



«Законы святы, да исполнители лихие супостаты».

Капнист В.В.1798

Для чего существуют стандарты

Левит А.Л., Малкова О.Г., Божеску С.К.
СОКБ №1 г.Екатеринбург 04.03.15

Статья 33. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011

Стандарт медицинской помощи может включать в себя:

- перечень диагностических и лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;
- *перечень компонентов крови с указанием количества и частоты их предоставления;*
- *комплекс выстроенных в определенной последовательности медицинских услуг при конкретном заболевании или состоянии в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи, условий и формы ее оказания*

Статья 64. Экспертиза качества медицинской помощи

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011

- Часть 2. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и **стандартов** медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Стандарт (от *standard* — норма, образец).

- В РФ Стандарт это документ, в котором в целях *добровольного* многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов производства и выполнения работ или оказания услуг.
- *Некоторые стандарты в России могут иметь статус обязательных к применению на время перехода к системе технических регламентов.*
- Стандарты разрабатывают на наиболее распространенные и типовые ситуации. *Все правила до оформления их в стандарты проходят длительную проверку на практике, и поэтому заключают в себе богатый опыт инженеров и ученых*
- Стандарт это нормативный документ, разработанный, на основе согласия, *характеризующегося отсутствием возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон*, принятый (утвержденный) признанным органом. (ГОСТ Р 1.0-92. Государственная система стандартизации РФ. Основные положения.)

Стандарты, правила, рекомендации с точки зрения доказательной медицины

- Стандарты или протоколы (Standarts) - должны отражать несомненные факты, основанные на доказательствах I уровня
- Правила (формализованные руководства) (guidelines) - отражают один или более подходов, основанных на доказательствах II и III уровня
- Практические рекомендации (practical options) - предложения, основанные на низком уровне доказательств (IV, V).

Особенности применения медицинских стандартов в США

- Во-первых, таких стандартов немного.
- Во-вторых, они содержат абсолютно бесспорные утверждения и не допускают никаких исключений.
- В отличие от российских стандартов, которые на практике не всегда соблюдаются, американские стандарты лечения не соблюдать нельзя.

Таким образом, нарушение стандарта указывает на неквалифицированные действия врача и его неправоту при судебном разбирательстве.

Для кого пишут стандарты (а может рекомендации)?

www.minzdrav.midural.ru Официальный сайт Министерства
здравоохранения Свердловской области

- Стандарт специализированной медицинской помощи детям при стрептококковой септицемии
- Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите С тяжелой степени тяжести
- Стандарт специализированной медицинской помощи при впервые выявленной острой порфирии (первый приступ с осложненным течением)
- Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом
- Стандарт специализированной медицинской помощи при внутричерепной травме
- Стандарт специализированной медицинской помощи при тромбоэмболии легочных артерий
- Стандарт специализированной медицинской помощи при желудочковой тахикардии
- Стандарт специализированной медицинской помощи детям при гриппе тяжелой степени тяжести
- Стандарт специализированной медицинской помощи при отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, родов и в послеродовом периоде
- **Стандарт специализированной медицинской помощи при преждевременных родах, кровотечении в связи с предлежанием плаценты, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, при разрыве матки**
- **Стандарт специализированной медицинской помощи при нарушениях родовой деятельности, при родоразрешении посредством кесарева сечения**
- **Стандарт специализированной медицинской помощи при кровотечении в последовом и послеродовом периоде**
- Стандарт специализированной медицинской помощи при внутричерепной травме, травме позвоночника, спинного мозга.

Клинические рекомендации, размещенные на сайте ФАР

<http://www.far.org.ru/recomendation>

Акушерство

- -НЕЙРОАКСИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ
- -ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
- -АНЕСТЕЗИЯ ПРИ НЕАКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ
- -ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ
- -НАЧАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА В АКУШЕРСТВЕ
- -НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯХ (ЭКЛАМПСИЯ, HELLP-СИНДРОМ)
- -ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ В АКУШЕРСТВЕ
- АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
- -АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
- -БЕРЕМЕННОСТЬ И ОЖИРЕНИЕ: АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
- -РЕГИОНАРНАЯ АНАЛГЕЗИЯ РОДОВ
- -АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ
- -АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЛАНДРИ-ГИЙЕНА-БАРРЕ-ШТРОЛЯ (ОСТРАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩАЯ ПОЛИРАДИКУЛОПАТИЯ)
- -ТРОМБОЗ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ МОЗГА (СИНУС-ТРОМБОЗ) У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

