

## РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ДОЛЖНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ ДЕРИВАЦИЕЙ МОЧИ

М.Г. Дмитриева, Г.Я. Игнатова, Н.В. Туркина, канд. мед. наук  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург  
E-mail: FVSO@mail.ru

**Изучены качество жизни и адаптация к своему состоянию пациентов с деривацией мочи по Брикеру. Исследование проводилось на базе клиники урологии Военно-медицинской академии.**

**Ключевые слова:** качество жизни, кишечная деривация, уростомы, анкетирование.



Исследования качества жизни (КЖ) затронули практически все сферы медицины, но при этом оценка КЖ – достаточно молодое направление, единые стандарты его определения отсутствуют. КЖ – основной критерий оценки эффективности всей системы медико-психолого-социальной помощи в паллиативной медицине. Большинство больных, получающих паллиативную помощь, – наиболее сложная в этическом отношении категория пациентов – по мере снижения физических и физиологических возможностей и параметров организма пациента повышается значимость психолого-социальных и духовных критериев КЖ [5].

По определению ВОЗ, КЖ – это восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых он живет. КЖ связано с целями, ожиданиями, стандартами и интересами индивидуума [8].

В медицине исследуется преимущественно КЖ, связанное со здоровьем. Его рассматривают как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии [5].

Кишечная деривация мочи в урологической практике – не только серьезная медицинская, но и большая социальная проблема [2, 4]. В результате наложения уростомы изменяются внешний вид тела пациента, функционирование организма, что способствует появлению физиологических, психологических, социальных проблем и не может не отразиться на КЖ.

Рак мочевого пузыря (РМП) занимает 11-е место в структуре заболеваемости; заболеваемость им достигает 10–15 случаев на 100 тыс. человек в год. Мужчины болеют РМП в 2,5–6 раз чаще, чем женщины [1]. Для РМП характерно нарастание заболеваемости с возрастом, после 65 лет вероятность его возникновения резко возрастает [3].

В 2002 г. РМП занимал в структуре онкологической заболеваемости населения России 8-е место среди мужчин и 17–18-е – среди женщин (заболеваемость составила соответственно 11,4 и 1,6 случая на 100 тыс. человек) [6].

Радикальная цистэктомия считается стандартом в лечении РМП и включает в себя удаление единым блоком мочевого пузыря, тазовых лимфатических узлов, предстательной железы с семенными пузырьками у мужчин и матки с придатками, а при необходимости – передней стенки влагалища у женщин.

Цистэктомия впервые была выполнена Vardenheuer в 1887 г. Долгое время в связи с высокой смертностью, серьезностью осложнений и несовершенством отведения мочи она не находила широкого применения. Конduit из подвздошной кишки был впервые предложен E. Bricker в 1950 г., и этот метод оставался предпочтительным длительное время. В настоящее время разработано множество методик кишечного отведения мочи с формированием континентного резервуара, но операция Брикера остается наиболее востребованной. После оперативного вмешательства у пациента меняются не только внешний вид тела и функционирование организма, но и отношение к себе, взаимоотношения с окружающими, зачастую пациент вынужден менять свои привычки и образ жизни, что не может не отразиться на его КЖ.

Гендерно-возрастной состав групп; n (%)

Группа	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет	71–80 лет
1-я: мужчины	-	2 (8)	7 (28)	9 (36)	2 (8)
женщины	-	2 (8)	3 (12)	-	-
2-я: мужчины	1 (4)	2 (8)	8 (32)	9 (36)	3 (12)
женщины	-	-	1 (4)	1 (4)	-

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных КЖ больных, перенесших кишечную деривацию мочи, ясности в этом вопросе пока не достигнуто. Объясняется это различием применяемых инструментов исследования (опросники и анкеты), в ряде случаев – недостаточным числом обследуемых, их не вполне удачной группировкой, но в первую очередь – отсутствием специализированных опросников для исследования урологических больных [7].

Пациент с уростомой должен как можно скорее адаптироваться к своему новому состоянию, и медсестра играет в адаптационном процессе весьма значимую роль.

