



Пациенты со злокачественными опухолями головного мозга, госпитализированные в отделение реанимации и интенсивной терапии: интенсивная терапия или паллиативный подход?

Е. С. ВВЕДЕНСКАЯ^{1*}, А. М. МОЛЬКОВ^{1, 2}

¹ Нижегородский областной клинический онкологический диспансер

603093, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, ул. Родионова, д. 190, корп. 5

² Приволжский исследовательский медицинский университет

603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1

Поступила в редакцию 19.11.2025 г.; дата рецензирования 02.12.2025 г.

РЕЗЮМЕ

Благодаря развитию современных технологий за последние годы достигнут определенный прогресс в лечении злокачественных опухолей головного мозга (ЗОГМ). Однако прогноз для многих пациентов, страдающих ЗОГМ, остается неблагоприятным. Пациенты с ожидаемо неблагоприятным прогнозом требуют особого отношения и ухода, поскольку агрессивные терапевтические подходы не приводят к полному или частичному восстановлению функций, и проводимое лечение не в состоянии продлить жизнь. В этом ключе госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) при прогрессировании заболевания нередко может считаться нецелесообразной. При возникновении такой ситуации необходима консультация специалиста по паллиативной помощи и проведение консилиума с целью обсуждения возможностей и цели оказания медицинской помощи, тактики ведения пациентов в ОРИТ. Решающее значение для принятия решений имеет понимание прогноза и реалистичных целей лечения родственниками, а разумной альтернативой нахождения в ОРИТ могут стать оказание помощи в хосписе/отделении паллиативной помощи или патронаж на дому. Хотя преимущества такого подхода с точки зрения снижения нагрузки на ОРИТ очевидны, потенциальная роль паллиативной помощи в нейроонкологии недооценивается. Ранняя интеграция паллиативной помощи в систему оказания медицинской помощи больным со ЗОГМ не только обеспечит постоянное наблюдение за пациентами, улучшит качество их жизни, но и уменьшит число вызовов скорой медицинской помощи и число необоснованных госпитализаций в ОРИТ.

Ключевые слова: паллиативная помощь больным с опухолями головного мозга, пациенты с глиомой в отделении реанимации, терапия в конце жизни в ОРИТ, пациенты в отделении реанимации в конце жизни

Для цитирования: Введенская Е. С., Мольков А. М. Пациенты со злокачественными опухолями головного мозга, госпитализированные в отделение реанимации и интенсивной терапии: интенсивная терапия или паллиативный подход? // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2026. – Т. 23, № 1. – С. 88–97. <https://doi.org/10.24884/2078-5658-2026-23-1-88-97>.

Patients with malignant brain tumors admitted to an intensive care unit: intensive care or palliative approach?

ELENA S. VVEDENSKAYA^{1*}, ALEKSANDR M. MOLKOV^{1, 2}

¹ Nizhny Novgorod City Hospital № 28

85a, Berezhovskaya str., Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603044

² Privolzhsky Research Medical University

10/1, Minina and Pozharskogo sq., Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603005

Received 19.11.2025; review date 02.12.2025

ABSTRACT

Due to advanced modern technologies, some progress in recent years has been made in treatment of malignant brain tumors (MBT). However, the prognosis for many patients with malignant brain tumors remains poor. Patients with an expectedly poor prognosis require special attention and care as aggressive therapeutic approaches do not lead to full or partial restoration of function and current therapy is unable to prolong life. In this context, admission to an intensive care unit (ICU) is often inappropriate as the disease is in progress. This situation requires a palliative care specialist consultation along with a medical consilium to discuss the opportunities and goals of medical care and patients' management in the ICU. The prognosis and realistic treatment goals understanding by relatives is crucial for decision-making, and hospice/palliative care unit/ care or home nursing may be a reasonable alternative to ICU admission. Although the benefits of this approach in terms of reducing ICU burden are obvious, the potential role of palliative care in neuro-oncology is underestimated. Early integration of palliative care into the healthcare system for patients with malignant brain tumors will not only ensure an ongoing clinical monitoring and improve the quality of life but also reduce the number of futile visits of an ambulance and unjustified ICU admissions.

Keywords: palliative care for patients with brain tumors, patients with glioma in the intensive care unit, end-of-life care in the intensive care unit, patients in the intensive care unit at the end of life

For citation: Vvedenskaya E. S., Molkov A. M. Patients with malignant brain tumors admitted to an intensive care unit: intensive care or palliative approach? *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*, 2026, Vol. 23, № 1, P. 88–97. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/2078-5658-2026-23-1-88-97>.

* Для корреспонденции:

Елена Станиславовна Введенская
E-mail: elenavveden@mail.ru

* Correspondence:

Elena S. Vvedenskaya
E-mail: elenavveden@mail.ru

Введение

За последние три десятилетия в большинстве стран мира наблюдается рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований головного мозга (ЗНО ГМ) среди представителей обоих полов разного возраста. Так, по данным американского статистического отчета CBTRUS¹ за 2017–2021 гг., среднегодовой скорректированный по возрасту показатель заболеваемости всеми первичными злокачественными и доброкачественными опухолями головного мозга и других отделов ЦНС составил 25,34 на 100 тыс. населения (злокачественных – 6,89 и доброкачественных – 18,46). Среди молодых людей заболеваемость – 12,07 на 100 тыс. населения. Эти опухоли были вторым по распространенности типом опухолей в этой возрастной группе [37]. Глиомы составили 22,9% от числа всех опухолей. Глиобластома встречалась чаще других нозологий, и заболеваемость глиомой составила 13,9% от всех опухолей ЦНС и половину (51,5%) всех ЗНО ГМ. В этот период среднегодовой уровень смертности от ЗНО ГМ и других отделов ЦНС составил 4,41 на 100 тыс. населения. Пятилетняя выживаемость после установления диагноза – 35,7%, у пациентов с глиобластомой – 7,1% [3].

В России эпидемиологические данные о заболеваемости глиобластомой и другими ЗНО ГМ ограничены [4]. Так, известны только данные о том, что на конец 2024 г. состояло на учете 40454 человека с опухолями головного мозга и других отделов ЦНС или 27,7 на 100 тыс. населения, и летальность в этой группе пациентов составила 11,4% [2].

Благодаря развитию хирургических, химиотерапевтических и лучевых методов терапии за последние годы достигнут определенный прогресс в лечении ЗНО ГМ [2]. Однако прогноз для пациентов, страдающих ЗНО ГМ, остается неблагоприятным, средняя общая выживаемость составляет около года с момента постановки диагноза (14–15 месяцев). Кроме того, у коморбидных и ослабленных пациентов прогноз может быть еще хуже [25].

До сих пор имеется очень мало информации о завершающем этапе жизни пациентов данной группы. По результатам голландского исследования² в конце жизни пациентов часто встречались сонливость/оглушение (87%), дисфагия (71%), прогрессирующий неврологический дефицит (51%), судороги (45%), недержание мочи (40%), прогрессирующий когнитивный дефицит (33%) и головные боли (33%). Из них сонливость и дисфагия, по-видимому, чаще всего возникали в течение недели перед смертью [40].

Пациенты с ожидаемо неблагоприятным прогнозом требуют особого отношения и ухода, поскольку агрессивные/активные терапевтические подходы не

приводят к полному или даже частичному восстановлению функций, и, к сожалению, проводимое лечение не в состоянии продлить жизнь [10].

