НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА в ОНКОЛОГИИ

03 октября 2019

Лейдерман И.Н.

Уральский государственный Медицинский университет

Смирнов М.В.

Свердловский Областной Онкологический Диспансер

г. Екатеринбург

2019

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

При создании презентации использованы материалы и названия (изображения) продуктов компаний-производителей лечебного питания:

B\BRAUN, FRESENIUS KABI, NUTRICIA, NESTLE

Автор не является сотрудником означенных компаний и получателем грантов для создания данного материала.

МЗ РФ **Клинические рекомендации**

Недостаточность питания: нутритивная поддержка и регидратационная терапия у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

Год утверждения (частота пересмотра): **2017 (пересмотр каждые 3 года)**

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи**
- **ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)**
- **Европейское Общество Клинического Питания и Метаболизма**
- **Национальная Ассоциации Клинического питания и Метаболизма**
- **Северо-Западная Ассоциация парентерального и энтерального питания**
- **Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе**
- **ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации**


ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ
СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ХИРУРГИЯ \ ХИМИОТЕРАПИЯ \
ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ
ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ при лечении онкологического пациента это комплекс клинических и фармакологических мероприятий направленный на:

- **создание оптимальные условия для проведения специальных методов лечения**
- **стабилизацию гомеостаза**
- **потенцирование эффектов терапии**
- **уменьшение побочных эффектов лечения**
- **адекватную анальгезию**
- **изменение эмоциональной реакции**
- **нормализация сна**
- **профилактика нутритивной недостаточности**


ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ
ТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА
ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ
ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ

ЧТО ТАКОЕ НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ?

НЕАДЕКВАТНОЕ ПИТАНИЕ ?

НЕСООТВЕТСТВИЕ между ПОСТУПЛЕНИЕМ и ПОТРЕБНОСТЬЮ ОРГАНИЗМА

в

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ и ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛАХ

ПОРТРЕТ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

- пониженная толерантность к глюкозе (скрытый диабет)
- тенденция к гипогликемии
- истощение запасов гликогена в печени и мышцах
- мобилизация липидов из жировых депо и мышц
- дистрофия мышц (усиленный катаболизм и ослабленный синтез белков)
- повышенный глюконеогенез в печени и почках
- активация системы «гипоталамус-гипофиз-надпочечники» с гиперпродукцией глюкокортикоидов
- инволюция тимуса, иммунодепрессия

НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ или СИНДРОМ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ

В среднем частота встречаемости синдрома анорексии-кахексии (CACS) составляет около 60-80%:

при локализации опухоли в верхнем отделе жкт – 95%

CACS - является непосредственной причиной смерти

У 4 ИЗ 20 онкологических больных

***Kakos* = плохой; *hexis* = состояние**

Комплексный многофакторный синдром, характеризующийся прогрессивной потерей массы тела

Анорексия, быстрое насыщение,снижение тощей массы тела,мышечная слабость, отеки, утомляемость,иммунодефицит

Кахексия = крайняя степень белково-энергетической недостаточности

- Потеря массы тела более 33-37%
- Потеря мышечной массы более 30%
- Потеря жировых запасов более 70%
- Индекс массы тела (ИМТ) 11-13

Голодание как причина смерти



Причины нутритивной недостаточности

- Недостаточное поступление питательных веществ;
- Изменение потребностей организма в нутриентах;
- Невозможность организма полностью усвоить поступающие нутриенты;

- **ОБЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ОПУХОЛИ на МЕТАБОЛИЗМ**
- **МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВЯЗАННЫЕ с РОСТОМ ОПУХОЛИ**
- **ПОСЛЕДСТВИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**
- **ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ**
- **ПОСТЛУЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ**
- **ДЕПРЕССИЯ**

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

- называют процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи.
- этот процесс включает в себя дополнительное оральное питание, энтеральное питание через зонд, частичное или полное парентеральное питание

ШАГ 1 : ОЦЕНКА НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Степени	Легкая	Средняя	Тяжелая
Альбумин	**35-30 г/ л**	**30-25 г/л**	**< 25 г/л**
Лимфоциты	**1800-1500**	**1500-800**	**< 800**
Дефицит массы в % от ИМТ	**11-10 %**	**21-30 %**	**более 30 %**
Индекс масса-рост	19-17,5	17.5-15,5	<15,5

вес 60 кг рост 1.7 м

$$\frac{60}{1{,}7 \times 1{,}7} = 21$$

ВАЖНО :

- **ТЕМП ПОТЕРИ ВЕСА**
- **АНАТОМИЧЕСКАЯ и ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СОХРАННОСТЬ ЖКТ**
- **НАЛИЧИЕ ДИСПЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Пациент не может восполнить потребности в питании с помощью обычной диеты

Критерии питательной недостаточности:

- **ИМТ 19 и менее**
- **Дефицит массы тела более 10%**
- **Общий белок менее 60 г\л**
- **Альбумин менее 35 г\л**
- **Лимфоциты периф.крови менее 1800 в мм3**

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА
назначается во всех случаях, когда больные

- НЕ МОГУТ
- НЕ ХОТЯТ
- НЕ ДОЛЖНЫ

  принимать пищу естественным путем

ШАГ 2 :САМОЕ ВАЖНОЕ

- возможности желудочно-кишечного тракта
- тип проводимой терапии
- качество жизни и прогноз !!!