Нами было проведено исследование с целью изучения КЖ пациентов с деривацией мочи по Брикеру и их адаптации к своему новому состоянию. Исследование проводилось на базе клиники урологии Военно-медицинской академии (ВМедА). В основу исследования положены материалы обследования и лечения 50 больных, которым была выполнена радикальная цистэктомия с деривацией мочи по Брикеру. Кроме того, проведено анонимное анкетирование врачей и среднего медицинского персонала клиники с целью выяснения информированности о современном положении дел в профессии медсестры и готовности к внедрению новшеств в работу медсестринского персонала.

В исследовании участвовали 50 пациентов, разделенных на 2 группы по 25 человек. В 1-ю группу вошли больные, с которыми предварительно не проводилась работа по обучению их и членов их семей уходу за стомой, использовались только разъяснения лечащего врача. С пациентами 2-й группы проводились беседы и занятия, посвященные уходу за уростомой, сообщались сведения о средствах ухода; этим пациентам была также выдана памятка для уростомированного пациента, и с ними работала медсестра.

В каждой группе проводилось анонимное анкетирование. Вопросы анкеты касались социального статуса пациентов, вредных привычек, отношения к своему нынешнему состоянию, проблем, связанных с этим состоянием. У всех пациентов оценивались КЖ по опроснику SF-36, уровень личностной и реактивной тревожности по методике Спилбергера–Ханина и уровень депрессии по методике Зунга.

В 1-й группе было 20 (80%) мужчин и 5 (20%) женщин в возрасте от 46 до 72 лет, средний возраст – 60,1 года. Во 2-й группе было 23 (92%) мужчины и 2 женщины (8%); возраст опрошенных колебался от 33 до 75 лет, в среднем – 59,8 года. Гендерно-возрастной состав групп представлен в табл. 1.

Большинство опрошенных обеих групп состоят в браке (соответственно 80 и 72%); вдовствуют одинаковое число опрошенных (по 12%); некоторые разведены (соответственно 8 и 16%). Все разведенные указали, что проживают в одиночестве; потерявшие супругов живут с детьми; с супругами проживают по 10 человек в каждой группе (40%), с супругами и детьми – 10 (40%) опрошенных в 1-й группе и 8 (32%) – во 2-й.

Высшее образование – у 80% респондентов, среднее специальное – у 20% в каждой группе. Большая часть пациентов – пенсионеры (52% в 1-й группе и 60% – во 2-й); значительная часть работают (по 36% в каждой группе); есть работающие пенсионеры (соответственно 8 и 4%); и в 1-й группе 1 (4%) человек указал, что не работает.

Психологический статус пациентов оценивали по методикам Зунга и Спилбергера–Ханина. В 1-й группе у 3 (12%) респондентов определено состояние легкой невротической депрессии, у 1 (4%) – субдепрессивное состояние; во 2-й группе у 2 (8%) пациентов были показатели, соответствующие состоянию ситуационной депрессии.

В 1-й группе высокий уровень реактивной тревожности отмечен у 10 (40%) опрошенных, у остальных 15 (60%) – умеренный. Высокие показатели личностной тревожности отмечены у 6 (24%) больных, умеренная тревожность – у 11 (44%) и низкая – у 8 (32%).

Во 2-й группе высокий уровень ситуативной тревожности определен у 7 (28%) пациентов, умеренный – у 17 (68%) и у 1 (4%) – низкий уровень реактивной тревожности. Высокий уровень личностной тревожности определен у 3 (12%) больных, умеренный – у 17 (68%) и низкий – у 5 (20%).

Стоит отметить, что у нескольких пациентов высокие показатели получены по 2 и 3 шкалам. По всем 3 шкалам выявлены высокие показатели у 4 (16%) пациентов в 1-й группе и у 1 (4%) – во 2-й. Уровень реактивной и личностной тревожности повышен у 3 (12%) пациентов 1-й группы и у 2 (8%) – 2-й; еще у 1 (4%) пациента данной группы отмечены высокие показатели депрессии и реактивной тревожности.

