомнения. Реагировать дружелюбно и терпеливо, ответить на вопросы и сомнения пациента. Соотносить объем и тональность предоставляемой информации с вербальными и невербальными сигналами пациента, адекватно реагировать на них (например, на желание пациента что-то рассказать или спросить, на информационную перегрузку, огорчение).

- Планирование и принятие решений, совместное с пациентом – обсудить с пациентом план лечения и прогноз. Поощрять высказывание пациентом своих идей, предложений. Обсудите возможности и ограничения, которые накладывает специфика жизни пациента.

5. Завершение: подведение итогов консультации – подвести итоги консультации. Обсудить “красные флаги” – факторы риска в лечении и состоянии пациента – когда и каким образом пациенту следует обращаться за помощью.

С одной стороны, данная модель хорошо знакома врачу-неврологу. Как правило, именно в такой последовательности ведения приема учат врачей в медицинском ВУЗе. В то же время, на практике при реализации данной модели врач может сталкиваться с рядом барьеров. Часть из них относятся к организации работы, например, нехватка времени на приеме, значительный поток поступающих больных. Однако значительная часть ассоциирована с самим врачом, например, врач упускает проявления несоответствия вербального и невербального поведения пациента, когда слова пациента противоречат невербальным (телесным) сигналам. Все это препятствует установлению продуктивных взаимоотношений врач-пациент, в перспективе снижает приверженность пациента лечению, а значит – ухудшает качество оказываемой медицинской помощи.

Таким образом, продуктивные, доверительные отношения являются не просто инструментом для обмена информацией, они должны восприниматься врачом как самоцель [72].

Формирование и обсуждение прогноза заболевания в неврологической практике.

Исход заболевания — это клинический вопрос, имеющий наибольший приоритет как для врача, так и для пациента.

Как правило, два вопроса, задаваемых пациентом и его семьей, отражают прогноз: «сколько мне осталось» или «что меня ждет» [15]. Необходимо помнить, что пациенты и их семьи различаются по своим предпочтениям относительно объема информации и сроков ее предоставления. Врачи также различаются по своим подходам к прогнозированию 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» [73]. Так, при геморрагическом инсульте (ГИ) были высказаны опасения относительно возможности чрезмерно пессимистичных прогнозов выживаемости в раннем периоде ГИ [74].

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 [75].

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 [76,77]. Определение «хороших» и «плохих» результатов лечения на основе значений для пациента часто может привести к более точной оценке и более персонализированному 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 4 траектории болезни и умирания [15]: 1) фаза резкого спада, 2) постепенное снижение с острыми эпизодами декомпенсации и восстановлением, 3) длительное медленное снижение и 4) внезапное неврологическое нарушение (рис. 4). Большинство неврологических заболеваний могут быть сопоставлены с этими 4 траекториями и позволяют прогнозировать необходимость помощи и потребности пациентов с различными неврологическими заболеваниями.

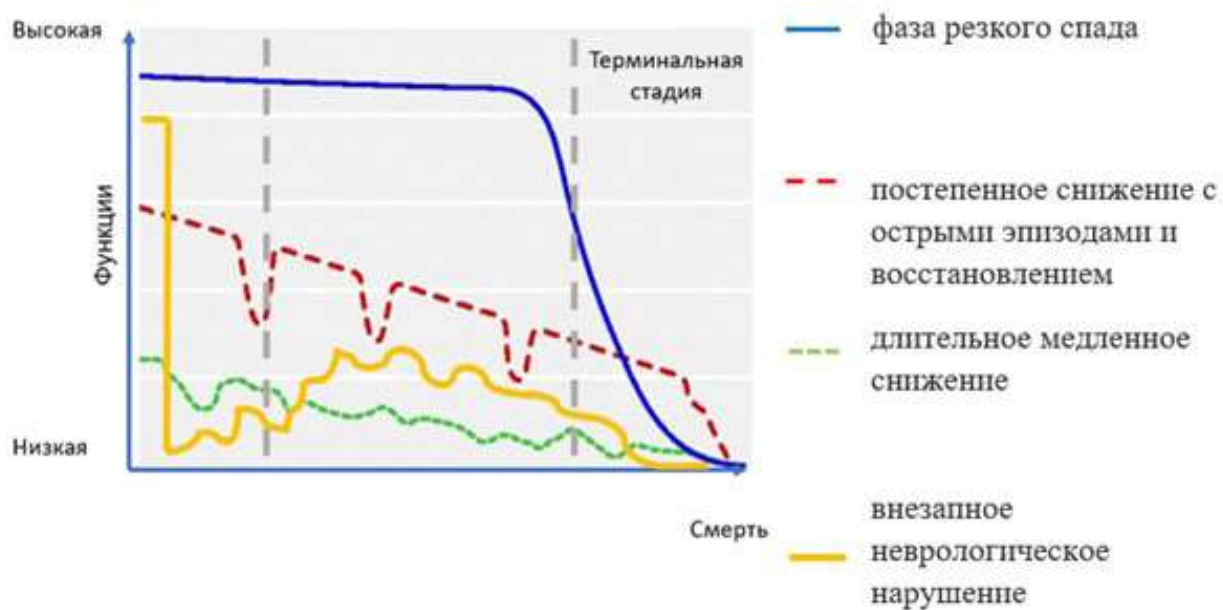


Рис. 4. Траектории умирания и инвалидности при неврологических заболеваниях (по Robert G. Holloway, 2013 с изменениями).