Почему при назначении НП предпочтение отдается энтеральному питанию

- Более физиологично
- Значительно дешевле парентерального
- Не требует строго стерильных условий
- Не вызывает опасных для жизни осложнений

А ТАК ЖЕ

- **ЖКТ - мишень патоморфологических и патофизиологических реакций постагрессивного воздействия на организм**
- **Метаболически активная система, требующая внутрипросветного трофического обеспечения**
- **Барьер, отделяющий 2,5-3 кг внутрикишечной микробной массы от внутренней среды организма (эндогенный очаг инфекции)**

(проф. Луфт ВМ)

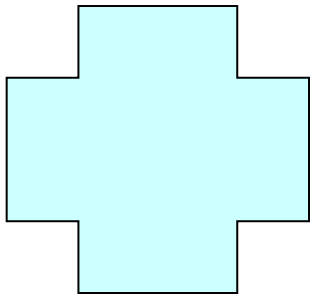
Что мешает широкому применению энтерального питания ?

- **Недостаточные знания и пренебрежительное отношение к данному виду медицинского пособия со стороны организаторов здравоохранения и некоторых клиницистов**
- **Отсутствие данного вида медицинского пособия в протоколах и стандартах**
- **Недостаточное и остаточный принцип финансирования клинического питания**
- **Отсутствие должной организации**

(проф. Луфт ВМ)

ШАГ 3 : ОЦЕНИТЬ ВОДНЫЙ БАЛАНС

минимальная потребность ≈ 25 мл / кг массы

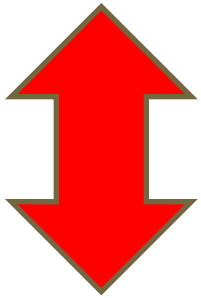


≈ 300 – 500 мл на каждый градус t при лихорадке

≈ 500 мл при усиленном потоотделении или гипервентиляции

патологические потери

Питание на фоне гиповолемии малоэффективно



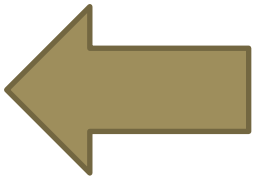
Коррекция гиповолемии и электролитных расстройств на фоне голодания бесперспективна

ШАГ 4 : А СКОЛЬКО НАДО ?

Адекватность –
«много не значит хорошо,
мало значит плохо»
(проф. Луфт ВМ)

ЭНЕРГИЯ
20 – 25 ккал/кг/сутки

БЕЛОК
1 -1.2 гр/кг/сутки



ЛЕГКАЯ НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

СРЕДНЯЯ НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
! стабильное состояние, нет выраженной диспепсии, лихорадки

ЭНЕРГИЯ
25 – 30 ккал/кг/сутки

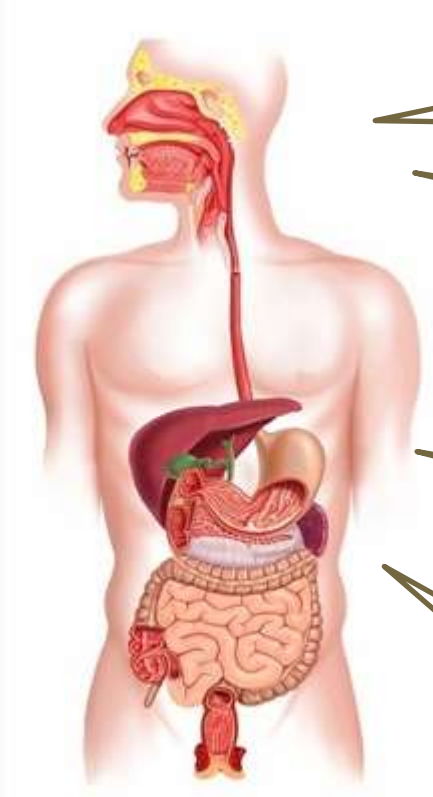
БЕЛОК
1.2 - 1.5 гр/кг/сутки

ТЯЖЕЛАЯ НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ КАХЕКСИЯ

ЭНЕРГИЯ
30 – 40 ккал/кг/сутки

БЕЛОК
1.5 - 2 гр/кг/сутки

ШАГ 5 : ВЫБОР МЕТОДИКИ



ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЫЧНОГО ПИТАНИЯ

СИПИНГ

ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ

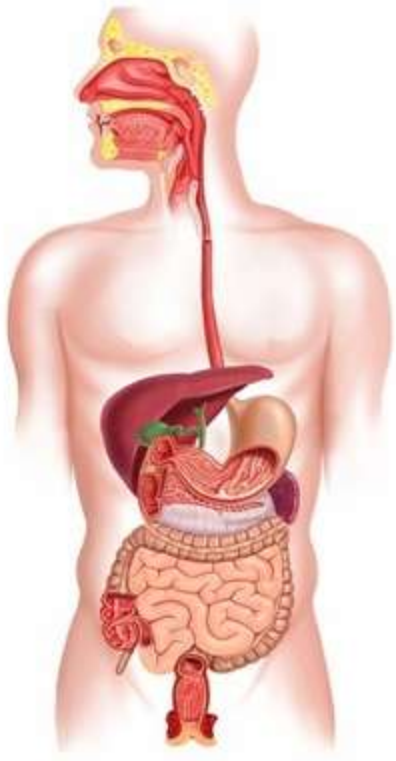
СТОМЫ

ШАГ 5 : ВЫБОР МЕТОДИКИ



ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЫЧНОГО ПИТАНИЯ

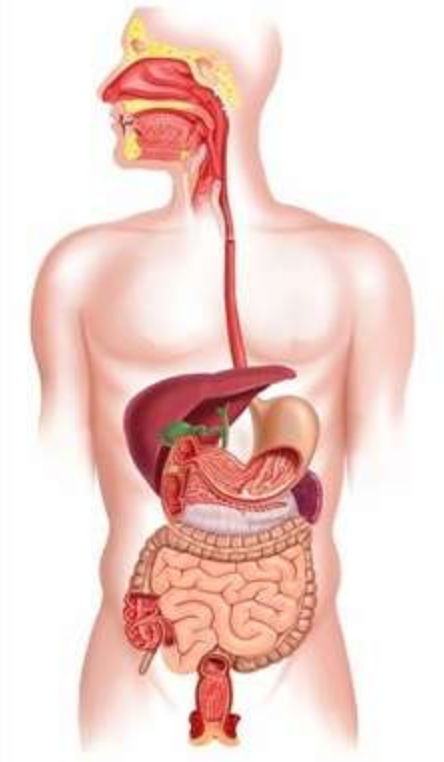


- амбулаторный пациент
- операция вне ЖКТ
- минимальная нутритивная нед-ть
- нормально работающий ЖКТ
- осложнения химиолучевого лечения (анорексия, мукозиты)