Таким образом, показатели ситуативной тревожности в группе пациентов, с которыми предвари-

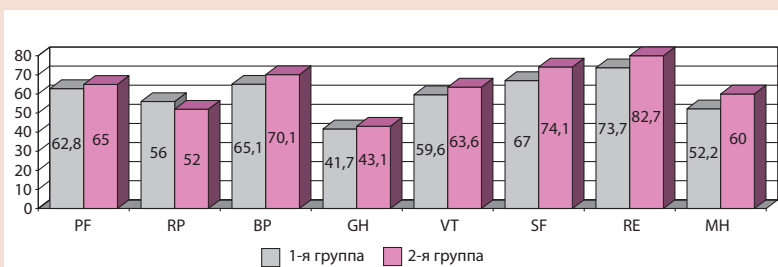


Рис. 1. Средние показатели качества жизни в группах

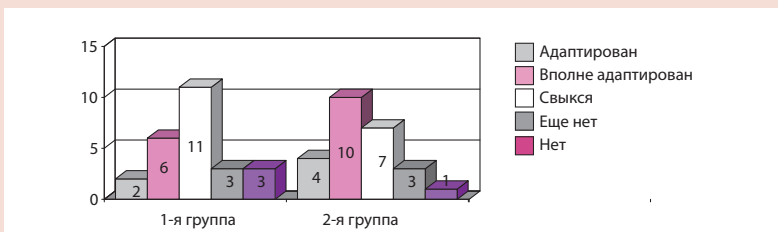


Рис. 2. Адаптация пациентов к стоме

тельно проводилась просветительская работа и более подробный инструктаж, заметно отличаются от аналогичных показателей другой группы.

КЖ оценивалось по опроснику SF-36; по всем шкалам, кроме шкалы RP (ее средний показатель чуть ниже во 2-й группе), средние показатели выше в группе пациентов, с которыми была проведена просветительская работа (рис. 1).

Как уже отмечено ранее, вопросы, задаваемые пациентам, касались их отношения к своему теперешнему состоянию, проблем и опасений, связанных с наличием стомы, взаимоотношений с окружающими, адаптации. Помимо этого, был ряд вопросов, касающихся доступности и понятности информации о их состоянии и необходимости появления в клинике специалиста по стомам.

Все 50 анкетированных указали, что перед операцией им была предоставлена информация об оперативном вмешательстве, их особенностях после него и уходе за собой. Все пациенты 1-й группы отметили, что им эту информацию предоставили в виде записи от руки (либо они записали ее самостоятельно со слов врача). Пациентам 2-й группы были выданы памятки с вышеупомянутой информацией, отпечатанной на принтере. Все пациенты указали, что такая памятка очень удобна и практична. Пациентам было предложено также указать, в каком виде данная памятка была бы им наиболее удобна. Ответы были следующими.

1-я группа:

- запись от руки – 4 (16%);
- запись от руки либо бланк – 1 (4%);
- отпечатанный бланк – 19 (76%);
- буклет с иллюстрациями – 1 (4%);

2-я группа:

- отпечатанный бланк – 23 (92%)
- буклет с иллюстрациями – 2 (4%).

Мнения пациентов об адаптации к своему состоянию после операции представлены на рис. 2.

К помощи специалиста (психолога) в процессе послеоперационной адаптации прибегли 4 (16%) респондента из 1-й группы. Планируют обратиться к психологу за помощью 1 (4%) человек в 1-й группе и 5 (20%) – во 2-й. Равное число опрошенных в каждой группе – 20 (80%) человек – справляются с процессом адаптации самостоятельно.

В 1-й группе подавляющее большинство дали ответ «свыкся» (44%), на 2-м месте – ответ «вполне адаптирован» (24%). Большая часть пациентов 2-й группы (40%) отметили, что вполне адаптировались к своему состоянию, значительная часть опрошенных ответили «свыкся» (28%) и часть пациентов (16%) считают, что адаптировались.

Большинство пациентов осуществляют уход за собой самостоятельно – 20 (80%) и 21 (84%) человек соответственно в 1-й и 2-й группах; помогают родственники 4 (16%) пациентам 1-й группы и 3 (12%) – 2-й; по 1 (4%) человеку в каждой группе ухаживают за собой самостоятельно с периодической помощью родных.