В этом ключе госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) нередко может считаться нецелесообразной. При возникновении такой ситуации необходима консультация специалиста по паллиативной помощи (ПП) и проведение консилиума, в том числе в условиях ОРИТ. Основная цель – обсудить возможности и цели оказания медицинской помощи и тактику ведения пациентов в ОРИТ (например, лечение послеоперационного отека мозга, транзиторной респираторной и/или сердечно-сосудистой недостаточности) и определить, при отсутствии острого состояния, имеются ли показания для нахождения больного в ОРИТ в связи с наличием и прогрессированием ЗНО ГМ, а также объяснить детали ситуации пациентами и/или их родственникам. Хотя преимущества такого подхода с точки зрения снижения нагрузки на ОРИТ очевидны, потенциальная роль ПП в нейроонкологии, по-видимому, недооценивается [47].

Решающее значение для последующего принятия решений имеет понимание прогноза и реалистичных целей лечения родственниками, а разумной альтернативой нахождения в ОРИТ при наличии сложных симптомов могут стать оказание помощи в хосписе/отделении паллиативной помощи или патронаж на дому [1, 20].

Цель данной статьи – выявить и оценить проблемы, возникающие при ведении пациентов со ЗНО ГМ, поступивших по разным причинам в ОРИТ, определить место интенсивной терапии и ПП для этой группы пациентов при возникновении состояний, угрожающих жизни, в том числе тех, которые являются лишь следствием прогрессирования основного заболевания. Показать необходимость коллегиального решения вопросов врачебной стратегии, внедрения в клиническую практику планирования помощи на перспективу/с выполнением желания пациента относительно характера получения терапии в экстренных ситуациях/, своевременного оказания ПП пациентам этой группы, и реализации «паллиативного подхода» для тех, кто был госпитализирован и получает лечение в ОРИТ.

Материалы и методы

Информация для этой статьи была получена путем систематизированного поиска и анализа литературы. Среди отечественных научных публикаций отсутствуют работы по вопросам оказания паллиативной помощи пациентам со ЗНО ГМ, в том числе в условиях ОРИТ. Поэтому проводился анализ научных статей зарубежных авторов, имеющих доступ в свободном доступе.

¹ CBTRUS «Первичные опухоли головного мозга и других отделов центральной нервной системы, диагностированные в США в 2017–2021 гг.».

² Включены в исследование пациенты с клиническим и радиологическим прогрессированием глиом после проведенного лечения. Фаза «конца жизни» начиналась, как только у пациентов появлялось прогрессирующее заболевание, для которого не было дополнительных вариантов лечения опухоли, или если пациенты отказывались от дальнейшего лечения по поводу опухоли.

Результаты

Было изучено и проведен анализ 44 зарубежных статей. Сделаны выводы и предложения с учетом работы авторов в ОРИТ, в отделении паллиативной специализированной медицинской помощи и в выездной патронажной службе паллиативной медицинской помощи на дому в настоящее время.

Обсуждение

Определение целей лечения пациента со ЗНО ГМ при прогрессировании заболевания и в терминальной фазе жизни. Ведение пациента со ЗНО ГМ при прогрессировании заболевания, в том числе в терминальной фазе жизни, часто требует междисциплинарного подхода, направленного на определение правильной тактики лечения в соответствии с его состоянием, потенциалом и прогнозом. Определить тактику бывает сложно, поскольку когнитивные функции пациента могут быть снижены или могут неожиданно измениться, и он не в состоянии выразить свою волю и намерения. Более того, то эмоциональное напряжение, которое испытывают его близкие, может также мешать принятию правильных клинических решений. За последние десятилетия, действительно, методы лечения стали способны продлить краткосрочную выживаемость пациентов независимо от тяжести заболевания. Однако в отношении пациентов, о которых идет речь, возникает вопрос, стоит ли использовать инновационные методы, или следует считать такие активные методы лечения нецелесообразными, или бесполезными [39]. Определение бесполезности, действительно, имеет широкий спектр значений, включая как продолжительность, так и качество жизни, и тесно связано с целями и ожиданиями как пациентов, так и врачей [39]. Иногда отсутствие согласия или понимания между врачами, пациентами или родственниками не позволяет установить доверительные отношения с пациентом, что может привести к негативным последствиям с психологической и юридической точки зрения [39]. В этом смысле становятся решающими компетенции и знания в области ПП и навыки общения. Для выбора наиболее подходящего лечения имеют значение и хорошо собранный клинический и семейный анамнез, детали основного заболевания пациента, заключение нейрохирургов, проведение прогностических оценок, опыт и знания врачей, которые осуществляют оказание помощи [14, 24]. В недавнем исследовании была проведена оценка мнения врачей и медицинских сестер по поводу бесполезности того лечения, которое получает пациент (36 лечащих врачей и 14 медицинских сестер). Результаты показали, что опыт врачей является определяющим фактором в определении прогноза и оценки полезности/тщетности проводимого лечения. В частности, лечащие врачи реже считали лечение бесполезным, чем их врачи-коллеги другого профиля (11% против 21%,

$p > 0,001$), при этом врачи считали, что «пациенты при отмене бесполезного лечения с меньшей вероятностью умирали бы в больнице» (51% против 68%, $p = 0,003$) [33].

Когда появляется потребность в ПП и что делать. В литературе в области ПП пациентам со ЗНО ГМ подчеркивается важность разработки стандартизированных руководств по оказанию помощи в конце жизни для пациентов с крайне злокачественными первичными опухолями головного мозга (такими как глиобластома высокой степени злокачественности), у которых в большинстве случаев прогноз в отношении жизни неблагоприятен. В настоящее время имеется лишь одно руководство по вопросам ПП пациентам этой группы, разработанное в 2017 г. Европейской ассоциацией нейроонкологов (EANO) [34].

Действительно, пациенты с первичными опухолями головного мозга не только отличаются от пациентов с опухолями других локализаций, но они также отличаются и от пациентов с метастазами в головной мозг по клинической картине и психологическим аспектам. Пациенты с первичными опухолями головного мозга имеют худший функциональный статус, большую необходимость в семейной поддержке и уходе и в большей степени требуют внимания и ухода со стороны членов семьи [44]. Исследование R. A. Harrison et al. (2021) было направлено на сравнение частоты проведения агрессивного лечения в конце жизни у когорты пациентов со ЗНО различных локализаций вне ЦНС и у когорты пациентов с глиомой высокой степени злокачественности [24]. Оценку проводили по баллам: одним баллом считался «показатель агрессивности» в последние 30 дней жизни: ≥ 2 посещений отделения неотложной помощи, ≥ 2 госпитализаций, ≥ 14 дней госпитализации, госпитализации в ОРИТ, смерть в больнице и получение химиотерапии в течение последних 14 дней жизни. Оценка варьировала от 0 до 6, при этом более высокий балл указывал на агрессивность лечения. «Хорошим» выбором лечения в конце жизни считалось 0 баллов. Исследование показало, что средние баллы были выше у пациентов со ЗНО других локализаций ($1,34 \pm 1,57$) по сравнению с пациентами с глиомой высокой степени злокачественности, получившими ($0,65 \pm 1,1$) и не получившими ($0,69 \pm 1,01$) формальную консультацию специалистов по ПП ($p = 0,007$). Это исследование выявило, что все-таки пациенты с распространенными ЗНО других локализаций получали более агрессивную терапию в терминальной стадии жизни по сравнению с пациентами с глиомой [24].