- оптимизация питания (белок ! энергия!)
- рекомендации по приготовлению пищи
- стимуляторы аппетита

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЫЧНОГО ПИТАНИЯ (обогащение)

- акцент на животный белок и высокоэнергетические продукты
- частый дробный прием пищи
- рекомендации по приготовлению
- обогащение за счет добавления питательной смеси
- медикаментозная поддержка



СИПИНГ

- амбулаторный или стационарный пациент
- нутритивная нед-ть средней степени
- работающий ЖКТ, диспептические нарушения
- минимальные вмешательства на пищеварительном тракте
- осложнения химиолучевого лечения (анорексия, мукозиты)

- оптимизация питания (белок ! энергия!)
- питательные смеси, адаптированные для перорального приема 600 – 800 – 1000 мл \ сутки

- ***Питание методом сипинга*** **– употребление нужного количества смеси в течение дня небольшими глоточками. Этот метод повышает усвоение и улучшает переносимость лечебного питания.**

- **Это- «не вкусно», но ПОЛЕЗНО**
- **Это- альтернатива зондовому питанию**
- **«Запивайте таблетки не водой, а смесью»**
- **Не пейте сразу много (с 8 до 20 часов)**
- **Пить не вместо еды, а в промежутках между приемом пищи**



Современная полноценная смесь для питания методом сипинга Нутрикомп Дринк Плюс

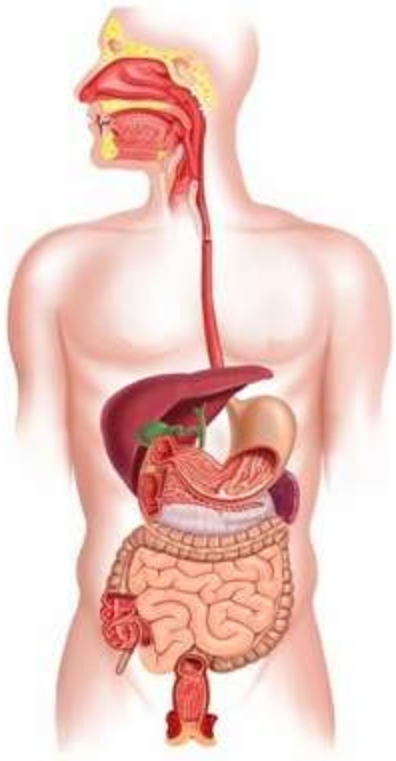
Специализированная высококалорийная, полностью сбалансированная по всем нутриентам жидкая смесь


Фрезубин
Сгущенный
Ступень I
Фрезубин
Сгущенный
Ступень II


IMPACT
ORAL
Frutas
IMPACT
ORAL
Café
IMPACT
ORAL
Vainilla


NUTRICIA
Nutridrink
Энергетически насыщенное, полноценное
Со вкусом банана


Эншур2



ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ

- амбулаторный или стационарный пациент
- тяжелая нутритивная нед-ть
- диспептические нарушения
- нарушения глотания
- опухоль гортаноглотки
- ЖКТ функционирует
- послеоперационный период
- осложнения терапии

ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ !!!
сбалансированные питательные смеси до 2.500 \ сутки



ПРОСТОТА и НАДЕЖНОСТЬ МЕТОДИКИ

ОБУЧЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ



Введение энтеральной смеси

- Может быть болюсное и капельное
- «+» капельного введения смеси:
- Снижает риск аспирации и расширения желудка;
- Снижает потери тепла на 100 ккал\сутки;
- Лучше переносится больным;
- Снижается риск диареи;
- Питание лучше усваивается;
- Меньше затраты труда медицинской сестры;
- Лучше защищает от образования стресс-язв;
- Снижает риск инфицирования больного .



Гравитационные мешки для энтерального питания

- для введения предварительно разведенных порошковых энтеральных смесей под действием силы тяжести капельно
- универсальный коннектор для соединения с назогастральным зондом
- роликовый зажим
- объем 1л.

Энтеральное питание или зондовый стол

Энтеральная смесь

- Однородная гомогенная
- Не содержит лактозы
- Вводится капельно
- Адекватная по белковой и энергетической емкости
- Прошла первичный гидролиз
- Адатированная- все витамины и микроэлементы
- Не требует постоянного подогрева
- Инфекционно безопасная

Зондовый стол- Нет баланса !!!