Все 25 человек 2-й группы и подавляющее большинство 1-й группы – 24 (96%) пациента – считают, что об их особенностях после операции могут знать лишь родные и некоторые наиболее близкие друзья; 1 (4%) пациент 1-й группы полагает, что о его состоянии должны знать сотрудники на работе.

У большинства пациентов 1-й и 2-й групп отношения с близкими не изменились – соответственно у 15 (60%) и 13 (52%), улучшились – соответственно у 6 (24%) и 10 (40%) и ухудшились – соответственно у 4 (16%) и 2 (8%).

Один из вопросов анкеты содержал перечень проблем, которые могли беспокоить больных после операции. Пациенты имели возможность выбрать несколько ответов. Результаты представлены в табл. 2.

Наибольшее число пациентов – 13 (52%) в 1-й группе и 17 (68%) – во 2-й боялись, что урприемник может отклеиться в самый неподходящий момент. Затем беспокойство вызывало возможное наличие запаха и подтекание мочи; чуть меньше опрошенных опасались неадекватной реакции со стороны окружающих на стому; часть пациентов волновались, что не смогут привыкнуть к стоме; некоторых беспокоила необходимость изменить привычки.

Был проведен опрос 20 медсестер нескольких подразделений клиники урологии ВМедА. Вопросы касались работы по специальности (стаж, квалификационная категория, наличие сертификата), удовле-

творенности работой (занятость, отношение к специальности), отношения к расширению своих полномочий. В анкетировании участвовали медсестры:

- постовые – 8 (40%);
- отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии – 6 (30%);
- операционного блока – 2 (10%);
- процедурного кабинета – 2 (10%);
- перевязочной – 2 (10%).

Анketируемая группа была представлена сотрудниками разных возрастных категорий. В основном были опрошены женщины в возрасте:

- 21–30 лет – 5 (25%);
- 31–40 лет – 8 (40%);
- 41–50 лет – 1 (5%);
- 51–60 лет – 3 (15%);
- более 60 лет – 3 (15%).

Большинство опрошенных составили медсестры от 21 до 40 лет – 65%.

Половина опрошенных имеют высшую квалификационную категорию – 10 (50%), I – 7 (35%) и II – 3 (15%). У всех специалистов есть сертификат по специальности, все регулярно проходят курсы повышения квалификации.

Стаж работы по специальности превышает 20 лет у 7 (35%) медсестер, составляет 10–15 лет – у 8 (40%), 5–10 лет – у 2 (10%), до 5 лет – у 3 (15%).

Все медсестры имеют базовое среднее специальное медицинское образование, из них 3 (15%) получают высшее медицинское образование – обучаются на факультете высшего сестринского образования. Дополнительное образование желают получить (некоторые получают) 9 сотрудников: хотят получить другую специализацию 3 (15%) медсестры, получить высшее сестринское образование – 3 (15%), получить высшее медицинское или психологическое образование – 1 (5%), получить высшее немедицинское образование – 2 (10%).

Выбор профессии у 12 (60%) анкетированных был обусловлен призванием; 8 (40%) отметили, что не поступили в вуз. Выбранная специальность нравится 16 (80%) сотрудницам, очень нравится – 1 (5%) и безразлична 3 (15%).

В ходе анкетирования были отмечены трудности, которые препятствуют, по мнению опрошенных, более качественному выполнению работы.