Особого внимания заслуживает принятие решений относительно пациентов с глиомой высокой степени злокачественности в тяжелом состоянии, которые могут выжить, но очевидно, что при этом у них сохраняются массивные функциональные и когнитивные нарушения. Необходимо как можно быстрее провести детальное обсуждение этих случаев с участием клиницистов, пациента/если воз-

можно/ и лиц, осуществляющих уход, чтобы определить то качество жизни, которое пациент сочтет приемлемым для себя и соответственно построить план лечения [21].

Здесь встает вопрос о планировании оказания помощи на перспективу с учетом в первую очередь (только это является верным!) желания пациента, если он в состоянии его выразить, до того, как пациент попадает в ОРИТ. Очевидно, что в условиях ОРИТ данная проблема не будет обсуждаться, будут проводиться активные мероприятия по поддержанию всех жизненных функций. Поэтому в таких случаях большое значение приобретает коллегиальное принятие решения об оказании не интенсивной терапии, а ПП.

Предварительное планирование оказания помощи. С момента поступления пациента в ОРИТ следует обсудить всю доступную информацию и все возможные варианты лечения на перспективу, чтобы можно было учесть пожелания и цели пациентов в отношении оказания помощи. В этом контексте клиницистам сложнее полагаться на конкретные «триггерные события» (например, когнитивные нарушения) для оценки средней 30-дневной выживаемости, поскольку у пациентов со ЗНО ГМ часто присутствуют когнитивные нарушения уже при установлении диагноза; таким образом, раннее консультирование о возможности оказания ПП необходимо для того, чтобы гарантировать пациенту помощь в конце жизни, содержание которой соответствует его желаниям [12].

Предварительное планирование помощи – процесс обсуждения и оценки целей и объема оказываемой медицинской помощи в конце жизни в соответствии с «завещанием» пациента. Было обнаружено, что своевременное предварительное планирование помощи приводит к меньшему числу госпитализаций в ОРИТ и к большей удовлетворенности родственников качеством медицинской помощи и ухода из жизни [11].

J. H. Kang et al. (2021) показали, что консультация специалиста по ПП была проведена у 28% пациентов с метастазами в головной мозг, находящихся в критическом состоянии. Интересно, что общая смертность статистически не различалась между теми, кто получил консультацию, и теми, кто ее не получил (78,8% против 90,3%, $p = 0,15$), что свидетельствует о том, что ПП у таких пациентов не сокращает продолжительность жизни, но приносит значительную пользу (например, облегчение симптомов и помощь в принятии сложных медицинских решений, организация специального ухода при наличии нарушений сознания и поведения) [26].

С учетом убеждений и приоритетов каждого пациента можно и следует определить цели оказания помощи. Например, применение опиоидов может быть отличным средством борьбы с болью, но оно также может негативно сказаться на способности контактировать с окружающими, так что некоторые пациенты предпочтут более низкий уровень обезбо-

ливания, чтобы сохранить способность общения с окружающими [49].

Реализация «паллиативного подхода» в ОРИТ. После принятия решения о реализации «паллиативного подхода» в течение всего пребывания в ОРИТ обязательно учитывать, что пациенты со ЗНО ГМ могут быть не в состоянии сообщить о том, как им плохо; таким образом, врачи должны быть особенно бдительны в отношении признаков, указывающих на страдание, например, одышка, отсутствие сна, недержание мочи, депрессия, делирий и тревога. Оценка этих симптомов может быть сложной, поскольку тахикардия и/или тахипноэ могут быть единственными проявлениями дистресса. Облегчение таких симптомов у данной группы пациентов аналогично подходам и в общей популяции [21]. Согласно исследованию о потребностях пациентов с глиомой высокой степени злокачественности в конце жизни, проведенному K. Thier et al. (2016), наиболее часто назначаемой группой препаратов были опиоиды (у 95% пациентов) [44].

Действительно, лекарственная терапия в терминальном состоянии включает в себя опиоиды для облегчения имеющейся одышки или боли. Антихолинергические препараты можно использовать для уменьшения трахеобронхиальной секреции и терминального «храпа», также могут быть использованы анксиолитики для лечения тревоги или возбуждения [21].

Однако применение сильных опиоидов у больных со ЗНО ГМ в конце жизни требует отдельного обсуждения. Необходимо отметить, что подходы к ведению пациента и возможности оказания помощи в ОРИТ и в отделении специализированной ПП отличаются. С точки зрения интенсивного медикаментозного лечения – это связано с разной по профилю подготовкой специалистов и с установленными алгоритмами их работы при различных нарушениях состояния организма, целями лечения. С точки зрения ухода – в отделении ПП, и, прежде всего, при организации хорошего ухода на дому, очень часто отпадает необходимость в интенсивной симптоматической терапии медикаментозными средствами/когнитивные нарушения, беспокойство, депрессия [1]. Это также очень важно учитывать.

Необходимо отметить, что пациент даже при наличии сниженного сознания остается способным слышать, воспринимать окружающую действительность и продолжает жить. В практике у пациентов со ЗНО ГМ встречаются случаи возвращения сознания после периодов его полного отсутствия. В связи с этим возникает необходимость обеспечения благоприятной окружающей обстановки и качественного ухода, что возможно сделать на сегодня только на дому с поддержкой грамотного врача ПП и родственников.

Прием лекарственных средств (показано проведение только медицинских вмешательств с целью облегчения симптомов), таких как антибиотики, вазопрессоры, инотропы и антикоагулянты, может

быть прекращен после коллегиального обсуждения врачами с участием близких пациента. В ходе такого же обсуждения могут быть затронуты вопросы внутривенной гидратации, искусственного питания и уровня мониторинга. Прием других лекарств, например, противоэпилептических, необходимо продолжать, поскольку судороги переносятся больными тяжело [21]. Каждый случай требует, бесспорно, принятия индивидуальных решений.

Возможны два наиболее распространенных подхода при лечении пациентов со ЗНО ГМ, находящихся в критическом состоянии – это «только меры комфорта», сосредоточенные на облегчении симптомов, и «полная поддержка жизнедеятельности», которая включает, например, наложение трахеостомы или установку зонда для кормления и др. Другой распространенный подход – «без эскалации лечения», когда предлагаются промежуточные меры без адекватного обсуждения целей, это может вызвать замешательство у лиц, осуществляющих уход, а также продлить тяжелый процесс умирания [21].

Действительно, результаты одноцентрового ретроспективного исследования, проведенного в ОРИТ М. Pottash et al. (2024), показали, что в 88% случаев консультации специалиста по ПП требовались именно с целью определения объема оказания помощи [36]. Аналогичный результат был получен L. N. Tran et al. (2021), которые сообщили об «уточнении целей помощи» как об основной причине консультации специалистом по ПП у 22 пациентов из 25 обследованных, а также о других причинах, включая помощь в «поддержке семьи», «принятии решений», «планировании выписки» и «коммуникации» [46].

По нашему мнению, решение о проведении только симптоматической терапии должен принимать консилиум врачей при участии нейрохирурга и/или невролога, врача-реаниматолога и врача по ПП.

Как показало исследование М. Barbaro et al. (2022), прогрессирование опухоли было наиболее частой причиной смерти (у 77% пациентов с глиомой высокой степени злокачественности). В этой группе, несмотря на то, что ПП была оказана 95% пациентов, у 13% пациентов проводились реанимационные мероприятия [7].