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.

Таблица 1. Данные о прогнозе при наиболее распространенных неврологических заболеваниях, соответствующие разным траекториям болезни.

Заболевание	Прогноз	Прогностические факторы
1 траектория – фаза резкого спада		
<p>Боковой амиотрофический склероз (БАС)</p>	<p>Средняя продолжительность жизни от дебюта заболевания до смерти колеблется от 20 до 48 месяцев, 10-20% пациентов имеют выживаемость до 10 лет [78,79]. При применении рилузола (не зарегистрирован в России (2022г)) отмечается увеличение продолжительности жизни на 3-6 мес, при применении эдаравона (не зарегистрирован в России (2022г)) – замедление прогрессирования на 33%. Применение вентиляции легких улучшает выживаемость. При применении неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) – замедление снижения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) на 5-7 месяцев, при применении инвазивной вентиляции легких (ИВЛ) - замедление снижения ФЖЕЛ на 1-2 года [80].</p>	<p>Тяжесть заболевания оценивается с использованием пересмотренной шкалы нарушения функций при БАС (ALS FunctionalRatingScaleRevised, 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 форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) ниже 50% [78,79]</p>
<p>Мультиформная глиобластома</p>	<p>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 [81,82].</p>	<p>Прогностические факторы, влияющие на выживаемость, включают более молодой возраст, более высокий функциональный статус по шкале Карновского, меньшая степень злокачественности (Grade) опухоли, специфические маркеры (метилирование MGMT, мутация IDH1, IDH2 или TERT, коделеция 1p19q, сверхэкспрессия EGFR и другие) и, вероятно, степень резекции. [81,82].</p>

<p>Метастазирование в головной мозг</p>	<p>Средняя продолжительность жизни 7,2 месяца со значительной вариабельностью в зависимости от типа опухоли от 4,9 месяцев для мелкоклеточного рака легкого до 13,8 месяцев для рака молочной железы. При этом 8,3% доживают до года и 1,4% до 2-х лет [83].</p>	<p>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, химиотерапия до обнаружения метастазов в ЦНС, 2 или 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, больший возраст, мужской пол, а также инфратенториальное расположение метастаза, метастазы вызывающие нарушения ликвородинамики; супратенториальные метастазы с выраженной дислокацией [83,84,85].</p>
---	--	---

2 траектория – постепенное снижение с острыми эпизодами и восстановлением

<p>Рассеянный склероз (РС)</p>	<p>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 (ВПРС). 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 [86]. Первично-прогрессирующий РС – среднее время до смерти 33 года [87]. 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 [88].</p>	<p>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 [88].</p>
--------------------------------	--	---

Эпилепсия	<p>Прогноз сильно зависит от этиологии.</p> <p>Частота рефрактерной эпилепсии (РЭ) – 30% [89]. Хирургическое лечение РЭ приводит к сокращению частоты приступов от 21% до 91% в течение 5 и 10 лет [90,91]. Высокий риск внезапной смерти (SUDEP). На SUDEP, вероятно, приходится 15% всех смертей, связанных с эпилепсией [92].</p>	<p>Частота рецидива после первого не спровоцированного приступа у взрослых составляет от 21 до 45%, наибольший риск в течение первых двух лет. Частота рецидивов выше у лиц со структурной эпилепсией.</p> <p>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 [92].</p>
Миастения	<p>Смертность в настоящее время составляет 3-4%, в целом большинство пациентов благодаря лечению имеют почти нормальную продолжительность жизни. Исследований по прогнозу недостаточно.</p> <p>Полная стабильная ремиссия была зарегистрирована у 3,6% MuSK-позитивных по сравнению с 22% у AChR-позитивных и дважды негативных пациентов [94]. Около 10% пациентов с генерализованной миастенией рефрактерны к лечению [93].</p>	<p>Неблагоприятные прогностические факторы - возраст старше 40 лет, быстрое прогрессирование, высокие титры антител к ахетилхолиновым рецепторам и тимома.</p> <p>Факторы определяющие риск генерализации глазной формы миастении на настоящий момент неизвестны.</p> <p>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 улучшаются. Тем не менее прогноз сильно варьируется от ремиссии до смерти [93,94].</p>