- Невозможно вводить капельно
- Мало энергии и белка
- Содержит лактозу
- Большие трудозатраты
- Неадаптированная
- Нет первичного гидролиза продукта
- Инфекционно опасная
- Требует постоянного подогрева

СТАНДАРТНЫЕ ИЗОКАЛОРИЧЕСКИЕ

1 ккал/мл

СТАРТ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ в БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ





SMED.RU





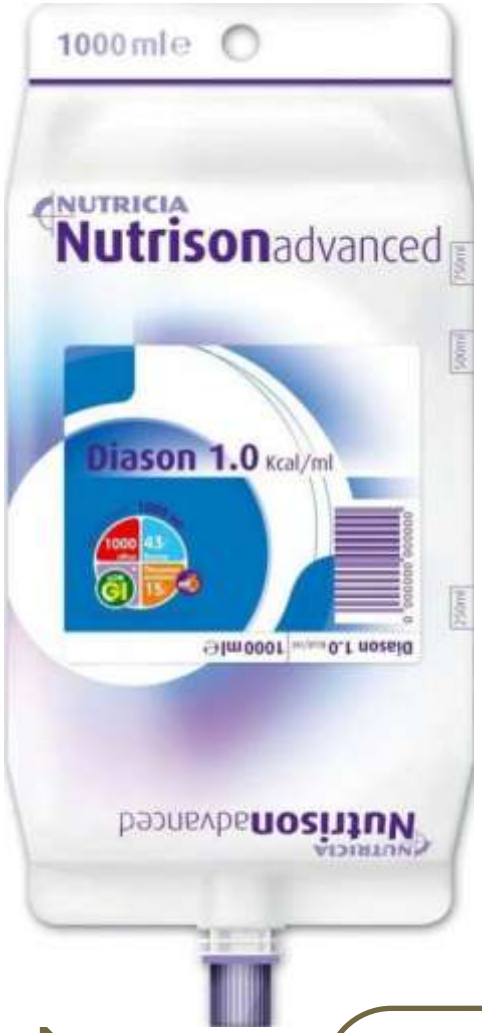
ГИПЕРКАЛОРИЧЕСКИЕ

1,5 ккал/мл

ПРОДОЛЖЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ при ЛИХОРАДКЕ, ИНФЕКЦИИ







типа ДИАБЕТ

СТАРТ и ПРОДОЛЖЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ при ДИАБЕТЕ

СМЕСИ типа ФАЙБЕР

ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ РАБОТЫ КИШЕЧНИКА

Быстро восстанавливает перистальтику кишечника.

• Обладает пребиотическим влиянием,

• Нормализует и поддерживает естественное состояние микрофлоры кишечника.

• Это воздействие становится возможным за счет наличия в смеси нерастворимых пищевых волокон (целлюлозы и пектина)

• пролиферация эпителия толстой кишки







ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА

в 2 раза больше

СТАБИЛЬНЫЕ ПАЦИЕНТЫ, ПРОДОЛЖЕНИЕ ТЕРАПИИ





ПОЛУЭЛЕМЕНТНЫЕ

полипептиды

СТАРТ и ПРОДОЛЖЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ: синдром «короткой» кишки, токсическая энтеропатия



\+

ДИНАМИКА

ПЕРЕХОД К СИПИНГУ

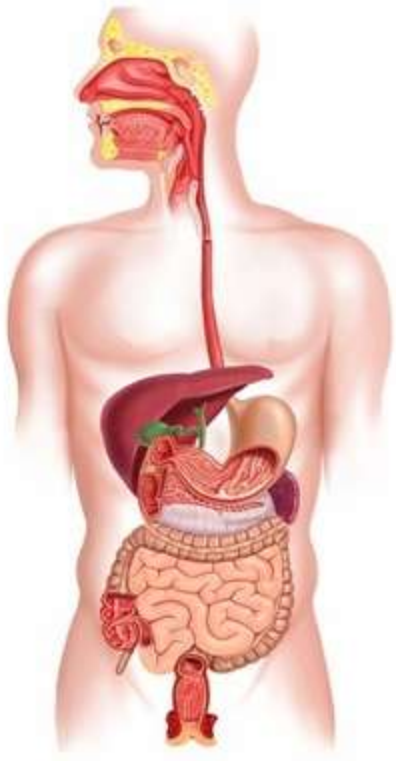
3 – 4 недели

БЕЗ ДИНАМИКИ

ГАСТРОСТОМА

ОБСТРУКЦИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

КАК МОЖНО СКОРЕЕ



ГАСТРОСТОМА

- PEG(percutaneous endoscopic gastrostomy) – чрезкожная эндоскопическая гастростома
- MIC-KEY – баллонная гастростома