18 СЕН 2014

№ 1200-17

г. Екатеринбург

Об организации оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению на территории Свердловской области

В целях совершенствования оказания анестезиолого-реанимационной помощи населению Свердловской области, повышения её доступности и качества, в целях выполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 18 СЕН 2014 2014г. № 1200-17

Порядок организации оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» на территории Свердловской области

1. Общие положения

1. Настоящий порядок регулирует вопросы оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению в медицинских организациях Свердловской области.
2. Объем и характер анестезиолого-реанимационной помощи определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология». Анестезиолого-реанимационная помощь оказывается в формах, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».
3. Оказание анестезиолого-реанимационной помощи осуществляется медицинским персоналом групп анестезиологии – реанимации; отделений анестезиологии-реанимации; центров анестезиологии-реанимации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».
4. Штатная численность структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, устанавливается руководителем медицинской организации в соответствии с рекомендуемыми нормативами медицинской организации в соответствии с персоналом подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», а также в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами численности медицинского и другого персонала подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи.
5. Расчет коечной мощности производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении

Министерство здравоохранения Свердловской области
Уральский государственный медицинский университет
Некоммерческое Партнерство «Медицинская палата Свердловской области»
Научно-практическое общество анестезиологов-реаниматологов Свердловской области

«Утверждаю»
Председатель Свердловского
отделения Федерации
анестезиологов-реаниматологов
Российской Федерации
проф. Куликов А.В.
« » 2014

«Утверждаю»
Председатель
Медицинской палаты
Свердловской области
д.м.н. Бадев Ф.И.
« » 2014

«Рекомендовано к
применению»
Министр
Здравоохранения
Свердловской области
З.М.Н. Белзвский
« » 2014г.



**Клинические рекомендации по
интенсивной терапии
реанимационных синдромов**
(третья редакция территориального клинико-
организационного стандарта интенсивной терапии
реанимационных синдромов)

Екатеринбург 2014

Общая характеристика пациенток с акушерско-гинекологической патологией

(по данным ОРИТ СОКБ № 1, 2000-2014 гг.)

- Количество – **304**
- Средний возраст - **28±4,7 лет**
- Средние сроки госпитализации в ОРИТ – **6,3±2,6 суток**