Следует отметить, что в соответствии с пунктом 7 статьи 66 главы 8 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ реанимационные мероприятия не проводят:

- 1) при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;
- 2) при наличии признаков биологической смерти человека [5].

К сожалению, несмотря на имеющуюся информацию о том, что ПП улучшает качество жизни паци-

ентов со ЗНО ГМ, ПП и в западных странах недостаточно используется для этой категории больных [21]. Действительно, потребности в ПП у пациентов, поступивших в ОРИТ, часто не удовлетворяются или удовлетворяются поздно. Ретроспективное исследование, основанное на обзоре историй болезни пациентов, умерших в нейро-ОРИТ, показало, что 44% из них никогда не направлялись в подразделения ПП, и в среднем были направлены только за 1 день до смерти [31]. С другой стороны, существуют данные о высокой потребности в ПП пациентов, находящихся в нейро-ОРИТ (62%), что можно выявить при систематическом скрининге [14].

Результаты исследования, проведенного М. Barbaro et al. в 2022 г., показали, что примерно половина (48,0%) пациентов умерли дома. Для всех людей, также и для пациентов с онкологическими заболеваниями, включая ЗНО ГМ, важно, где пройдут их последние часы жизни. Удовлетворение желания человека по этому вопросу улучшает качество ухода и качество жизни [7, 28, 43].

Многие больные хотели бы умереть дома. Однако пациенты как с ЗНО других локализаций, так и с первичными опухолями головного мозга, часто госпитализируются в конце жизни и умирают в больнице, что сопровождается интенсивной терапией [8, 9, 18, 19, 45]. Процесс ухода из жизни пациентов с онкологическими заболеваниями в больнице, и в большей степени в ОРИТ, имеет более низкое качество и повышает уровень психологического стресса у их близких [35]. Пациенты с глиомами, получающие ПП, с большей вероятностью уйдут из жизни вне больницы, особенно если были направлены в хоспис ранее чем за 7 дней до смерти [45].

По данным М. Barbaro et al. (2022), в исследуемой популяции почти четверть (22,4%) умерли в больнице, получая интенсивную терапию. Организация ПП на дому приведет к снижению необходимости в стационарной помощи, что необходимо для повышения качества и экономической эффективности оказываемой помощи в конце жизни пациентов с первичными опухолями головного мозга [7].

Точка зрения врачей и потенциальные проблемы. Таким образом, проблема выбора тактики лечения в конце жизни пациента, назовем это на грани жизни и смерти, по-прежнему представляет собой этическую и профессиональную дилемму даже для опытных врачей. Однако исследование S. A. Climans et al. (2021) показало, что опытные нейроонкологи имеют меньше моральных возражений против оказания активной медицинской помощи при приближении летального исхода, и это отношение не зависит от профессии, пола, религиозности, возраста пациентов, объема клинической практики и места работы врачей [12].

Дебаты об использовании медицинских технологий для продления жизни независимо от получаемых результатов часто остаются открытыми и неразрешенными [39]. Принятие смерти многими врачами является вопросом неприемлемой предвзя-

тости, когда врач расценивает такой подход для себя как личное поражение и остается во власти чувства беспомощности перед лицом того, что в некотором смысле находится за пределами человеческих возможностей. В этом контексте профессиональный опыт и знания сталкиваются с этикой и культурой каждого человека, подводя к выводу, что первостепенной важностью становится оказание комплексной помощи таким пациентам. Когда мы обсуждаем вопрос о принятии решений по поводу помощи в конце жизни, перед нами множество сложных вопросов, и на первый план выходит *предварительное планирование оказания помощи с учетом ценностей человека* [29]. Врачи выполняют важную задачу, предоставляя подробную информацию о современных возможностях лечения, используемого во время оказания помощи больным в конце жизни. Они должны выполнять свои обязанности, следуя принципам деонтологии, предоставляя пациентам подробную информацию о преимуществах, ограничениях и недостатках терапии [27].

Кроме того, врачи несут ответственность за сохранение жизни пациента, но это не следует путать с ненужным использованием ресурсов и причинением пациенту большего вреда, чем пользы, путем продолжения бесполезного с медицинской точки зрения лечения [32, 45]. Например, H. Yan et al. (2020) предложили новый подход, использующий алгоритм «Решение основных вопросов при принятии решений на перспективу» для рутинного совместного принятия решений в ситуациях оказания помощи в конце жизни [50].

Другим важным аспектом является сообщение информации о состоянии пациента. Решения об объеме и характере информации, которая должна быть предоставлена пациентам и их близким, часто являются сложными, такая информация должна предоставляться непрерывно. Необходимо подчеркнуть, что это важный и трудный аспект клинической работы врача [16]. Это особенно актуально для медицинских работников ОРИТ, где у ряда пациентов имеются ограничивающие продолжительность жизни заболевания. В этом контексте становится решающей потребность в своевременном прогнозировании и применении ПП [9]. Специалистам известно, что ПП в конце жизни выходит за рамки симптоматической терапии и включает в себя психосоциальную помощь, поддержку семьи, духовную помощь и даже последующее сопровождение службами поддержки близких в период утраты после смерти больного [18].

S. Bluck et al. (2019) выделили три различных понимания сути ПП: холистический подход/оказание всеобъемлющей помощи, симптоматическая терапия и уход и «паллиативный подход» [8]. Первый представляет собой кроме симптоматической терапии оказание специфической по содержанию психосоциальной и духовной помощи; второй сосредоточен на непрерывном купировании тягостных физических симптомов и боли до самого мо-

мента ухода из жизни, в то время как последний воплощает правильное теоретическое понимание ПП как реализации признанных принципов оказания ПП (при оказании любого вида помощи). Они подчеркнули, что всесторонняя помощь в большей степени соответствовала этическим принципам оказания помощи и способствовала снижению объема бесполезного лечения, в то время как помощь с целью обеспечения комфорта пациенту, включая симптоматическую терапию, благоприятствовала раннему вовлечению команды ПП. Наконец, решительная поддержка «паллиативного подхода» была связана с более глубоким пониманием принципов ПП. Поддержка конкретной перспективы практикующими врачами была связана с их опытом ведения пациентов в конце жизни. Однако существующие организационные трудности в повседневной работе ОРИТ часто препятствуют внедрению этого опыта [19]. Наиболее часто встречающимися препятствиями являются: отсутствие координации при оказании помощи, недостаток времени или персонала, разногласия во взглядах и понимании ситуации пациентами, их родственниками и врачами, а также недостаточные знания принципов ПП и компетентность врачей [19, 35, 48].

Интеграция ПП в систему оказания медицинской помощи. ПП использует/должна использовать!// междисциплинарный подход и осуществлять предварительное планирование помощи, что позволяет пациентам и их близким сделать осознанный выбор [30]. В настоящее время только 15–40% пациентов с глиомой высокой степени злокачественности получают консультацию врача по ПП при постановке диагноза или в процессе заболевания [38, 42]. Тем не менее, результаты исследований продемонстрировали преимущества раннего включения ПП в систему терапии с целью улучшения качества жизни, психологического состояния, что иногда приводит к увеличению продолжительности жизни пациентов со ЗНО [6, 22].