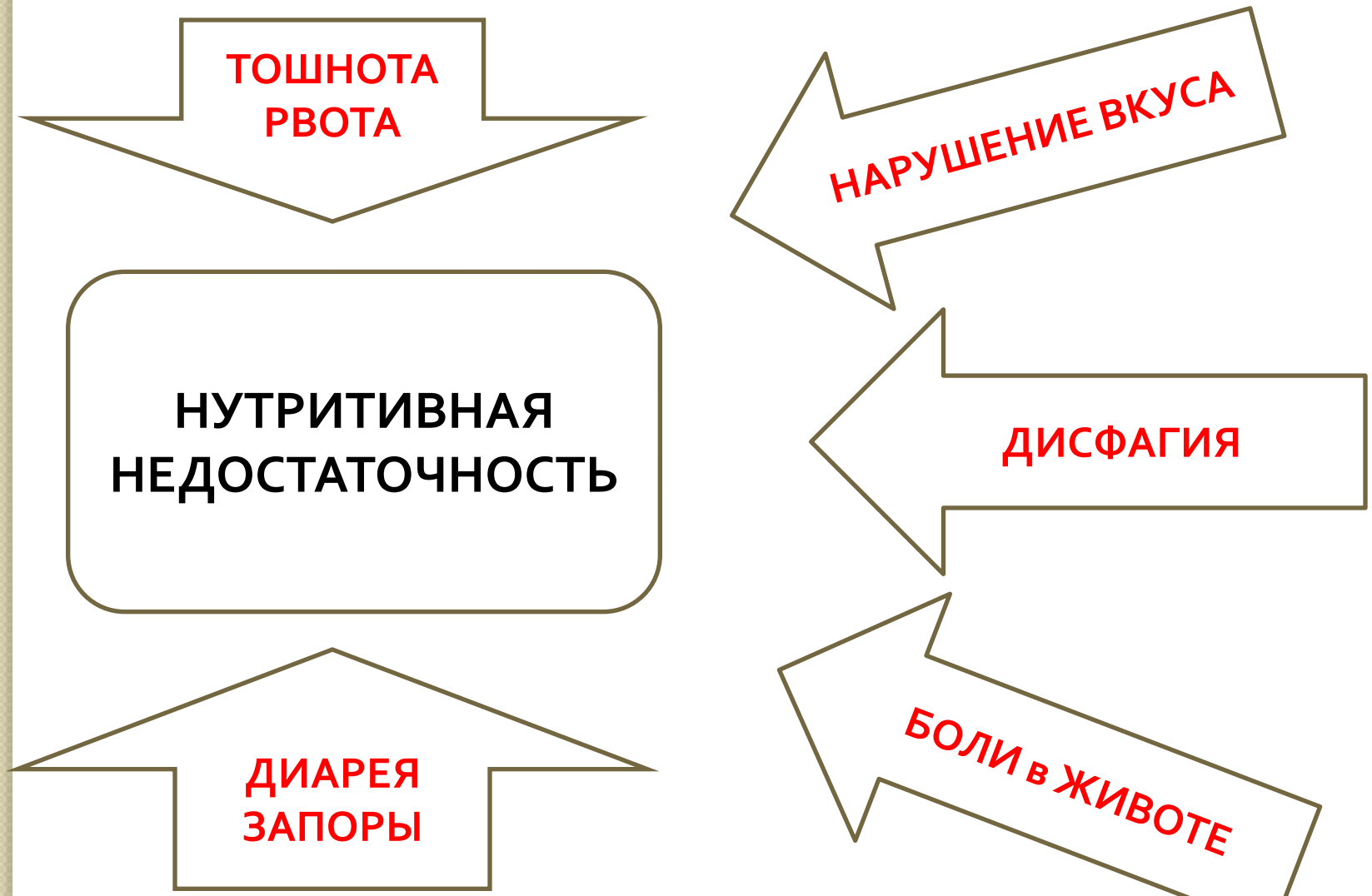
ЕЮНОСТОМА – КАТЕТЕР В ТОНКОЙ КИШКЕ

ПРОБЛЕМЫ и ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Диспепсия — собирательный термин для обозначения расстройств пищеварения преимущественно функционального характера

Под термином **диспептический синдром** подразумевают совокупность синдромов, возникающих в организме в результате расстройства функционирования пищеварительной системы.

ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ как ПРИЧИНА НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

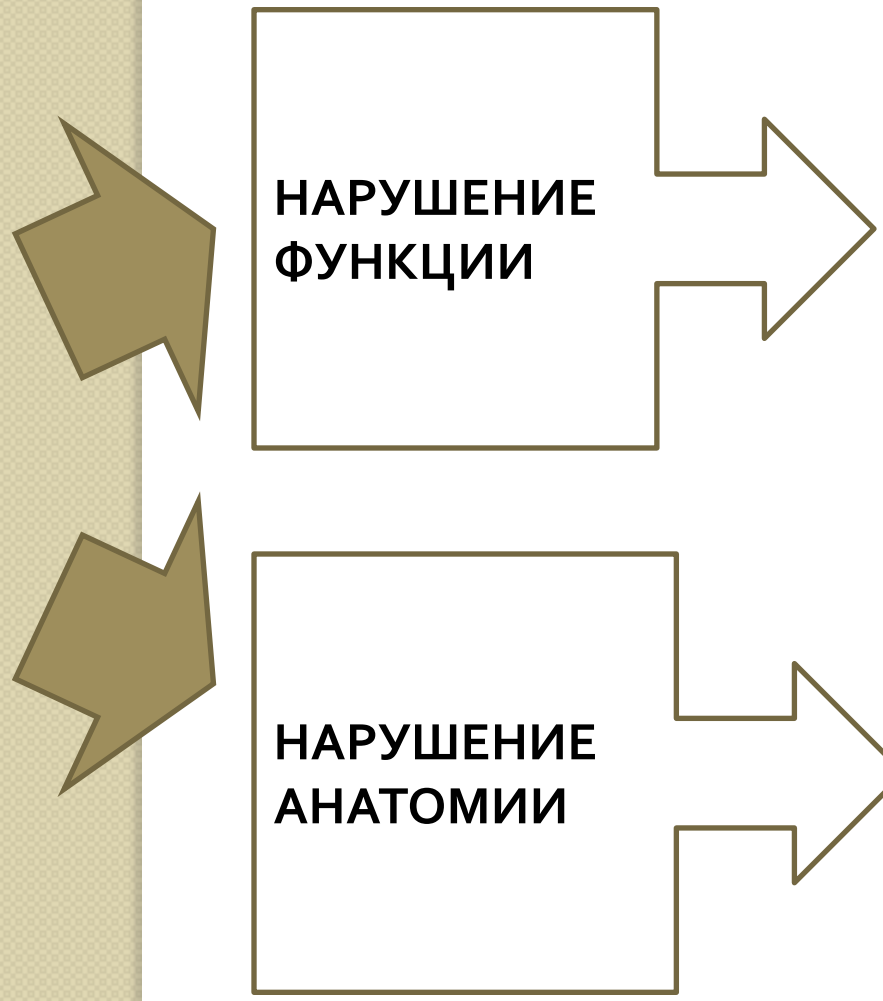


ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ : ТОШНОТА и РВОТА

Тошнота и рвота - наиболее часто встречающаяся проблема нутритивной терапии онкологических пациентов

- **ассоциированная с химиотерапией**
- **вызванная функциональными нарушениями**
- **связанная с анатомическими изменениями**

ТОШНОТА и РВОТА у онкологического пациента



- ГАСТРОСТАЗ
- ДИССЕМИНАЦИЯ по БРЮШИНЕ
- ЛЕКАРСТВА
- ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ
- ПОВЫШЕНИЕ ВЧД

- СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА
- ОБСТРУКЦИЯ ЖКТ
- АНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВСЛЕДСТВИИ ОПЕРАЦИИ

ТОШНОТА и РВОТА у онкологического пациента

ТЕХНИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ

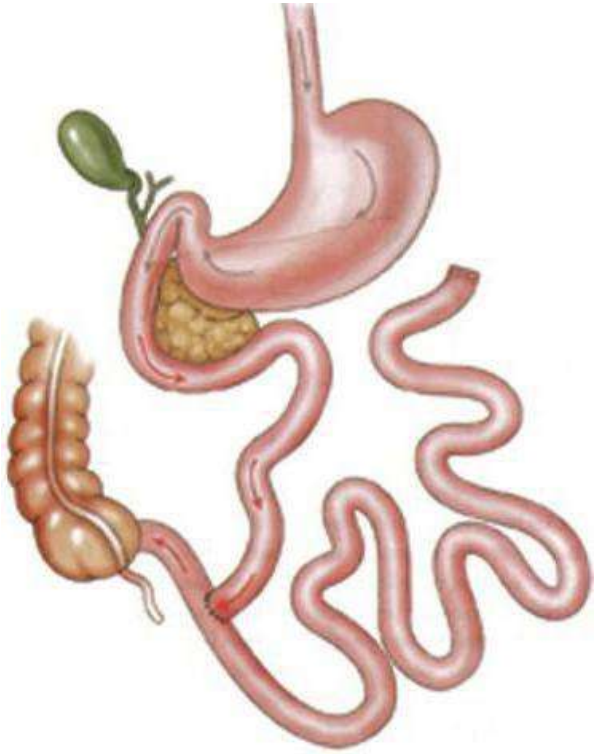
- ЧАСТОЕ ДРОБНОЕ ПИТАНИЕ
- ПОЛУСИДЯЧИЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПОСЛЕ ЕДЫ
- НЕ ПРЕВЫШАТЬ ОБЪЕМ

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОДДЕРЖКА

- ГАСТРОКИНЕТИКИ метоклопрамид / мотилиум / ганатон
- ГАСТРОПРОТЕКТОРЫ ингибиторы ПП
- АНТАЦИДЫ при изжоге
- НЕЙРОЛЕПТИКИ галоперидол / дроперидол
- ДЕКСАМЕТАЗОН

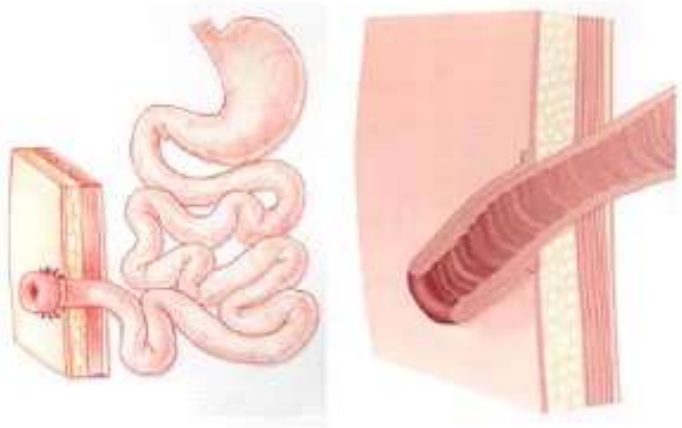
СИНДРОМ «КОРОТКОЙ» КИШКИ

Синдром короткой кишки (СКК) — это симптомокомплекс хронических расстройств, которые развиваются у больных в результате хирургического удаления большей части тонкой кишки или при исключении тонкой кишки из процессов переваривания и всасывания, при образовании межкишечных свищей или наложении анастомоза между высокими отделами тонкой кишки и толстым кишечником

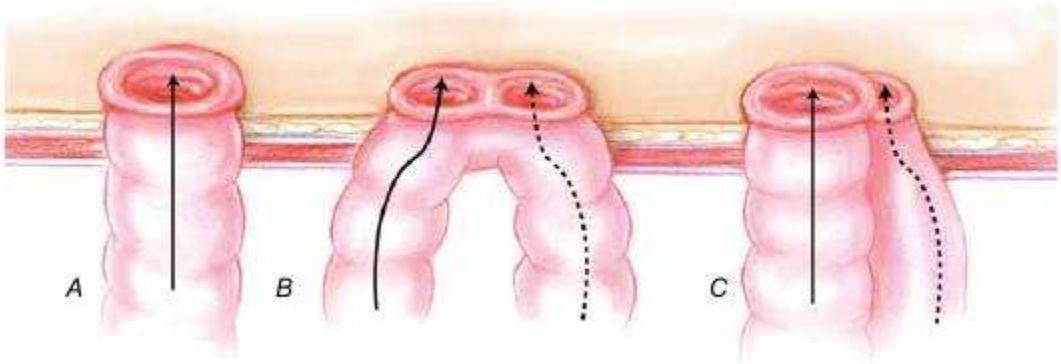


ТОНКО-ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ

протяженность сохраненной части тонкой кишки — менее 100 см



ИЛЕОСТОМА / ТОНКОКИШЕЧНЫЙ СВИЩ



Синдром короткой кишки
(ведущий патофизиологический механизм)

Проксимальный
(верхнетонкокишечный)

↓

Нарушение гидролиза и всасывания большинства нутриентов

↓

Преимущественно гипоабсорбционно-осмотическая диарея

Дистальный
(нижнетонкокишечный)

↓

Нарушение всасывания воды, электролитов, вит.В12 и желчных кислот

↓

Преимущественно секреторно-экссудативная диарея

По степени компенсации: компенсированный (резекция < 50%), субкомпенсированный (50-80%), декомпенсированный (резекция>80%)

O'Keefe SJ, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4(1):6-10

КОРРЕКЦИЯ ПОТЕРЬ ВОДЫ и ЭЛЕКТРОЛИТОВ
инфузионная терапия
20 мл/кг + патологические потери

ЗАМЕДЛИТЬ ПЕРИСТАЛЬТИКУ
миотропные спазмолитики, холинолитики

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ !!!!!
сразу после коррекции волемии

УМЕНЬШИТЬ СЕКРЕЦИЮ
ингибиторы ПП, холинолитики, октреотид

? ? ?