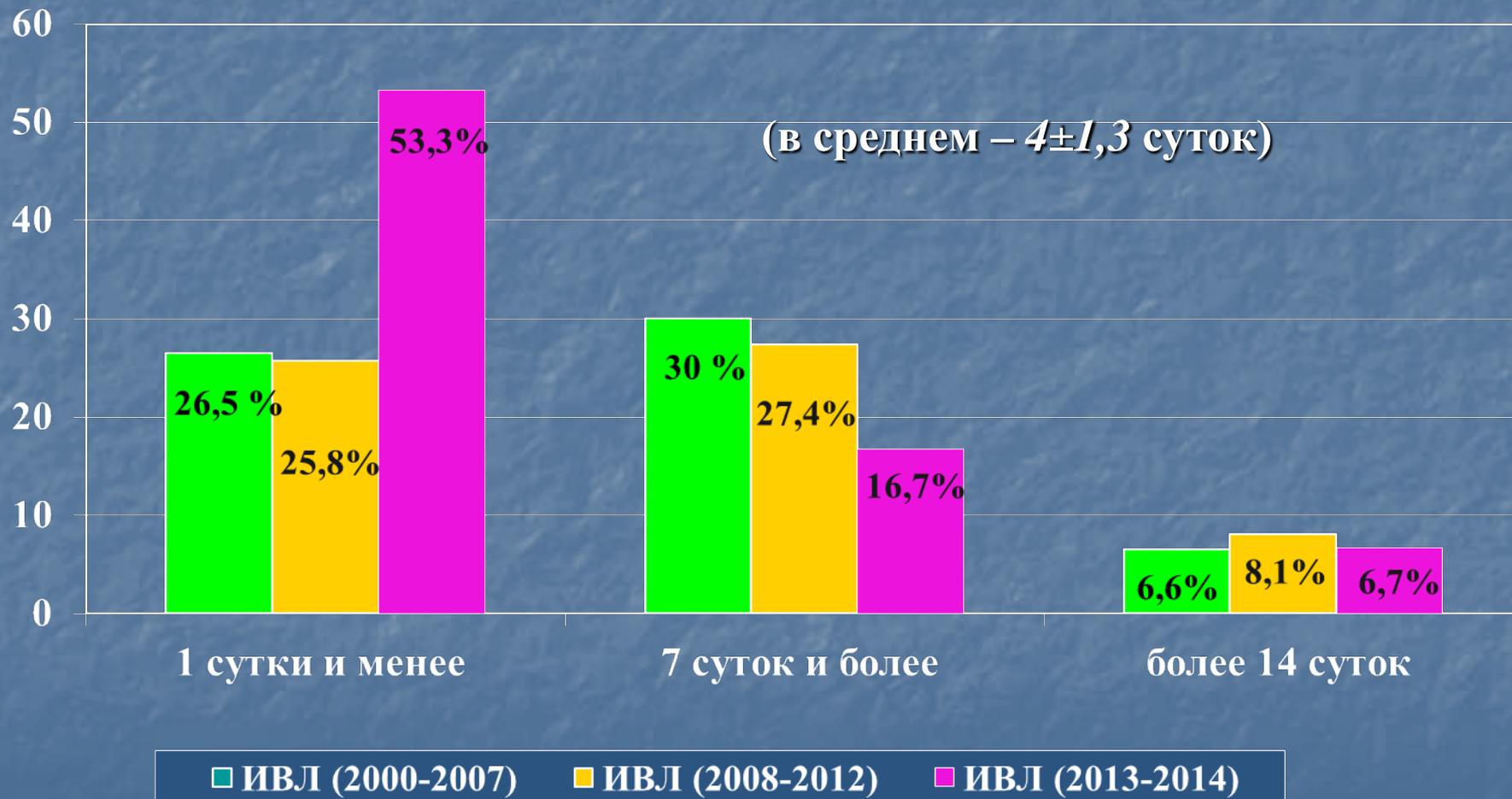
- Средняя продолжительность от момента госпитализации в ЛПУ Свердловской области до перевода в ОРИТ ГБУЗ СО СОКБ № 1
- **2±0,4 дня**
- Максимальная продолжительность госпитализации
– **42 дня в ОРИТ,**
- **76 дней - в стационаре**

- Максимальная длительность ИВЛ – **35 суток**

- Летальность – **11,5%**

Длительность проведения ИВЛ. Показатель тяжести состояния или

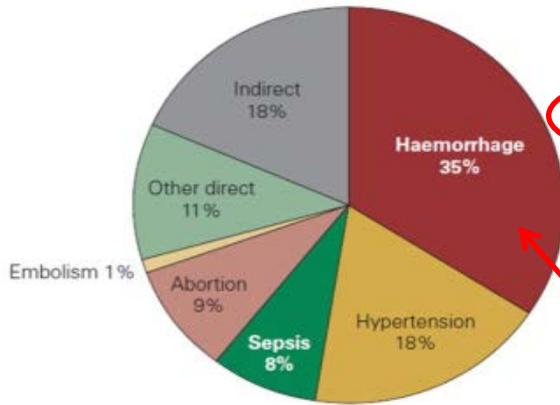
ОРИТ СОКБ № 1 в 2000-2014гг.