3 траектория – длительное медленно снижение

<p>Деменции (болезнь Альцгеймера (БА) и другие)</p>	<p>Диагноз БА часто откладывается на 3–5 и более лет. Средняя продолжительность от начала болезни до смерти составляет 9–10 лет [95], но наблюдается большая вариабельность, некоторые пациенты живут менее 5 лет, а другие - до 20 лет и более. Ожидаемая продолжительность жизни людей с запущенной деменцией аналогична продолжительности жизни людей с метастатическим раком молочной железы и застойной сердечной недостаточности IV стадии [97].</p> <p>Деменция с тельцами Леви (ДТЛ) - средняя выживаемость людей после появления первых симптомов составляет 7 лет (диапазон от 2 до 20 лет). Наличие паркинсонизма отрицательно влияет на выживаемость. Сообщалось, что пациенты с ДТЛ имеют повышенный риск смертности и более короткую выживаемость по сравнению с пациентами с БА [97].</p> <p>Лобновисочная деменция (ЛВД) - средняя выживаемость после постановки диагноза составляет 3–10 лет. На ожидаемую продолжительность жизни влияют несколько факторов, в том числе, использование нейролептиков. Тем не менее, некоторые пациенты в исключительных случаях могут жить до 20 лет [98].</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 [95,96].</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 [99].</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 дома престарелых [97].</p> <p>Для ДТЛ коморбидность с деменцией альцгеймеровского типа является неблагоприятным прогностическим фактором.</p> <p>При ЛВД развитие экстрапирамидных или особенно пирамидных симптомов является фактором более высокой скорости прогрессирования [98].</p>
---	---	---

<p>Болезнь Паркинсона (БП)</p>	<p>Средняя продолжительность жизни у мужчин с БП на 3,4 года ниже, у женщин на 5,3 года ниже, чем в аналогичной возрастной группе. При дебюте в возрасте 60-65 лет средняя продолжительность жизни около 15 лет, у пациентов с началом заболевания от 40 до 64 лет – 20 лет, старше 65 лет – 5 лет [100].</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 [100]. 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) [101].</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); 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 использования инвалидных колясок происходило в среднем через 3 и 5 лет соответственно от начала заболевания [102,103]. Кортикобазальная дегенерация (КБД) - смерть наступает в течение 10 лет после постановки диагноза [104].</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 мочевых катетеров, проживание в специализированных учреждениях). К предикторам быстрого течения болезни для МСА относят раннюю вегетативную недостаточность, женский пол, более поздний возраст начала, проживание не в специализированном учреждении; для ПНП мужской пол, более поздний возраст начала [103].</p>

Болезнь Гентингтона	Устойчиво прогрессирующее течение, смерть наступает в среднем через 15–20 лет после начала заболевания [105,106].	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 [105,106].
4 траектория – внезапное неврологическое ухудшение		
Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)	По оценкам совокупный риск смерти через 28 дней, 1 год и 5 лет после ОНМК составляет 28%, 41% и 60% соответственно. Нефатальный инсульт связан с почти 5-кратным увеличением риска смерти в период от 4 недель до 1 года [107]. 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 [107,109]. У молодых людей (18–50 лет), перенесших инсульт, 20-летний риск повторного ишемического инсульта составляет около 19%. [109].	Шкала инсульта NIHSS предоставляет существенную прогностическую информацию относительно риска смертности в течение 30 дней. 30-дневная смертность от ОНМК в зависимости от баллов по шкале NIHSS составляет: от 0 до 7 баллов - 4,2%; от 8 до 13 баллов - 13,9%; от 14 до 21 баллов - 31,6%; от 22 до 42 баллов- 53,5% [108]. 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. Прогностические инструменты: Шкала «ABCD» (шкала оценки риска инсульта после ТИА обновленные версии- шкала ABCD2 и ABCD3 – I) и шкала инсульта NIHSS [107,108].
Внутричерепное кровоизлияние (ВМК)	Летальность 34,6% в первые 7 дней, увеличивается до 50,3% через 30 дней и до 59,0% через 1 год. [110].	Предложена шкала оценки ВМК с использованием 5 переменных (шкала комы Глазго (ШКГ), объем ВМК, наличие внутрижелудочкового кровоизлияния, возраст и инфратенториальное кровоизлияние), на основе которых прогнозируется тяжесть ВМК и 30-дневная смертность. Для тех, кто пережил спонтанное ВМК, ежегодный риск рецидива оценивается в 2% в год [111].