НАЧАТЬ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ
- **при проксимальном типе – полуэлементные смеси**
- **при дистальном – изоосмолярные изокалорические**

что не нужно делать ?

- кормить в зонд бульоном, молоком и т.п.
- препараты крови,
  СЗП не является нутритивным препаратом
- «метаболическая терапия» (актовегин,
  эссенциале и т.п.)
- парентеральные витамины (в/м) и пищевые
  добавки

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ



- амбулаторный пациент
- стационарный пациент вне ОАР
- тяжелая нутритивная нед-ть
- не работает ЖКТ
- послеоперационный период
- осложнения терапии
- хроническая непроходимость
- множественные свищи

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

- предпочтительнее системы « 3 в 1»
- в/венная коррекция гидробаланса
- попытка частичного энтерального питания

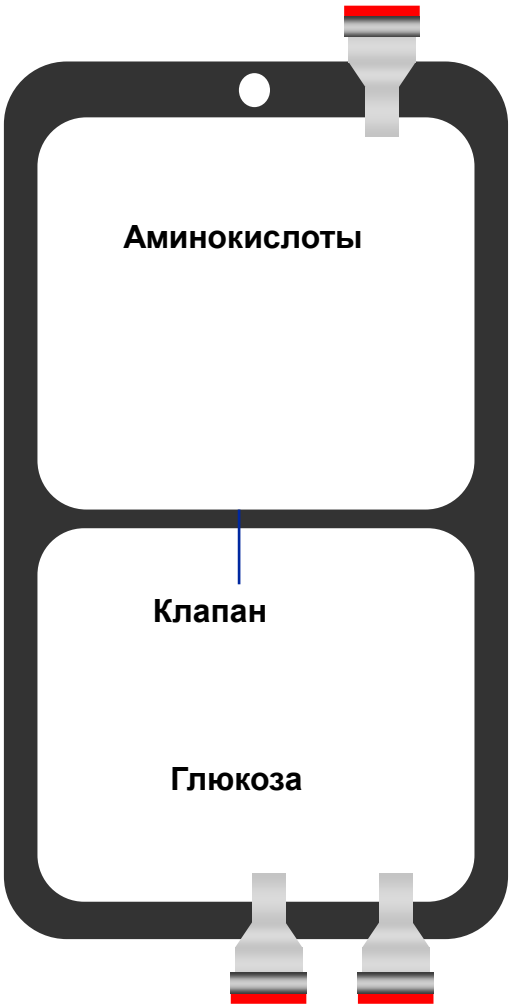
Показания к проведению парентерального питания

- Предоперационная подготовка больных для улучшения результатов хирургического вмешательства
- Послеоперационные пациенты, у которых по ряду причин не возможно питание через желудочно-кишечный тракт (кишечная непроходимость, панкреонекроз, высокие кишечные фистулы и т.д.)
- Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит)
- Выраженный катаболизм, когда только энтеральное питание не позволяет справиться с потерями и дефицитом протеинов.

Основные компоненты парентерального питания

- Донаторы пластического материала: аминокислоты (аминоплазмаль,аминосол,аминостерил и др.также органоспецифические);
- Донаторы энергии-жиры (интралипид,липофундин,омегавен и др.);
- Донаторы энергии-углеводы(растворы глюкозы 10,20,25,30%);
- Ионные растворы(р-р Рингера,стерофундин и др.).