Структура акушерско-гинекологической патологии (%) ОРИТ СОКБ №1



Global estimates of the causes of maternal deaths, 1997–2007

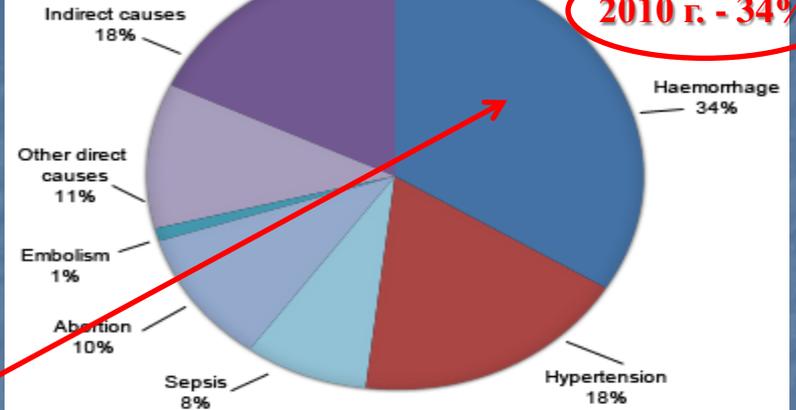


1997-2007 гг - 35%

Source: Preliminary data from a WHO systematic review of causes of maternal deaths.

Haemorrhage is the leading worldwide cause of maternal death

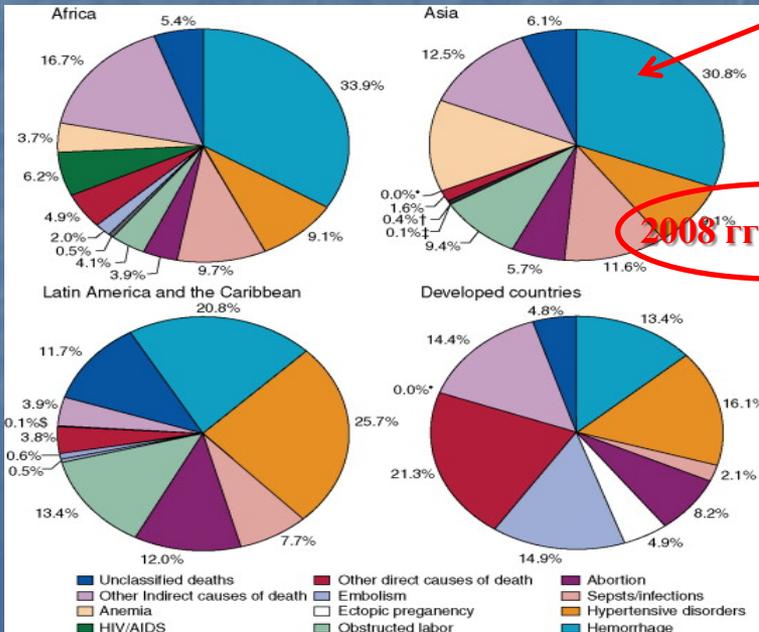
Cause of maternal death (Percentage)



2010 г. - 34%

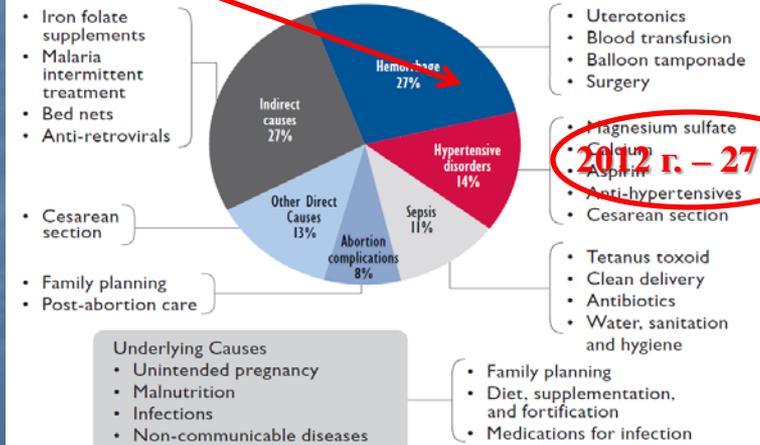
Данные ВОЗ по структуре материнской смертности