<p>Гипоксическая ишемическая энцефалопатия</p>	<p>27% пациентов в постгипоксической коме восстанавливают уровень сознания, около 9% остаются в вегетативном состоянии, 64% погибают. Из выживших 75% имеют плохой прогноз (индекс Бартела < 50) [112,113].</p>	<p>Факторы плохого прогноза: отсутствие зрачкового и роговичного рефлексов через 24 часа после сердечно-легочной реанимации; ЭЭГ-паттерн вспышка-подавление, эпилептический статус в течение первых 24 часов, билатеральное отсутствие соматосенсорных вызванных потенциалов в течение первых 3 дней, продолжительность комы, < 6 баллов по ШКГ в течение 72ч от начала заболевания. [112,113].</p>
<p>Черепно-мозговая травма (ЧМТ)</p>	<p>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 1 месяца. При тяжелой ЧМТ (ШКГ ≤ 8) риск смерти 30%, 5-15% пациентов переходят в вегетативное состояние, 30-65% пациентов в течение 12 мес. возвращаются к функциональной независимости [114].</p>	<p>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 [115,116].</p>
<p>Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (синдром Гийена Барре (СГБ))</p>	<p>Смертность варьирует от 1 до 18%. Смертность у пациентов, находящихся на ИВЛ, обычно выше и колеблется от 20 до 38,3% [117]. 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 1 год от начала заболевания, 14% пациентов остаются инвалидизированными [118].</p>	<p>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 OutcomeScale) и риск необходимости использования ИВЛ в течение первой недели госпитализации (Erasmus GBS RespiratoryInsufficiencyScale) [118].</p>

Прогностические индексы и инструменты наиболее развиты при инсульте, раке, в отделениях интенсивной терапии, при черепно-мозговых травмах и в паллиативной помощи и предназначены для индивидуального принятия решений. Однако их следует использовать с особой осторожностью. Недавний систематический обзор не связанных с заболеванием прогностических пока-

зателей для пожилых людей позволил сделать вывод о существенных ограничениях имеющихся данных и возможности их применения к пациентам [77]. Ряд неврологических заболеваний, таких как паралич Белла, боль в спине, мигрень может не приводить к смерти и не влиять на выживаемость, но тем не менее значительно ухудшать качество жизни, поэтому эти заболевания рассмотрены отдельно (таблица 2).

Таблица 2. Прогнозы при наиболее частых неврологических заболеваниях, не относящихся к траекториям выживания.

Заболевание	Прогноз
Паралич Белла	<p>Прогноз хороший, около 70% пациентов восстанавливаются спонтанно в течение 3-6 мес. При применении глюкокортикостероидов (ГКС) 80-85% пациентов достигают полного восстановления. Наиболее существенный фактор неполного восстановления - более выраженный прозопарез (V-VI баллов) по шкале Хаус-Бракманн (House-Brackmann), к другим факторам неполного восстановления относят: возраст старше 40 лет, диабет, неконтролируемую гипертензию.</p> <p>ЭМГ позволяет спрогнозировать восстановление у пациентов с тяжелым прозопарезом. У 15% развиваются поздние осложнения - синкинезии и контрактуры [119] Повторный паралич Белла наблюдается у 7-15% пациентов, беременность является фактором риска повторного паралича Белла [120].</p>
Боль в спине	<p>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 мес. 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 [121].</p> <p>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 [122].</p>

Мигрень	<p>По данным American Migraine Prevalence and Prevention study в течение 1 года у 84% пациентов мигрень персистирует, у 10% пациентов отмечается полная ремиссия, у 3% пациентов мигрень хронизируется [123].</p> <p>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, социоэкономический статус, травмы головы, частоту приступов, ожирение, лекарственный абюзуз, чрезмерный прием кофеина, стрессовые события, храп, другие болевые синдромы. Применение профилактической терапии позволяет снизить частоту приступов [124].</p>
Эссенциальный тремор (ЭТ)	<p>Исследований по прогнозу недостаточно. Прогрессирование заболевания медленное; могут быть отличия в скорости прогрессирования семейного и несемейного ЭТ.</p> <p>К факторам возможного прогрессирования относят ассиметричный тремор и односторонний дебют тремора. Для значительного количества пациентов ЭТ является инвалидизирующим заболеванием.</p> <p>Выраженность инвалидизации связана с локализацией тремора и его амплитудой. Степень функциональных нарушений коррелирует с выраженностью кинетического тремора в руках [125].</p> <p>ЭТ может быть ассоциирован с повышенным риском развития болезни Паркинсона. Продолжительность жизни у людей с ЭТ не отличается от общей популяции [126].</p>

При обсуждении прогноза у неврологического пациента Robert G. Holloway с соавторами дает следующие рекомендации [15]:

- 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;
- 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) [127], установление и поддержание зрительного контакта, минимизация прерываний беседы, гибкое ведение беседы в зависимости от вербальных и невербальных сигналов от пациента и его близких, признание выражаемых пациентом эмоций, «узаконивание» их уместности и нормальности реакции.