Никто из медсестер не указал на сложности во взаимоотношениях с врачебным персоналом. Наиболее часто указывались следующие трудности:

- большая нагрузка – 18 (90%) ответов;
- отсутствие стимулов в работе – 16 (80%);
- недостаточная численность младшего медицинского персонала – 13 (65%);
- плохая организация труда – 11 (55%);

Возможные сложности, которых пациенты опасались в первое время после наложения уростомы; n (%)

Опасения	1-я группа	2-я группа
Боялся не привыкнуть к стоме	12 (48)	8 (32)
Необходимость ограничения физических нагрузок	9 (36)	6 (24)
Вынужденное изменение некоторых привычек (например, сон на животе)	7 (28)	10 (40)
Накожный мочеприемник будет шуршать	5 (20)	1 (4)
Накожный мочеприемник будет виден под одеждой	5 (20)	2 (8)
Накожный мочеприемник может отклеиться	13 (52)	17 (68)
Неадекватная реакция окружающих на стому	10 (40)	12 (48)
Раздражение кожи вокруг стомы	3 (12)	5 (20)
Аллергия на клей уростомы	3 (12)	-
Подтекание мочи	10 (40)	16 (64)
Запах мочи	11 (44)	16 (64)
Сложность ухода за стомой	1 (4)	2 (8)
Боязнь рецидива рака	1 (4)	-
Боязнь стать обузой для родных	3 (12)	3 (12)
Никаких сложностей	5 (20)	7 (28)

- отсутствие компьютеризации рабочего места – 10 (50%).

Значительно меньше затрудняют работу медсестер следующие факторы:

- плохое материально-техническое обеспечение рабочего места – 6 (30%);
- недоукомплектованность штатов – 4 (20%);
- недостаток опыта – 1 (5%);
- сложные взаимоотношения с коллегами – 1 (5%).

Мы интересовались, хотели бы опрошенные медсестры выполнять обязанности специалиста по обучению пациентов с уростомами и их родственников уходу и подбору средств ухода за стомой. Получены следующие результаты:

- да – 2 (10%);
- возможно – 5 (25%);
- затрудняюсь ответить – 6 (30%);
- вряд ли – 5 (25%);
- нет – 2 (10%).

В анкетировании участвовали 20 врачей-урологов клиники урологии ВМедА. Вопросы в предложенной им анкете касались должности, занимаемой на кафедре, информированности о современных взглядах на деятельность медсестры, расширения ее полномочий. Были заданы также вопросы о факторах, негативно влияющих на деятельность медсестер.



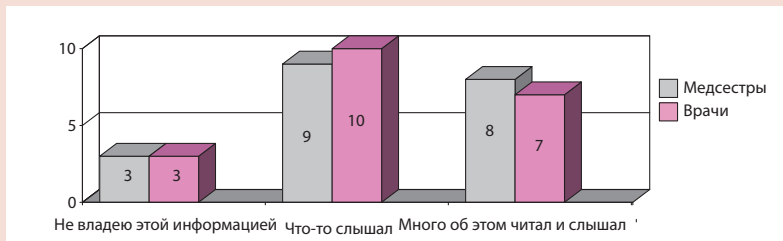


Рис. 3. Информированность персонала клиники о современных взглядах на сестринское дело

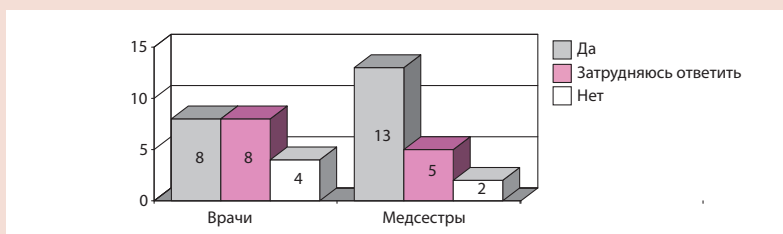


Рис. 4. Распределение ответов на вопрос, может ли медсестра выполнять роль стома-специалиста

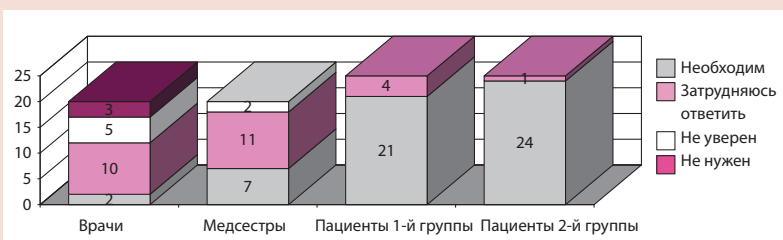


Рис. 5. Мнения персонала и пациентов о необходимости стома-специалиста в клинике

Распределение врачей по занимаемым должностям в клинике таково:

- клинический ординатор – 11 (55%);
- старший ординатор – 5 (25%);
- начальник отделения – 3 (15%);
- преподаватель – 1 (5%).