2010



2008 г. - 16-34%

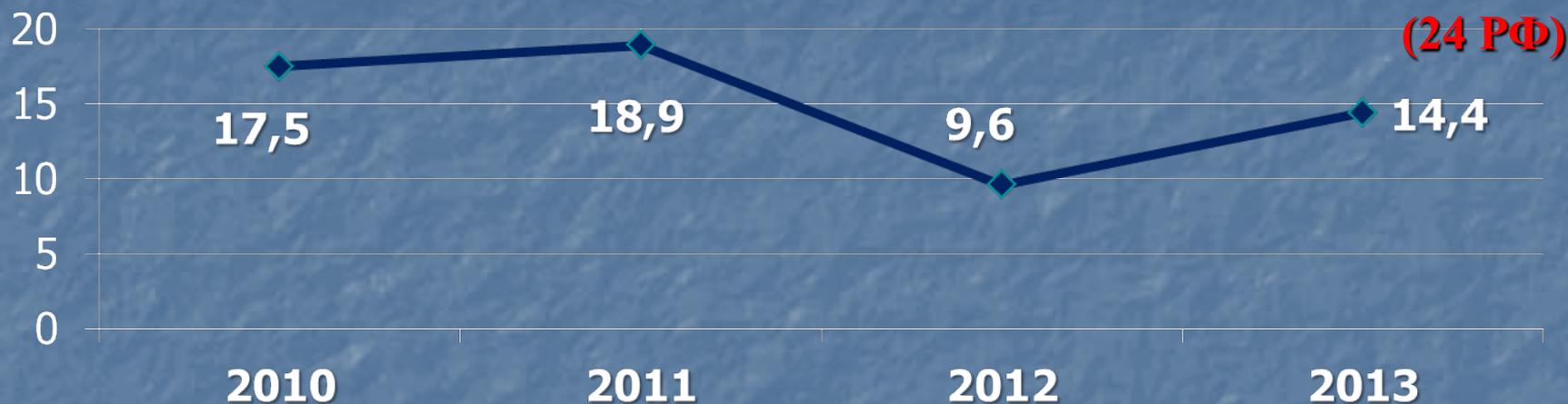
Global Causes of Maternal Death and Selected Key Interventions



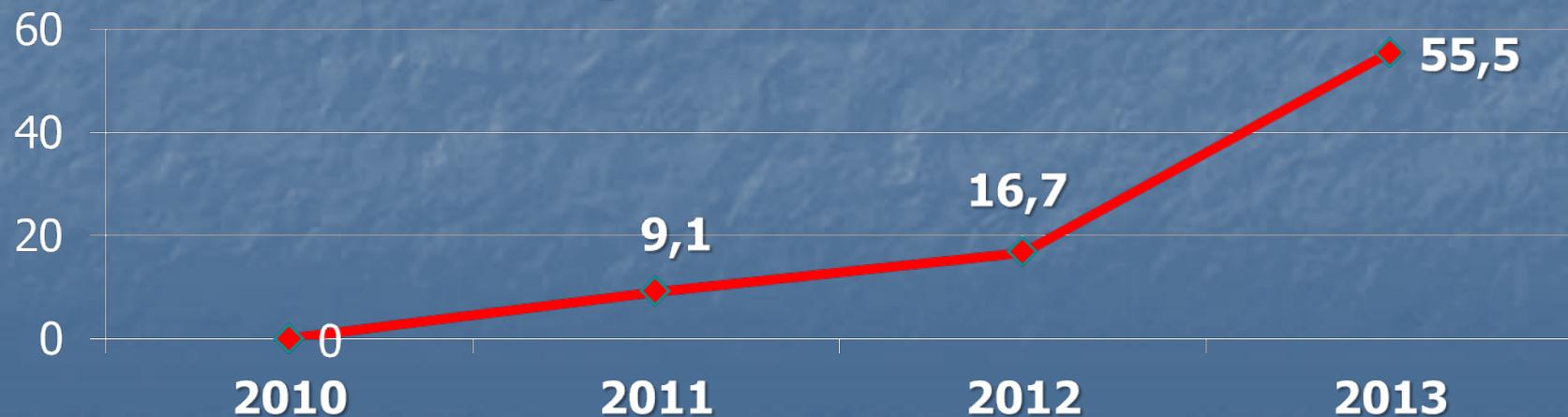
2012 г. - 27%

Source: Say L et al. 2014; PMNCH 2011; Benova et al. 2014; WHO 2012

Материнская смертность в Свердловской области (на 100 тысяч живорожденных)



Кровотечение как причина материнской смертности в Свердловской области (%)