Заключение

Общение — это фундаментальный навык, который, лежит в основе почти каждого повседневного действия, которое мы осуществляем со своими пациентами. Врач невролог оказывает помощь пациентам с диагнозами, изменяющими жизнь, ограничивающими ее качество, угрожающими жизни. Для того, чтобы делать это хорошо, требуется уникальный набор навыков общения, который варьируется от постановки диагноза до деликатных разговоров об инвалидности, прогнозе жизни или возможности восстановления, уходе в конце жизни, планировании ухода и смерти; многие из этих разговоров происходят в контексте существенной прогностической неопределенности.

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.

Успешное использование инструментов коммуникации требует не просто новых навыков, но и «культурной трансформации» врача. Существующая на сегодняшний день парадигма медицинской коммуникации — набор развиваемых навыков, обусловленный этической позицией. Успех подобного развития определяется в первую очередь когнитивной, эмоциональной и мотивационной готовностью врача к развитию и самосовершенствованию, развитый самоанализ, а также эффективностью используемых методических подходов по развитию навыков коммуникации.

Эффективное общение имеет решающее значение для оказания медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями. Клиническая неврология предлагает уникальные, сложные возможности для изучения и обучения навыкам общения.

Список литературы

1. Pellegrino E.D. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med.* 2002;69(6):378-84. PMID: 12429956.
2. Suzanne M. Kurtz. Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Can. J. Neurol. Sci.* 2002;29:Suppl.2:23-29. DOI: 10.1017/s0317167100001906. PMID: 12139082
3. Watling C.J., Brown J.B. Education research: communication skills for neurology residents: structured teaching and reflective practice. *Neurology.* 2007;69(22):E20-E26. DOI: 10.1212/01.wnl.0000280461.96059.44. PMID: 18040006
4. Baile, W. F. (2000). SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist.* 2000;5(4):302–311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998
5. Сильверман Дж., Керц Дж., Дрейпер С. НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ. М.: Гранат, 2018:304.
6. Stiggelbout A.M., Molewijk A.C., Otten W. et al. Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of a scale to assess patients' and physicians' views. *J Med Ethics.* 2004;30(3):268–74. DOI: 10.1136/jme.2003.003095. PMID: 15173361.
7. Frank J.R. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
8. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Toolbox for the evaluation of competence. Available at: <http://www.acgme.org>. Accessed January 16, 2007.
9. Peltier W.L. Core competencies in neurology resident education: a review and tips for implementation. *Neurologist.* 2004;10(2):97-101. DOI: 10.1097/01.nrl.0000118324.67025.4f. PMID: 14998439.
10. Lansky D. Measuring what matters to the public. *Health Aff (Millwood).* 1998;17(4):40–41. DOI: 10.1377/hlthaff.17.4.40. PMID: 9691548.
11. Azoulay E., Chevret S., Leleu G., et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med.* 2000;28(8):3044–3049. DOI: 10.1097/00003246-200008000-00061. PMID: 10966293.
12. Prognosis of Neurological Diseases. S. Angelo, L. Giuseppe, Chiapparini, Luisa 2015
13. 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.
14. Christakis N.A., Iwashyna 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.
15. 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.
16. Erde E.L., Nadal E.C., Scholl T.O. On truth telling and the diagnosis of Alzheimer's disease. *J Fam Pract.* 1988;26(4):401-406.

17. Halkett G.K.B., Lobb E.A., Oldham L., Nowak A.K. The information and support needs of patients diagnosed with High Grade Glioma. *Patient Education and Counseling*. 2010;79(1):112–119. DOI: 10.1016/j.pec.2009.08.013. PMID: 19762197.
18. Clayton J.M., Hancock K.M., Butow P.N., et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Med J Aust*. 2007 Jun 18;186(S12):S77-S105.
doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x.
19. Caplan L.R., Hollander J. *The Effective Clinical Neurologist*. USA.: PMPH, 2010:339.
20. Bernat J.L. *Ethical Issues in Neurology*. Philadelphia.: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 251-463
21. Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of biomedical ethics* N.Y.: Oxford University Press, 2009.
22. Fitzgerald R.G., Parker C.M. Coping with loss. Blindness and loss of other sensory and cognitive functions. *BMJ*. 1998; 318:1160–1163.
23. Faden R.R., Beauchamp T.L. *A History and Theory of Informed Consent*. N.Y.: Oxford University Press, 1986:392.
24. Gillon R. Telling the truth and medical ethics. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;30; 291(6508):1556–1557. DOI: 10.1136/bmj.291.6508.1556. PMID: 3933749.
25. Christakis N.A., Lamont E.B. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. 2000(19);320: 469–472. DOI: 10.1136/bmj.320.7233.469. PMID: 10678857.
26. Bernat J.L., Peterson L.M. Patient-Centered Informed Consent in Surgical Practice. *Arch Surg*. 2006;141(1):86-92. DOI: 10.1001/archsurg.141.1.86. PMID: 16415417.
27. Macauley R. The analysis and resolution of ethical dilemmas // Aminoff M.J., Boller F., Swaab D.F. *Handbook of clinical neurology*. Elsevier. 2013; 118, Chapter 2.
28. Fassler M., Meissner K., Schneider A. et al. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice--a systematic review of empirical studies. *BMC Med*. 2010;8:15. DOI: 10.1186/1741-7015-8-15. PMID: 20178561.
29. Dumitriu A., Popescu B.O. Placebo Effects in Neurological Diseases. *J Med Life*. 2010; 3(2): 114–121. PMID: PMC3019048
30. Speciali, J.G., Peres, M., Bigal, M.E. Migraine treatment and placebo effect. *Expert Rev Neurother*. 2010;10(3): 413–419. DOI: 10.1586/ern.10.8. PMID: 20187863.
31. Vase, L., Skyt, I., Hall, K. T. Placebo, nocebo, and neuropathic pain. *Pain*. 2016; 157 Supple 1: S98–S105. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000445. PMID: 26785162.
32. Goetz C.G., Laska, E., Hicking C. et al. Placebo influences on dyskinesia in Parkinson's disease. *Movement Disorders*.2008; 23(5): 700–707. DOI: 10.1002/mds.21897 . PMID: 18175337.
33. Goldenholz, D.M., Goldenholz, S.R. Response to placebo in clinical epilepsy trials—Old ideas and new insights. *Epilepsy Research*. 2016;122, 15–25. DOI: 10.1016/j.eplesyres.2016.02.002. PMID: 26921852.
34. Kirsch I. Placebo Effect in the Treatment of Depression and Anxiety. *Front*