M. Fabbro et al. (2025) продемонстрировали возможность ранней интеграции ПП в лечение пациентов с впервые диагностированной глиомой высокой степени злокачественности. Это может способствовать улучшению качества жизни, снижению тревожности/депрессивных симптомов, а также улучшению понимания прогноза и информирования о предпочтениях в отношении помощи в конце жизни. Данные результаты могут служить обоснованием для создания комплексной модели лечения пациентов с этим неизлечимым видом ЗНО [17].

Своевременное оказание ПП, прежде всего на дому, позволяет избежать ненужных госпитализаций, снижает частоту летальных исходов в больнице, а также общую стоимость лечения по сравнению с пребыванием в стационаре и расходы на здравоохранение. Более того, ПП на дому помогает пациентам жить со своей болезнью и позволяет им избежать ненужных/тщетных медицинских вмешательств и манипуляций. В связи с этим предварительное

планирование помощи дает возможность пациентам заявить о своем желании относительно проведения тех или иных медицинских вмешательств, улучшает качество жизни пациентов и лиц, осуществляющих уход, а также облегчает принятие решений на последнем этапе жизни [23, 40, 41].

Выводы

В разных странах сохраняются значительные различия в стандартах оценки качества помощи пациентам в конце жизни. Но врачи в целом считают, что интенсивная терапия в конце жизни, включая стационарное лечение, в том числе в ОРИТ, а также назначение химиотерапии и лучевой терапии в последние недели жизни значительно ухудшают качество жизни больных и не приносят никакой пользы [13, 15].

Предоставление ПП пациентам нейроонкологического профиля, поступающим в ОРИТ, представляет собой сложную задачу. При поступлении пациентов этой группы в ОРИТ следует осуществлять «паллиативный подход»/выполнение общих принципов ПП. Важным вопросом является своевременное проведение консилиума врачей и принятие решения о выборе правильной тактики в отношении лечения каждого пациента: «только

меры комфорта», сосредоточенные на облегчении симптомов или «полная поддержка жизнедеятельности», которую следует согласовывать с его родственниками. По решению консилиума «только меры комфорта» пациент может быть переведен в отделение паллиативной помощи/хоспис или выписан домой под наблюдение врача и медицинской сестры выездной патронажной службы ПП. Но для обеспечения пациентов ПП должного качества врачи по ПП должны иметь соответствующую подготовку со знанием особенностей ведения пациентов со ЗНО ГМ. Это необходимо учитывать при подготовке врачей. Кроме того, необходима разработка практических рекомендаций по оказанию ПП пациентам данного профиля.

Ранняя интеграция ПП в систему оказания помощи больным со ЗНО ГМ не только обеспечит постоянное наблюдение за пациентом, улучшит качество жизни, но и уменьшит число вызовов скорой медицинской помощи и число необоснованных госпитализаций в ОРИТ.

Необходимо проведение дополнительных исследований по вопросам оказания медицинской помощи и коммуникации, осуществления ухода за больными со ЗНО ГМ, в том числе в терминальной стадии, в отделениях нейроонкологии и ОРИТ, а также разработка практических рекомендаций по этому вопросу.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors states that he has no conflict of interests.

Вклад авторов. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработке концепции статьи, получении и анализе фактических данных, написании и редактировании текста статьи, проверке и утверждении текста статьи.

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

ЛИТЕРАТУРА

1. Введенская Е. С., Мольков А. М. Паллиативная помощь пациентам с первичными и метастатическими опухолями головного мозга // Качественная клиническая практика. – 2025. – Т. 3. – С. 127–136. <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2025-3-127-136>.
2. Голанов А. В., Банов С. М., Ветлова Е. Р. и др. Метастатическое поражение головного мозга: клиника, диагностика и лечение // Клинический разбор в общей медицине. – 2023. – Т. 4, № 5. – С. 37–44. <https://doi.org/10.47407/kr2023.4.5.00233>.
3. Кальянго К., Дяченко А. А., Богданов Д. В. и др. Рост заболеваемости глиобластомой на фоне уменьшения частоты опухолей головного мозга в 2000–2020 гг.: популяционное регистровое исследование // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. – 2022. – Т. 86, № 5. – С. 28–36. <https://doi.org/10.17116/neiro20228605128>.
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2024 году. Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2025. – 158 с.
5. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 10.01.26).
6. Bakitas M., Lyons K. D., Hegel M. T. et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project

REFERENCES

1. Vvedenskaya E. S., Molkov A. M. Palliative care for patients with primary and metastatic brain tumors. *Good Clinical Practice*, 2025, no. 3, pp. 127–136. (In Russ.). <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2025-3-127-136>. EDN: KDJWJZ.
2. Golanov A. V., Banov S. M., Vetlova E. R. et al. Metastatic brain tumor. Clinical features, diagnosis and treatment. *Clinical review for general practice*, 2023, vol. 4, no. 5, pp. 37–44. (In Russ.). (In Russ.). <https://doi.org/10.47407/kr2023.4.5.00233>.
3. Kalyango K., Dyachenko A. A., Bogdanov D. V. et al. Increment of the incidence of glioblastoma following decrease in the incidence of brain tumors in 2000–2020: a population based registry study. *Burdenko Neurosurgery Issues*, 2022, vol. 86, no. 5, pp. 28–36. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/neiro20228605128>.
4. The oncological care for the population of Russia in 2024. Edited by A. D. Kaprin, V. V. Starinsky, A. O. Shakhzadova. Moscow, P. A. Herzen Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Center of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2025. ill. P. 158 p. (In Russ.).
5. Federal Law “On the Citizens, Health Protection Fundamentals in the Russian Federation” dated November 21, 2011 N 323-FZ. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed: 10.01.26). (In Russ.).
6. Bakitas M., Lyons K. D., Hegel M. T. et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Proj-