По мнению врачей, наиболее негативно на качество работы медсестер влияют следующие причины:

- низкая заработная плата – 16 (80%);
- большая нагрузка – 12 (60%);
- недоукомплектованность штатов – 11 (55%);
- синдром эмоционального выгорания – 7 (35%);
- плохая организация труда – 6 (30%);
- личностные качества – 3 (15%);
- плохое материально-техническое оснащение рабочего места – 3 (15%);
- нежелание повышать квалификацию – 1 (5%).

Мнения о возможном повышении качества медицинской помощи при разработке и внедрении новых стандартов деятельности медсестер, распределились следующим образом: согласен с данным под-

ходом 1 (5%) врач; считают это возможным 8 (40%) опрошенных; затруднились с ответом – 5 (25%) человек; выразили сомнение 6 (30%).

Ряд вопросов были одинаковыми у медсестер и врачей.

В целом, врачебный и медсестринский персонал клиники имеют примерно одинаковое представление о современном положении в развитии сестринского дела (рис. 3).

Примерно одинаковое число опрошенных в обеих группах (45% медсестер и 40% врачей) одобряют предоставление большей самостоятельности медсестринскому персоналу; отрицательно к данной идее отнеслись 10% медсестер и 55% врачей; затруднились ответить соответственно 45 и 5%.

Один из общих для обеих групп вопросов касался непосредственно расширения деятельности медсестры: может ли она быть стома-специалистом? Большинство медсестер (65%) считают, что они вполне справятся с обучением пациентов; с ними согласны 40% опрошенных врачей. Против такого нововведения были 10% медсестер и 20% врачей (рис. 4).

Мы спрашивали и у пациентов, участвовавших в исследовании, кто может быть стома-специалистом. Значительное число опрошенных считают, что функции стома-специалиста в клинике могут выполнять и врач, и медсестра, для них это непринципиально: так ответили 14 (56%) пациентов 1-й группы и 12 (48%) – 2-й. В 1-й группе 8 (32%) человек считают, что этим специалистом может быть только врач, доверили бы эту функцию медсестре всего 2 (8%) человека; во 2-й группе, наоборот, 10 (40%) пациентов считают, что медсестра вполне справится с обязанностями стома-специалиста и только 3 (12%) человека утверждают, что только врач может заниматься стомой. 1 (4%) пациент 1-й группы уверен в том, что стома-специалистом может быть представитель фирмы-производителя средств по уходу за стомой.

Мы спрашивали пациентов обеих групп и представителей врачебного и медсестринского персонала о необходимости в клинике специалиста, который бы занимался пациентами со стомой. Примерно одинаковое число опрошенных (55% медсестер и 50% докторов) затруднились с ответом; значительная часть медсестер – 35% – полагают, что такой специалист необходим, с ними согласны 10% врачей. 10% врачей и 25% медсестер не уверены в необходимости стома-специалиста в клинике, а 15% врачей полагают, что такой специалист в клинике вообще не нужен.

Необходимость стома-специалиста отмечают 21 (84%) пациент 1-й группы и 24 (96%) – 2-й; затруднились с ответом соответственно 4 (16%) и 1 (4%); рис. 5.

Исследование показало, что в группе пациентов, с которыми медсестра проводила просветительскую работу, показатели уровня тревожности ниже, показатели КЖ и уровень адаптации в целом выше, нежели у пациентов, с которыми такая работа не велась. Показатели уровня депрессии примерно одинаковы в обеих группах.

Пациенты 2-й группы лучше относятся к идее занятий с медсестрой (40% считают, что она может выполнять обязанности специалиста по обучению уходу за стомой и подбору средств ухода; в 1-й группе с этим согласны лишь 8%).