Порт для добавления жировой эмульсии



Инфузионный порт

Доп. порт

Клапаны

Дополнительные порты



Инфузионный порт

Доп. порт

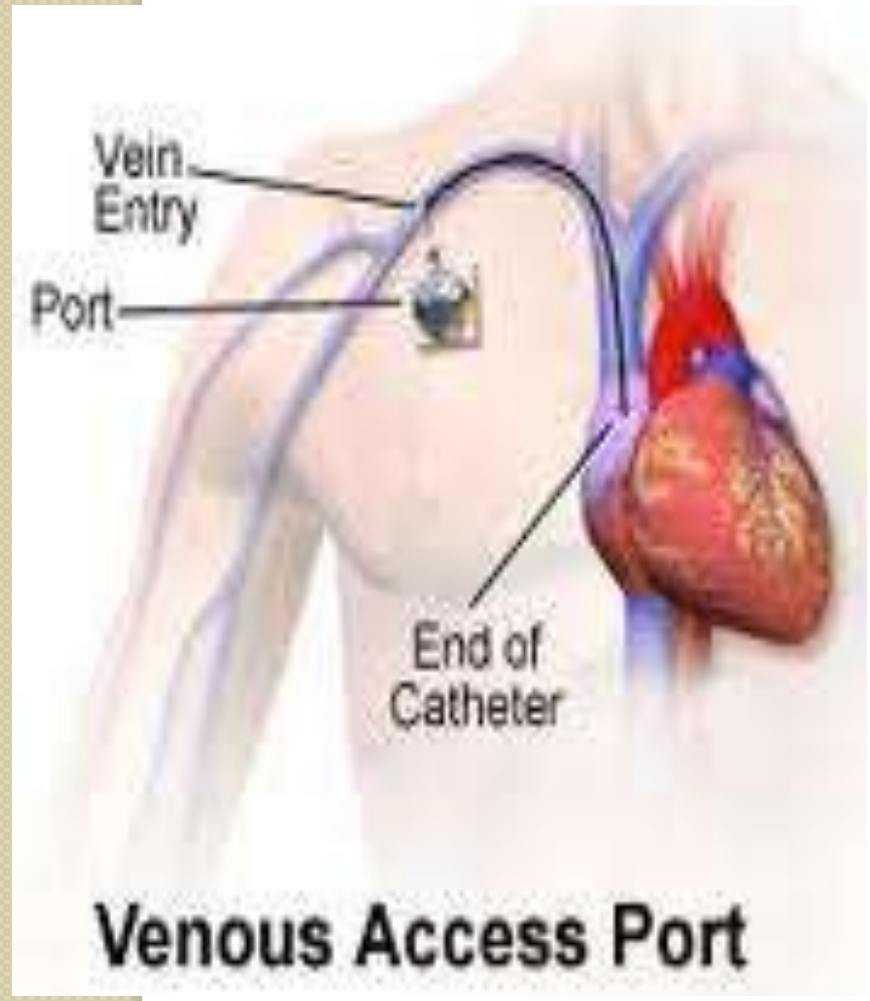
венозный доступ

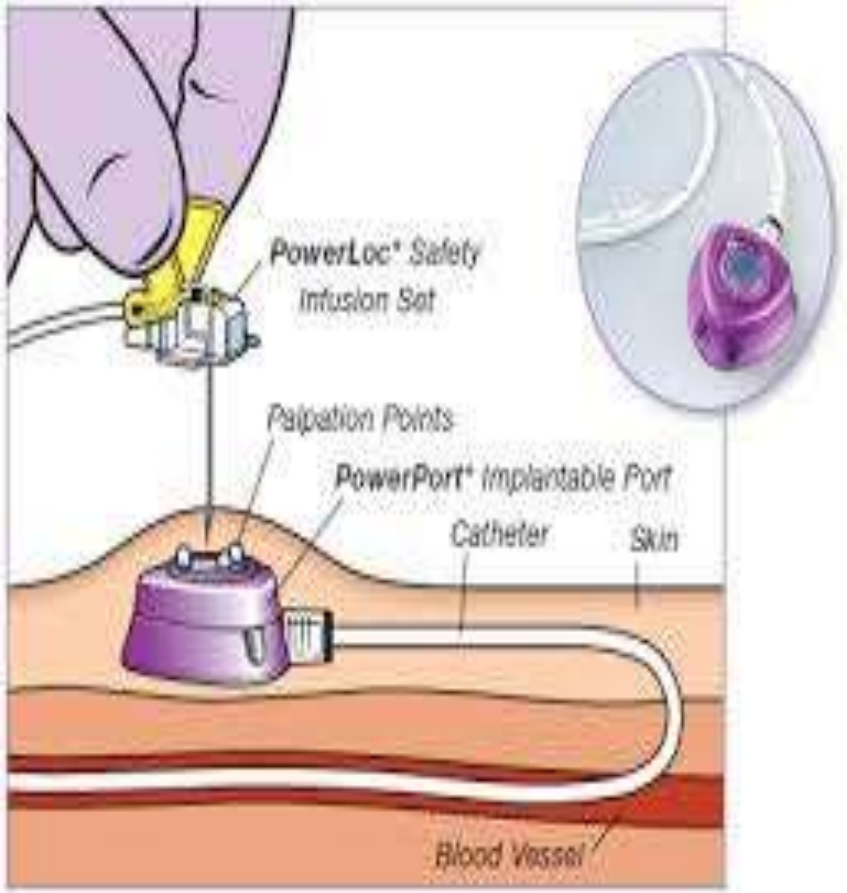
- Периферическая вена + гиперосмолярные р-ры для ПП быстрое развитие осложнений

- Центральный венозный катетер ограничение времени 10 – 12 суток

- Туннелируемый центральный венозный катетер длительное ПП (> месяца)

- ПИУ – полностью имплантируемые устройства: венозные порты (1 – 1,5 года)


Vein Entry
Port
End of Catheter
Venous Access Port


PowerLoc® Safety Infusion Set
Palpation Points
PowerPort® Implantable Port
Catheter
Skin
Blood Vessel

программа домашнего парентерального питания

• **ЦЕЛЕВЫЕ БЮДЖЕТНЫЕ ПРОГРАММЫ !**
Основные группы: короткая кишка, лучевой энтерит, мальабсорбция любой этиологии

Пациенты с неизлечимыми онкологическими заболеваниями могут быть включены в программу ДПП, если их нутриционные потребности не могут быть удовлетворены пероральным или энтеральным путем и имеется угроза смерти вследствие недостаточности питания. Прекращение специфического лечения не является противопоказанием для проведения ДПП
Уровень рекомендаций С

Критерии исключения
• Малая ожидаемая продолжительность жизни
• Отказ
• Шкала Карновского < 50 и отсутствие членов семьи, готовых проводить домашнее парентеральное питание.

Критерии включения в программу домашнего парентерального питания

- Неспособность питаться через рот
- Прогнозируемая продолжительность жизни более 3 месяцев
- Минимальное повреждение витальных функций
- Согласие и желание пациента или родственников

«НЕСПОСОБНОСТЬ ВРАЧА ОБЕСПЕЧИТЬ ПИТАНИЕ БОЛЬНОГО ДОЛЖНА РАСЦЕНИВАТЬСЯ КАК РЕШЕНИЕ УМОРИТЬ ЕГО ГОЛОДОМ. РЕШЕНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ БЫЛО БЫ ТРУДНО ПОДОБРАТЬ ОПРАВДАНИЕ.»

Арвид Вретлинд