- ENABLE II randomized controlled trial // *JAMA*. – 2009. – Vol. 302, № 7. – P. 741–749. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1198>.
7. Barbaro M., Blinderman C. D., Iwamoto F. M. et al. Causes of death and end-of-life care in patients with intracranial high-grade gliomas: a retrospective observational study // *Neurology*. – 2022. – Vol. 98. – P. E260–E266. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000013057>.
8. Bluck S., Mroz E. L., Baron-Lee J. Providers' perspectives on palliative care in a neuromedicine-intensive care unit: end-of-life expertise and barriers to referral // *J. Palliat. Med.* – 2019. – Vol. 22. – P. 364–369. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0282>.
9. Boersma I., Miyasaki J., Kutner J., Kluger B. Palliative care and neurology: time for a paradigm shift // *Neurology*. – 2014. – Vol. 83. – P. 561–567. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000674>.
10. Catalisano G., Ippolito M., Marino C. et al. Palliative care principles and anesthesiology clinical practice: current perspectives // *J. Multidiscip. Health*. – 2021. – Vol. 14. – P. 2719–2730. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S240563>.
11. Chu D., Yen Y. F., Hu H. Y. et al. Factors associated with advance directives completion among patients with advance care planning communication in Taipei, Taiwan // *PLoS ONE*. – 2018. – Vol. 13. – e0197552. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197552>.
12. Climans S. A., Mason W. P., Variath C. et al. Neuro-oncology clinicians' attitudes and perspectives on medical assistance in dying // *Can. J. Neurol. Sci.* – 2021. – Vol. 48. – P. 772–778. <https://doi.org/10.1017/cjn.2021.186>.
13. Crawford G. B., Dzierzanowski T., Hauser K. et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines // *ESMO Open*. – 2021. – Vol. 6, № 4. – 100225. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>.
14. Creutzfeldt C. J., Engelberg R. A., Healey L. et al. Palliative care needs in the Neuro-Icu // *Crit. Care Med.* – 2015. – Vol. 43. – P. 1677–1684. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001018>.
15. Diamond E. L., Panageas K. S., Dallara A. et al. Frequency and predictors of acute hospitalization before death in patients with glioblastoma // *J Pain Symptom Manage.* – 2017. – Vol. 53, № 2. – P. 257–264. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.008>.
16. Dumble K., Driessen A., Borgstrom E. et al. How much information is 'reasonable'? A qualitative interview study of the prescribing practices of palliative care professionals // *Palliat. Med.* – 2022. – Vol. 36. – P. 1242–1251. <https://doi.org/10.1177/02692163221103471>.
17. Fabbro M., Thomaso M., Darlix A. et al. Integrated early palliative care for patients with newly diagnosed glioblastoma: The GLIOSUPPORT feasibility study // *Neuro-Oncology Advances*. – 2025. – Vol. 7, Is. 1. – vdaf064. <https://doi.org/10.1093/naojnl/vdaf064>.
18. Ferrell B. R., Twaddle M. L., Melnick A. et al. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition // *J. Palliat. Med.* – 2018. – Vol. 21. – P. 1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>.
19. Friedenberg A. S., Levy M. M., Ross S. et al. Barriers to end-of-life care in the intensive care unit: perceptions vary by level of training, discipline, and institution // *J. Palliat. Med.* – 2012. – Vol. 15. – P. 404–411. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0261>.
20. Frisella S., Bonosi L., Ippolito M. et al. Palliative care and end-of-life issues in patients with brain cancer admitted to ICU // *Medicina (Kaunas)*. – 2023. – Vol. 59, № 2. – P. 288. <https://doi.org/10.3390/medicina59020288>.
21. Frontera J. A., Curtis J. R., Nelson J. E. et al. Integrating palliative care into the care of neurocritically ill patients // *Crit. Care Med.* – 2015. – Vol. 43. – P. 1964–1977. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001131>.
22. Getie A., Edmealem A., Kitaw T. A. Comparative impact of integrated palliative care vs. standard care on the quality of life in cancer patients: a global systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *PLoS One*. – 2025. – Vol. 20, № 4. – P. e0321586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321586>.
23. Giammalva G. R., Iacopino D. G., Azzarello G. et al. End-of-life care in high-grade glioma patients. The palliative and supportive perspective // *Brain Sci.* – 2018. – Vol. 8, № 7. – P. 125. <https://doi.org/10.3390/brainsci8070125>.
24. Harrison R. A., Ou A., Naqvi S. M. A. et al. Aggressiveness of care at end of life in patients with high-grade glioma // *Cancer Med.* – 2021. – Vol. 10. – P. 8387–8394. <https://doi.org/10.1002/cam4.4344>.
25. Ippolito M., Giarratano A., Cortegiani A. Healthcare-associated central nervous system infections // *Curr. Opin. Anaesthesiol.* – 2022. – Vol. 35. – P. 549–554. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001167>.
26. Kang J. H., Price M., Dalton T. et al. Palliative care use for critically ill patients with brain metastases // *J. Pain Symptom Manag.* – 2021. – Vol. 62, № 5. – P. 927–935. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.05.003>.
- ect ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, 2009, vol. 302, no. 7, pp. 741–749. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1198>.
7. Barbaro M., Blinderman C. D., Iwamoto F. M. et al. Causes of death and end-of-life care in patients with intracranial high-grade gliomas: a retrospective observational study. *Neurology*, 2022, vol. 98, pp. E260–E266. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000013057>.
8. Bluck S., Mroz E. L., Baron-Lee J. Providers' perspectives on palliative care in a neuromedicine-intensive care unit: end-of-life expertise and barriers to referral. *J. Palliat. Med.*, 2019, vol. 22, pp. 364–369. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0282>.
9. Boersma I., Miyasaki J., Kutner J., Kluger B. Palliative care and neurology: time for a paradigm shift. *Neurology*, 2014, vol. 83, pp. 561–567. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000674>.
10. Catalisano G., Ippolito M., Marino C. et al. Palliative care principles and anesthesiology clinical practice: current perspectives. *J. Multidiscip. Health*, 2021, vol. 14, pp. 2719–2730. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S240563>.
11. Chu D., Yen Y. F., Hu H. Y. et al. Factors associated with advance directives completion among patients with advance care planning communication in Taipei, Taiwan. *PLoS ONE*, 2018, vol. 13, e0197552. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197552>.
12. Climans S. A., Mason W. P., Variath C. et al. Neuro-oncology clinicians' attitudes and perspectives on medical assistance in dying. *Can. J. Neurol. Sci.*, 2021, vol. 48, pp. 772–778. <https://doi.org/10.1017/cjn.2021.186>.
13. Crawford G. B., Dzierzanowski T., Hauser K. et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, 2021, vol. 6, no. 4, 100225. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>.
14. Creutzfeldt C. J., Engelberg R. A., Healey L. et al. Palliative care needs in the Neuro-Icu. *Crit. Care Med.*, 2015, vol. 43, pp. 1677–1684. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001018>.
15. Diamond E. L., Panageas K. S., Dallara A. et al. Frequency and predictors of acute hospitalization before death in patients with glioblastoma. *J Pain Symptom Manage*, 2017, vol. 53, no. 2, pp. 257–264. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.008>.
16. Dumble K., Driessen A., Borgstrom E. et al. How much information is 'reasonable'? A qualitative interview study of the prescribing practices of palliative care professionals. *Palliat. Med*, 2022, vol. 36, pp. 1242–1251. <https://doi.org/10.1177/02692163221103471>.
17. Fabbro M., Thomaso M., Darlix A. et al. Integrated early palliative care for patients with newly diagnosed glioblastoma: The GLIOSUPPORT feasibility study. *Neuro-Oncology Advances*, 2025, vol. 7, Is. 1, vdaf064. <https://doi.org/10.1093/naojnl/vdaf064>.
18. Ferrell B. R., Twaddle M. L., Melnick A. et al. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *J. Palliat. Med*, 2018, vol. 21, pp. 1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>.
19. Friedenberg A. S., Levy M. M., Ross S. et al. Barriers to end-of-life care in the intensive care unit: perceptions vary by level of training, discipline, and institution. *J. Palliat. Med*, 2012, vol. 15, pp. 404–411. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0261>.
20. Frisella S., Bonosi L., Ippolito M. et al. Palliative care and end-of-life issues in patients with brain cancer admitted to ICU. *Medicina (Kaunas)*, 2023, vol. 59, no. 2, pp. 288. <https://doi.org/10.3390/medicina59020288>.
21. Frontera J. A., Curtis J. R., Nelson J. E. et al. Integrating palliative care into the care of neurocritically ill patients. *Crit. Care Med*, 2015, vol. 43, pp. 1964–1977. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001131>.
22. Getie A., Edmealem A., Kitaw T. A. Comparative impact of integrated palliative care vs. standard care on the quality of life in cancer patients: a global systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 2025, vol. 20, no. 4, pp. e0321586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321586>.
23. Giammalva G. R., Iacopino D. G., Azzarello G. et al. End-of-life care in high-grade glioma patients. The palliative and supportive perspective. *Brain Sci*, 2018, vol. 8, no. 7, pp. 125. <https://doi.org/10.3390/brainsci8070125>.
24. Harrison R. A., Ou A., Naqvi S. M. A. et al. Aggressiveness of care at end of life in patients with high-grade glioma. *Cancer Med*, 2021, vol. 10, pp. 8387–8394. <https://doi.org/10.1002/cam4.4344>.
25. Ippolito M., Giarratano A., Cortegiani A. Healthcare-associated central nervous system infections. *Curr. Opin. Anaesthesiol*, 2022, vol. 35, pp. 549–554. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001167>.
26. Kang J. H., Price M., Dalton T. et al. Palliative care use for critically ill patients with brain metastases. *J. Pain Symptom Manag*, 2021, vol. 62, no. 5, pp. 927–935. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.05.003>.