Выявлена достаточно высокая осведомленность медсестринского и врачебного персонала клиники об изменениях в области сестринского дела. Значительная часть, как врачей, так и медсестер, позитивно относятся к пересмотру деятельности медсестры и готовы к переменам в работе и взаимоотношениях.

Итак, роль медсестры в работе с пациентами с «влажной» уростомой не сводится только к мероприятиям по уходу за пациентом и выполнению врачебных назначений. Деятельность современной медсестры предполагает обучение пациента и его родственников уходу за стомой, просветительскую деятельность в области средств ухода и реабилитации, профилактическую работу, направленную на предотвращение осложнений, связанных с неправильным обращением со стомой. Медсестра должна владеть информацией для таких пациентов и уметь ее представить в доступной форме. Не менее важно мотивировать пациентов со стомой к принятию помощи специалистов-психологов в случае возникновения проблем с психологической адаптацией, учить их не замыкаться в себе, общаться с другими людьми, попавшими в подобную ситуацию.

### Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н. Опухоли мочеполовых органов: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000; 320.
2. Вишневский Е.П. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. В кн.: руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина. М. Медицина. 1998; 2: 232–50.
3. Глыбочко П., Аляев Ю., Пшихачев А., Перекалина А. Особенности диагностики опухоли мочевого пузыря в сочетании с мочекаменной болезнью и хирургического лечения таких больных. Врач. 2017; 5: 39–41.
4. Имянитов Е.Н., Хансон К.П. Эпидемиология и биология рака мочевого пузыря. Практическая онкология. 2003; 4 (4): 191–5.
5. Карякин О.Б., Гришин Г.Н., Володина Т.В. Диагностика и лечение метастазов рака мочевого пузыря. Урология и нефрология. 1997; 2: 22–25.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Нева, ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир; 2002: 320.
7. Фигурин К.М., Камолов Б.Ш. Рак мочевого пузыря: диагностика и лечение. Вместе против рака. 2004; 4.
8. Чернышев И.В., Самсонов Ю.В. Оценка качества жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии. Экспериментальная и клиническая урология. 2010; 1.
9. Orley J. The World Health Organization (WHO) quality of life project. In M. R. Trimble, & W. E. Dodson (Eds.), *Epilepsy & quality of life* (1994). (pp. 99-133). New York: Raven Press.

### THE ROLE OF A NURSE IN ENSURING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH INTESTINAL URINE DERIVATION

M.G. Dmitrieva, G.Ya. Ignatova, N.V. Turkina, Cand. Med. Sci.

Military Medical Academy Saint Petersburg

**Quality of life and adaptation to their status were studied in patients with urine derivation by Bricker's method.**

*Key words:* quality of life, intestinal derivation, urostomy, questioning.

## Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии

Учредитель — Всероссийский научно-исследовательский институт лекарственных и ароматических растений (ВИЛАР).

Журнал рекомендован Высшей аттестационной комиссией (ВАК) для публикаций основных результатов диссертационных исследований.

Научно-практический журнал освещает новое в науках о жизни, включая метаболизм, протеомику, разработки нанобиомедтехнологий живых систем;

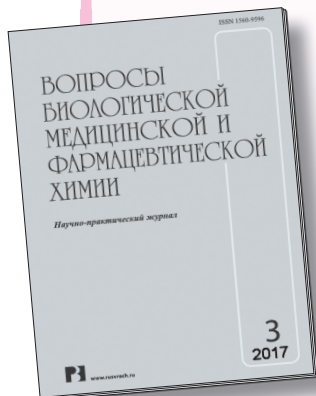
- уделяет внимание разработкам современных биотест-систем на разных уровнях, используемых для контроля качества, оценки безопасности продуктов, мониторинга окружающей среды;
- знакомит с достижениями по совершенствованию биообъектов, используемых в качестве средств производства для создания перспективных лекарственных препаратов.

**Подписаться можно с любого месяца**

**Подписной индекс по каталогу «Роспечать» – 47284**

**Подписка через Издательство – со скидкой.**

**Подписка на электронную версию журнала на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)**



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«РУССКИЙ ВРАЧ»