Структура причин акушерских кровотечений в РФ (показатель на 1000 родов)

	2010	2011	2012
Предлежание плаценты	2,07	1,99	1,96
Нарушение свертываемости крови	0,69	0,7	0,88
Преждевременная отслойка плаценты	8,4	8,8	8,6
Кровотечение в последовом и послеродовом периоде	12,7	12,3	10,9

Структура акушерских кровотечений в Свердловской области (показатель на 1000 родов)

	2010	2011	2012	2013
Предлежание плаценты	1,6	1,9	1,8	2,5
Нарушение свертываемости крови	0,3	0,5	0,3	0,53
Дородовое кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	0,04	0,6	0	0,02
Преждевременная отслойка плаценты	9,5	12,8	13,2	13,3
Кровотечение в последовом и послеродовом периоде	11,8	13,7	15,1	16,4
Всего	23,3	29,4	30,4	32,8

Структура летальности (%) у пациенток с акушерско-гинекологической патологией

ОРИТ СОКБ № 1



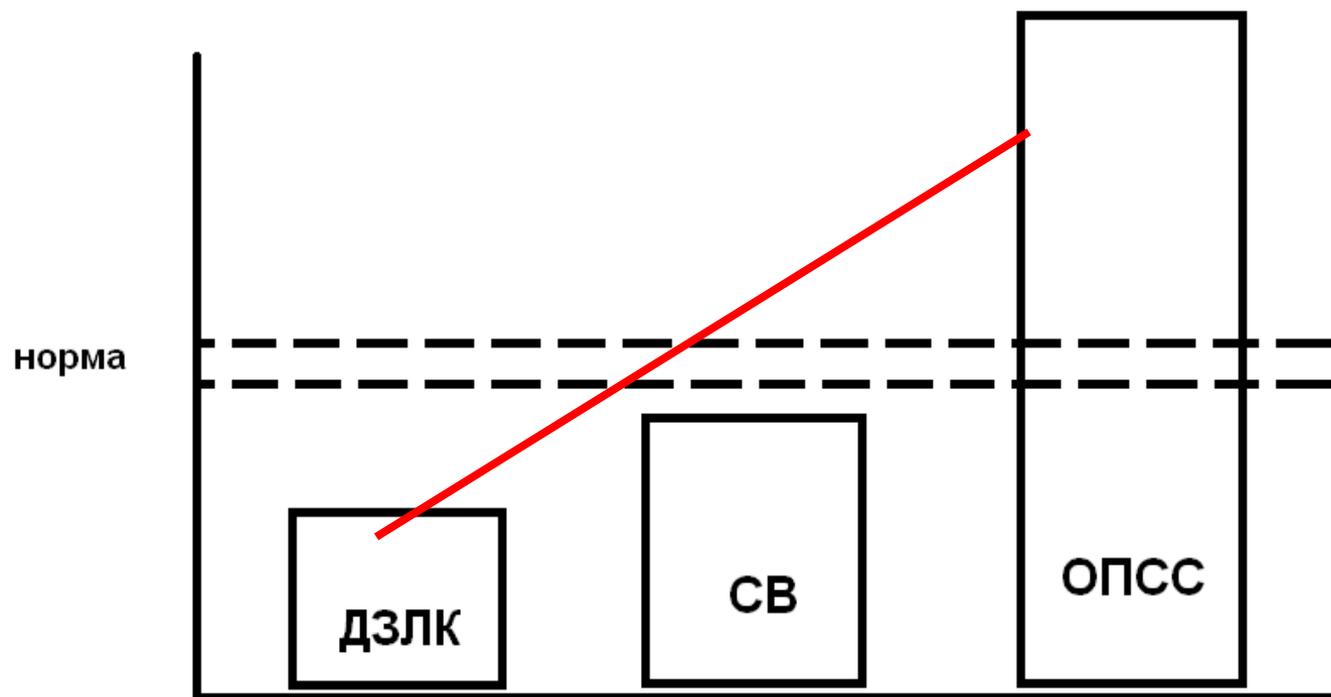
ИТТ. Что это?