27. Karnik S., Kanekar A. Ethical issues surrounding end-of-life care: a narrative review // *Healthcare*. – 2016. – Vol. 4. – P. 24. <https://doi.org/10.3390/healthcare4020024>.
28. Koekkoek J. A., Dirven L., Reijneveld J. C. et al. End of life care in high-grade glioma patients in three European countries: a comparative study // *J Neurooncol*. – 2014. – Vol. 120, № 2. – P. 303–310. <https://doi.org/10.1007/s11060-014-1548-5>.
29. Kotzé C., Roos J. L. Ageism, human rights and ethical aspects of end-of-life care for older people with serious mental illness // *Front. Psychiatry*. – 2022. – Vol. 13. – 906873. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.906873>.
30. Libert Y., Langhendries C., Choucroun L. et al. Interventions aiming to improve advance care planning uptake in oncology: a scoping review of recent randomized controlled trials // *Curr Opin Oncol*. – 2024. – Vol. 36, № 4. – P. 233–247. <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000001045>.
31. Morris M., Mroz E. L., Popescu C. et al. Palliative care services in the neuroicu: opportunities and persisting barriers // *Am. J. Hosp. Palliat. Med*. – 2021. – Vol. 38. – P. 1342–1347. <https://doi.org/10.1177/1049909120987215>.
32. Morrison E. E., Furlong B. *Health Care Ethics*. 3rd ed. Jones & Bartlett Learning; Sudbury, MA, USA, 2014.
33. Neville T. H., Wiley J. F., Holmboe E. S. et al. Differences between attendings' and fellows' perceptions of futile treatment in the intensive care unit at one academic health center: implications for training // *Acad. Med*. – 2015. – Vol. 90. – P. 324–330. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000617>.
34. Pace A., Dirven L., Koekkoek J. A. F. et al. European association of neuro-oncology palliative care task force. European Association for Neuro-Oncology (EANO) guidelines for palliative care in adults with glioma // *Lancet Oncol*. – 2017. – Vol. 18, № 6. – e330–e340. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30345-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30345-5).
35. Paladino J., Bernacki R., Neville B. A. et al. Evaluating an intervention to improve communication between oncology clinicians and patients with life-limiting cancer: a cluster randomized clinical trial of the serious illness care program // *JAMA Oncol*. – 2019. – Vol. 5. – P. 801–809. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.0292>.
36. Pottash M., McCamey D., Groninger H. et al. Palliative care consultation and effect on length of stay in a tertiary-level neurological intensive care unit // *Palliat. Med. Rep*. – 2020. – Vol. 1. – P. 161–165. <https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0051>.
37. Price M., Ballard C., Benedetti J. et al. CBTRUS statistical report: primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the united states in 2017–2021 // *Neuro-Oncology*. – 2024. – Vol. 26, Is. 6. – P. vi1–vi85. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noae145>.
38. Rivoirard R., Vallard A., Boutet C. et al. A retrospective survey of the last 3 months of life in patients carrying glioblastoma: clinical treatments and profiles // *Mol Clin Oncol*. – 2018. – Vol. 8, № 1. – P. 115–120. <https://doi.org/10.3892/mco.2017.1479>.
39. Scanlon A., Murphy M. Medical Futility in the care of non-competent terminally ill patient: nursing perspectives and responsibilities // *Aust. Crit. Care*. – 2014. – Vol. 27. – P. 99–102. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.10.003>.
40. Sizoo E. M., Braam L., Postma T. J. et al. Symptoms and problems in the end-of-life phase of high-grade glioma patients // *Neuro Oncol*. – 2010. – Vol. 12, № 11. – P. 1162–1166. <https://doi.org/10.1093/neuonc/nop045>.
41. Song K., Amatya B., Voutier C. et al. Advance care planning in patients with primary malignant brain tumors: a systematic review // *Front Oncol*. – 2016. – Vol. 6. – P. 223. <https://doi.org/10.3389/fonc.2016.00223>.
42. Tan A. C., Ashley D. M., Lopez G. Y. et al. Management of glioblastoma: state of the art and future directions // *CA Cancer J Clin*. – 2020. – Vol. 70, № 4. – P. 299–312. <https://doi.org/10.3322/caac.21613>.
43. Tang S. T. When death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer to die and why // *Cancer Nurs*. – 2003. – Vol. 26, № 3. – P. 245–251. <https://doi.org/10.1097/00002820-200306000-00012>.
44. Thier K., Calabek B., Tinchon A. et al. The Last 10 days of patients with glioblastoma: assessment of clinical signs and symptoms as well as treatment // *Am. J. Hosp. Palliat. Med*. – 2016. – Vol. 33. – P. 985–988. <https://doi.org/10.1177/1049909115609295>.
45. Thorns A. Ethical and legal issues in end-of-life care // *Clin. Med. J. R. Coll. Physicians Lond*. – 2010. – Vol. 10. – P. 282–285. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-3-282>.
46. Tran L. N., Back A. L., Creutzfeldt C. J. Palliative care consultations in the neuro-ICU: a qualitative study // *Neurocrit. Care*. – 2016. – Vol. 25. – P. 266–272. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0283-5>.
47. Walbert T. Palliative care, end-of-life care, and advance care planning in neuro-oncology // *Continuum Lifelong Learn. Neurol*. – 2017. – Vol. 23. – P. 1709–1726. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000538>.
27. Karnik S., Kanekar A. Ethical issues surrounding end-of-life care: a narrative review. *Healthcare*, 2016, vol. 4, pp. 24. <https://doi.org/10.3390/healthcare4020024>.
28. Koekkoek J. A., Dirven L., Reijneveld J. C. et al. End of life care in high-grade glioma patients in three European countries: a comparative study. *J Neurooncol*, 2014, vol. 120, no. 2, pp. 303–310. <https://doi.org/10.1007/s11060-014-1548-5>.
29. Kotzé C., Roos J. L. Ageism, human rights and ethical aspects of end-of-life care for older people with serious mental illness. *Front. Psychiatry*, 2022, vol. 13, 906873. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.906873>.
30. Libert Y., Langhendries C., Choucroun L. et al. Interventions aiming to improve advance care planning uptake in oncology: a scoping review of recent randomized controlled trials. *Curr Opin Oncol*, 2024, vol. 36, no. 4, pp. 233–247. <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000001045>.
31. Morris M., Mroz E. L., Popescu C. et al. Palliative care services in the neuroicu: opportunities and persisting barriers. *Am. J. Hosp. Palliat. Med*, 2021, vol. 38, pp. 1342–1347. <https://doi.org/10.1177/1049909120987215>.
32. Morrison E. E., Furlong B. *Health Care Ethics*. 3rd ed. Jones & Bartlett Learning; Sudbury, MA, USA, 2014.
33. Neville T. H., Wiley J. F., Holmboe E. S. et al. Differences between attendings' and fellows' perceptions of futile treatment in the intensive care unit at one academic health center: implications for training. *Acad. Med*, 2015, vol. 90, pp. 324–330. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000617>.
34. Pace A., Dirven L., Koekkoek J. A. F. et al. European association of neuro-oncology palliative care task force. European Association for Neuro-Oncology (EANO) guidelines for palliative care in adults with glioma. *Lancet Oncol*, 2017, vol. 18, no. 6, e330–e340. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30345-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30345-5).
35. Paladino J., Bernacki R., Neville B. A. et al. Evaluating an intervention to improve communication between oncology clinicians and patients with life-limiting cancer: a cluster randomized clinical trial of the serious illness care program. *JAMA Oncol*, 2019, vol. 5, pp. 801–809. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.0292>.
36. Pottash M., McCamey D., Groninger H. et al. Palliative care consultation and effect on length of stay in a tertiary-level neurological intensive care unit. *Palliat. Med. Rep*, 2020, vol. 1, pp. 161–165. <https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0051>.
37. Price M., Ballard C., Benedetti J. et al. CBTRUS statistical report: primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the united states in 2017–2021. *Neuro-Oncology*, 2024, vol. 26, Is. 6, pp. vi1–vi85. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noae145>.
38. Rivoirard R., Vallard A., Boutet C. et al. A retrospective survey of the last 3 months of life in patients carrying glioblastoma: clinical treatments and profiles. *Mol Clin Oncol*, 2018, vol. 8, no. 1, pp. 115–120. <https://doi.org/10.3892/mco.2017.1479>.
39. Scanlon A., Murphy M. Medical Futility in the care of non-competent terminally ill patient: nursing perspectives and responsibilities. *Aust. Crit. Care*, 2014, vol. 27, pp. 99–102. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.10.003>.
40. Sizoo E. M., Braam L., Postma T. J. et al. Symptoms and problems in the end-of-life phase of high-grade glioma patients. *Neuro Oncol*, 2010, vol. 12, no. 11, pp. 1162–1166. <https://doi.org/10.1093/neuonc/nop045>.
41. Song K., Amatya B., Voutier C. et al. Advance care planning in patients with primary malignant brain tumors: a systematic review. *Front Oncol*, 2016, vol. 6, pp. 223. <https://doi.org/10.3389/fonc.2016.00223>.
42. Tan A. C., Ashley D. M., Lopez G. Y. et al. Management of glioblastoma: state of the art and future directions. *CA Cancer J Clin*, 2020, vol. 70, no. 4, pp. 299–312. <https://doi.org/10.3322/caac.21613>.
43. Tang S. T. When death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nurs*, 2003, vol. 26, no. 3, pp. 245–251. <https://doi.org/10.1097/00002820-200306000-00012>.
44. Thier K., Calabek B., Tinchon A. et al. The Last 10 days of patients with glioblastoma: assessment of clinical signs and symptoms as well as treatment. *Am. J. Hosp. Palliat. Med*, 2016, vol. 33, pp. 985–988. <https://doi.org/10.1177/1049909115609295>.
45. Thorns A. Ethical and legal issues in end-of-life care. *Clin. Med. J. R. Coll. Physicians Lond*, 2010, vol. 10, pp. 282–285. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-3-282>.
46. Tran L. N., Back A. L., Creutzfeldt C. J. Palliative care consultations in the neuro-ICU: a qualitative study. *Neurocrit. Care*, 2016, vol. 25, pp. 266–272. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0283-5>.
47. Walbert T. Palliative care, end-of-life care, and advance care planning in neuro-oncology. *Continuum Lifelong Learn. Neurol*, 2017, vol. 23, pp. 1709–1726. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000538>.