Psychiatry. 2019;10:407. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00407. PMID: 31249537.

35. Leuchter A.F., Hunter A.M., Tartter M. et al. Role of pill-taking, expectation and therapeutic alliance in the placebo response in clinical trials for major depression. *British Journal of Psychiatry*. 2014;205(06): 443–449. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.140343. PMID: 25213159.

36. Kaas B.M., Humbyrd C.J., Pantelyat A. Functional movement disorders and placebo: A brief review of the placebo effect in movement disorders and ethical considerations for placebo therapy. *Movement Disorders Clinical Practice*. 2018;5(5):471–478. DOI: 10.1002/mdc3.12641. PMID: 30515436.

37. Hull S.C., Colloca L, Avins A. et al. Patients' attitudes about the use of placebo treatments: telephone survey. *BMJ*. 2013;347:f3757. DOI: 10.1136/bmj.f3757. PMID: 23819963.

38. Miller F.G., Colloca L. The legitimacy of placebo treatments in clinical practice: evidence and ethics. *Am J Bioeth*. 2009;9(12):39–47. DOI: 10.1080/15265160903316263. PMID: 20013499.

39. Annoni M., & Miller F.G. Placebo Effects and the Ethics of Therapeutic Communication: A Pragmatic Perspective. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2016;26(1):79–103. DOI: 10.1353/ken.2016.0004. PMID: 27157112.

40. Shaw J., Brown R., Dunn S. The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1255–1259. DOI: 10.1016/j.pec.2015.08.023. PMID: 26320824.

41. Buckman R: *How to break bad news: A guide for health professionals*. Baltimore.: MD, Johns Hopkins Press, 1992.

42. Goebel S., Mehdorn H.M. Breaking Bad News to Patients with Intracranial Tumors: The Patients' Perspective. *World Neurosurgery*. 2018;118:e254–e262. DOI: 10.1016/j.wneu.2018.06.168. PMID: 29966795.

43. Aoun S.M., Breen L.J., Edis R. et al. Breaking the news of a diagnosis of motor neurone disease: A national survey of neurologists' perspectives. *J Neurol Sci*. 2016;;367:368–74. DOI: 10.1016/j.jns.2016.06.033. PMID: 27423623.

44. Bousquet G., Orri M., Winterman S. et al. Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. *J Clin Oncol*. 2015;33(22): 2437–2443. DOI: 10.1200/JCO.2014.59.6759. PMID: 26124489.

45. Rosenblum M.L., Kalkanis S., Goldberg W. et al. Odyssey of hope: a physician's guide to communicating with brain tumor patients across the continuum of care. *Journal of Neuro-Oncology*. 2009;92(3), 241–251. DOI: 10.1007/s11060-009-9828-1. PMID: 19357952.

46. Aoun S.M., Bentley B., Funk L. et al. A 10-year literature review of family caregiving for motor neurone disease: moving from caregiver burden studies to palliative care interventions. *Palliative medicine*. 2013;27(5):437–446. DOI: 10.1177/0269216312455729. PMID: 22907948.

47. Kiesler D.J., Auerbach S.M. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling*. 2006;61(3): 319–341. DOI: 10.1016/j.pec.2005.08.002. PMID: 16368220.