48. Walsh L. E., Polacek L. C., Panageas K. et al. Coping with glioblastoma: prognostic communication and prognostic understanding among patients with recurrent glioblastoma, caregivers, and oncologists // *J. Neurooncol.* – 2022. – Vol. 158. – P. 69–79. <https://doi.org/10.1007/s11060-022-04010-x>.
49. Wegier P., Varenbut J., Bernstein M. et al. No thanks, i don't want to see snakes again: a qualitative study of pain management versus preservation of cognition in palliative care patients // *BMC Palliat. Care.* – 2020. – Vol. 19. – P. 182. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00683-1>.
50. Yan H., Kukora S. K., Arslanian-Engoren C. et al. Aiding end-of-life medical decision-making: a cardinal issue perspective // *Palliat. Support. Care.* – 2020. – Vol. 18. – P. 1–3. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000981>.
48. Walsh L. E., Polacek L. C., Panageas K. et al. Coping with glioblastoma: prognostic communication and prognostic understanding among patients with recurrent glioblastoma, caregivers, and oncologists. *J. Neurooncol*, 2022, vol. 158, pp. 69–79. <https://doi.org/10.1007/s11060-022-04010-x>.
49. Wegier P., Varenbut J., Bernstein M. et al. No thanks, i don't want to see snakes again: a qualitative study of pain management versus preservation of cognition in palliative care patients. *BMC Palliat. Care*, 2020, vol. 19, pp. 182. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00683-1>.
50. Yan H., Kukora S. K., Arslanian-Engoren C. et al. Aiding end-of-life medical decision-making: a cardinal issue perspective. *Palliat. Support. Care*, 2020, vol. 18, pp. 1–3. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000981>.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Введенская Елена Станиславовна, кандидат медицинских наук, врач-онколог, зав. отделением паллиативной специализированной медицинской помощи, Городская больница № 28 Московского района г. Нижнего Новгорода, член профильной комиссии по паллиативной помощи Минздрава России, член редакционной коллегии журнала «Паллиативная медицина и реабилитация» (г. Нижний Новгород, Россия), e-mail: elenavveden@mail.ru, ORCID: 0009-0005-2009-3624, SPIN: 2378–8505; **Мольков Александр Михайлович**, врач – анестезиолог-реаниматолог высшей категории, зав. отделением анестезиологии и реанимации, анестезиолог отделения паллиативной специализированной медицинской помощи, Городская больница № 28 Московского района г. Нижнего Новгорода, ассистент кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии, Приволжский исследовательский медицинский университет (г. Нижний Новгород, Россия), e-mail: malevich.83@mail.ru, ORCID: 0009-0008-3922-8324.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Vvedenskaya Elena S., Cand. of Sci. (Med.), Oncologist, Head of the Department of Palliative Specialized Medical Care, City Hospital № 28 of the Moskovsky District of Nizhny Novgorod, Member of the Specialized Commission on Palliative Care of the Ministry of Health of the Russian Federation (Nizhny Novgorod, Russia), e-mail: elenavveden@mail.ru, ORCID: 0009-0005-2009-3624, SPIN: 2378–8505; **Molkov Aleksandr M.**, Anesthesiologist and Intensivist of the Highest Category, Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Anesthesiologist of the Department of Palliative Specialized Medical Care, City Hospital № 28 of the Moskovsky District of Nizhny Novgorod, Assistant of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Transfusiology, Privolzhsky Research Medical University (Nizhny Novgorod, Russia), e-mail: malevich.83@mail.ru, ORCID: 0009-0008-3922-8324.