48. Holroyd, S., Turnbull, Q., Wolf, A.M. What are patients and their families told about the diagnosis of dementia? Results of a family survey. *International*

Journal of Geriatric Psychiatry, 2002;17(3):218-221. DOI: 10.1002/gps.552. PMID: 11921148.

49. Elson P. Do older adults presenting with memory complaints wish to be told if later diagnosed with Alzheimer's disease? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(5):419-425. DOI: 10.1002/gps.1485. PMID: 16676286.

50. Goebel S., Mehdorn H.M. Breaking Bad News to Patients with Intracranial Tumors: The Patients' Perspective. *World Neurosurgery*. 2018;118:e254-e262. DOI: 10.1016/j.wneu.2018.06.168. PMID: 29966795.

51. Goebel S., Kaup L., Mehdorn H.M. Measuring preoperative anxiety in patients with intracranial tumors: the Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2011;23(4):297-303. DOI: 10.1097/ANA.0b013e318222b787. PMID: 21691216.

52. Taphoorn M.J.B, Klein M. Cognitive deficits in adult patients with brain tumours. *Lancet Neurol*. 2004;3(3):159-168. DOI: 10.1016/S1474-4422(04)00680-5. PMID: 14980531.

53. Lobb E.A., Halkett G.K., Nowak A.K. Patient and caregiver perceptions of communication of prognosis in high grade glioma. *J Neurooncol*. 2011;104(1):315-322. DOI: 10.1007/s11060-010-0495-z . PMID: 21153859.

54. Díaz J.L., Barreto P., Gallego J.M. et al. Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. *Acta Neurochir (Wien)*. 2009;151(4):357-262. DOI: 10.1007/s00701-009-0195-7. PMID: 19224120.

55. Schrag A., Modi S., Hotham S. et al. Patient experiences of receiving a diagnosis of Parkinson's disease. *J Neurol*. 2018;265(5):1151-1157. DOI: 10.1007/s00415-018-8817-8. PMID: 29546451.

56. Global Parkinson's Disease Study Survey (GPDS) Steering Committee. Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey. *Mov Disord*. 2002;17(1):60–67. DOI: 10.1002/mds.10010. PMID: 11835440.

57. Stewart D.A. NICE guideline for Parkinson's disease. *Age Ageing*. 2007;36(3):240–242. DOI: 10.1093/ageing/afm040. PMID: 17405775.

58. Ferreira J.J., Katzenschlager R., Bloem B.R. et al. Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of Parkinson's disease. *Eur J Neurol*. 2013;20(1):5–15. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2012.03866.x. PMID: 23279439.

59. Parker P.A., Baile W.F., de Moor C. et al. Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*. 2001;9(7), 2049–2056. DOI: 10.1200/JCO.2001.19.7.2049. PMID: 11283138.

60. Fallowfield L., Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312–319. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)15392-5. PMID: 14751707.

61. Elisabeth K.R.. *On Death and Dying*. Tavistock Publications, 1976.

62. Maciejewski P.K., Zhang B., Block S.D., Prigerson H.G. An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA*, 2007;297(7): 716-723. DOI: 10.1001/jama.297.7.716. PMID: 17312291.

63. Baile W.F., Buckman R., Lenzi R. et al. SPIKES-A six-step protocol for

delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998.

64. Lemmon M.E., Strowd R.E. Right Brain: Breaking bad news: Communication education for neurology trainees. *Neurology*. 2016;87(24):e285-e287. DOI: 10.1212/WNL.0000000000003433. PMID: 27956571.

65. Watling C.J., Brown J.B. Education research: communication skills for neurology residents: structured teaching and reflective practice. *Neurology*. 2007;69(22):E20-E26. DOI: 10.1212/01.wnl.0000280461.96059.44. PMID: 18040006.

66. VandeKieft G.R. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1975-1978. PMID: 11775763.

67. Cooper R.S., Ferguson A., Bodurtha J.N., Smith T.J. AMEN in challenging conversations: bridging the gaps between faith, hope, and medicine. *J Oncol Pract*. 2014; 10(4):e191-195. DOI: 10.1200/JOP.2014.001375. PMID: 24803663.

68. Choe E.K., Duarte M.E., Suh H. et al. Communicating Bad News: Insights for the Design of Consumer Health Technologies. *JMIR Hum Factors*. 2019;6(2):e8885. DOI: 10.2196/humanfactors.8885. PMID: 31102374.

69. Langewitz W., Denz M., Keller A. et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002;325(7366):682-683. DOI: 10.1136/bmj.325.7366.682. PMID: 12351359.

70. Heritage J., Robinson J., Elliott M.N. et al. Reducing patients' unmet concerns in primary care: the difference one word can make. *J Gen Int Med*. 2007;22(10):1429-1433. DOI: 10.1007/s11606-007-0279-0. PMID: 17674111.

71. Stewart M., Brown J.B., Donner A. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804. PMID: 11032203.

72. Salander P. Bad news from the patients' perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Soc Sci Med*. 2002;55(5):721-732. DOI: 10.1016/s0277-9536(01)00198-8. PMID: 12190266.

73. 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.

74. 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.

75. 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.

76. 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/NEJMsa012528.

77. Yourman 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.

78. Knibb J.A., Keren N., Kulka A., et al. A clinical tool for predicting survival in ALS. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016 Dec;87(12):1361-1367. doi: 10.1136/jnnp-2015-312908.

79. 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.

80. Osama A. Khairoalsindi, Ahmad R. Abuzinadah. Maximizing the Survival of Amyotrophic Lateral Sclerosis Patients: Current Perspectives. *Neurology Research International*, vol. 2018, Article_ID 6534150, 12 pages, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/6534150>.

81. 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.

82. Poon, M.T.C., Sudlow C.L.M., Figueroa J.D. et al. Longer-term (≥ 2 years) survival in patients with glioblastoma in population-based studies pre- and post-2005: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 10, 11622 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68011-4>.

83. Rastogi K., Bhaskar 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.

84. Hall W., Djalilian 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.

85. Stelzer K.J. Epidemiology and prognosis of brain metastases. *Surg Neurol Int.* 2013 May 2;4(Suppl 4):S192-202. doi: 10.4103/2152-7806.111296. PMID: 23717790.

86. 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.

87. Rice C.M., Cottrell D., Wilkins A., et al. Primary progressive multiple sclerosis: progress and challenges. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013 Oct;84(10):1100-6. doi: 10.1136/jnnp-2012-304140.

88. Kremenutzky 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.

89. Picot M.C., Baldy-Moulinier M., Daurès J.P., et al. The prevalence of epilepsy and pharmaco-resistant 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.

90. McIntosh A.M., Kalnins 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.

91. 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.

92. 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.

93. Baggi F., Andretta 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.

94. 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.
95. 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.
96. Rait G., Walters K., Bottomley 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.
97. 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.
98. 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.
99. 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.
100. 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.
101. 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.
102. Ling H. Clinical Approach to Progressive Supranuclear Palsy. *J Mov Disord.* 2016 Jan;9(1):3-13. doi: 10.14802/jmd.15060.
103. 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.
104. Litvan I., Grimes D.A., Lang A.E. Phenotypes and prognosis: clinicopathologic studies of corticobasal degeneration. *Adv Neurol.* 2000;82:183-96.
105. 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.
106. Long J.D., Langbehn D.R., Tabrizi S.J., et al. Validation of a prognostic index for Huntington's disease. *Mov Disord.* 2017 Feb;32(2):256-263. doi: 10.1002/mds.26838.
107. Brønnum-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.
108. 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.
109. 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.
110. 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.

111. Hemphill J.C. 3rd, Bonovich D.C., Besmertis 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.

112. 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.

113. Wijdicks 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.cd.

114. 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: 10.1089/08977150260190456..

115. MRC CRASH Trial Collaborators, Perel P, Arango M, Clayton T, Edwards P, Komolafe E, Poccock S, Roberts I, Shakur H, Steyerberg E, Yutthakasemsunt 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.

116. Steyerberg EW, Mushkudiani N, Perel P, Butcher I, Lu J, McHugh GS, Murray GD, Marmarou 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.

117. 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.

118. Walgaard C., Lingsma H.F., Ruts L., et al. Early recognition of poor prognosis in Guillain-Barre syndrome. *Neurology*. 2011 Mar 15;76(11):968-75. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182104407.

119. Peitersen E. The natural history of Bell's palsy. *Am J Otol*. 1982 Oct;4(2):107-11.

120. 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.

121. 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.

122. Thomson S. Failed back surgery syndrome – definition, epidemiology and demographics. *Br J Pain*. 2013 Feb;7(1):56-9. doi: 10.1177/2049463713479096.

123. Bigal M.E., Lipton R.B. The prognosis of migraine. *Curr Opin Neurol*. 2008 Jun;21(3):301-8. doi: 10.1097/WCO.0b013e328300c6f5.

124. 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.

125. 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.

126. 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 Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009 Apr;80(4):423-5. doi: 10.1136/jnnp.2008.147223.

127. Бриль Е.В., Кузнецова О.В., Хасина А.В., Зимнякова О.С. Обучение и развитие навыков коммуникации - неотъемлемая часть профессионализма врача. *Главврач*. 2019. № 10. С. 9-15.

Формат 60x90/16, объём 2,5 усл. печ. л.
Бумага 80 г/м² офсетная.
Гарнитура Times New Roman.
Тираж 30 экз. Заказ № Л258.

Отпечатано в типографии
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.
123098 Москва, ул. Живописная, 46.
Тел.: (499) 190-93-90, 190-94-09.
rcdm@mail.ru, loch59@mail.ru
www.fmbafmbc.ru