Инфузионная терапия это вливание в организм больного *определенных* количеств различных жидкостей в течение *некоторого* времени

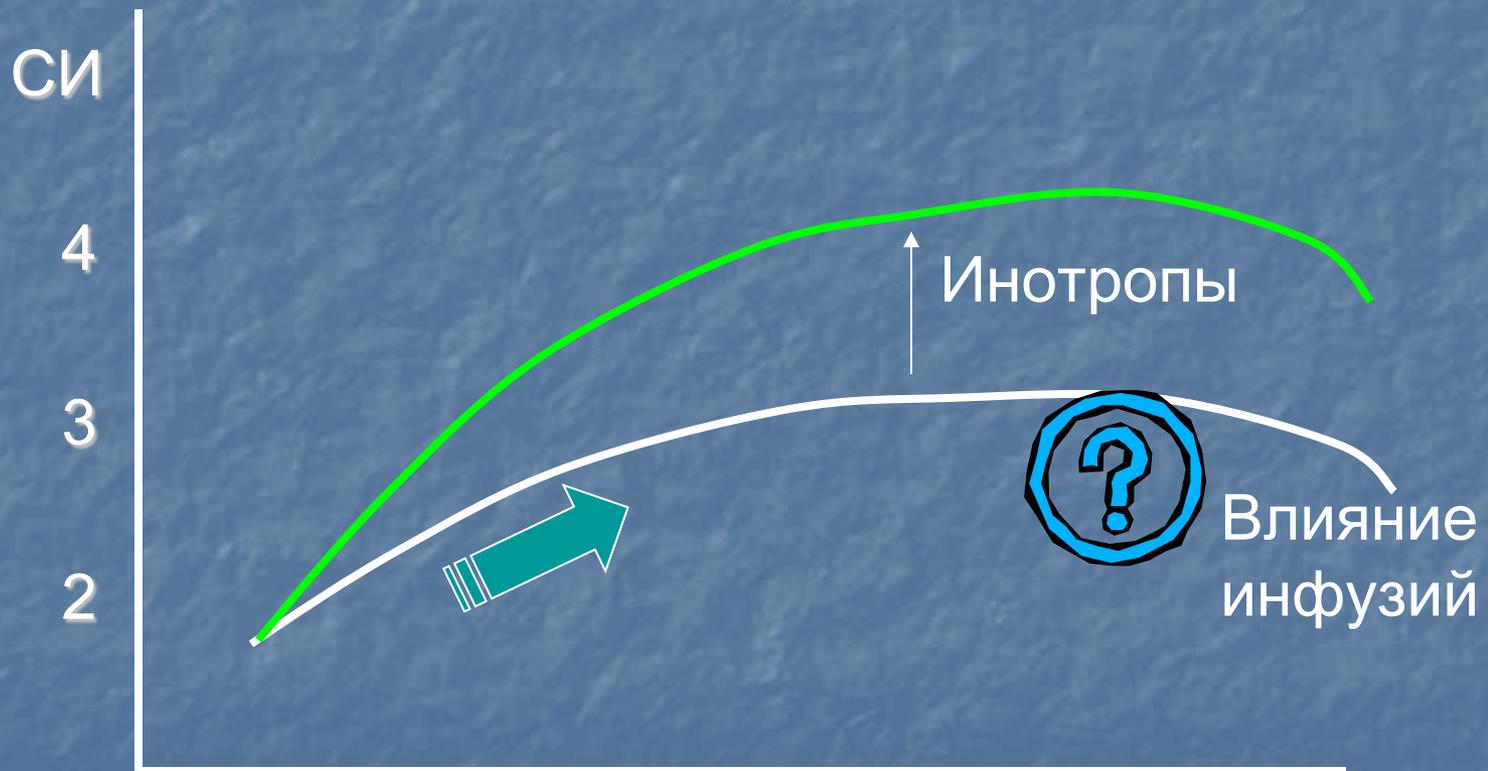
Основная цель – поддержание адекватного СВ для обеспечения перфузии тканей через поддержание нормального внутрисосудистого объема

Трансфузионная терапия метод коррекции нарушений гомеостаза и управления функциями организма направленным изменением свойств, состава и объема циркулирующей крови путем внутрисосудистого введения трансфузионных сред

Гемодинамический профиль гиповолемического шока

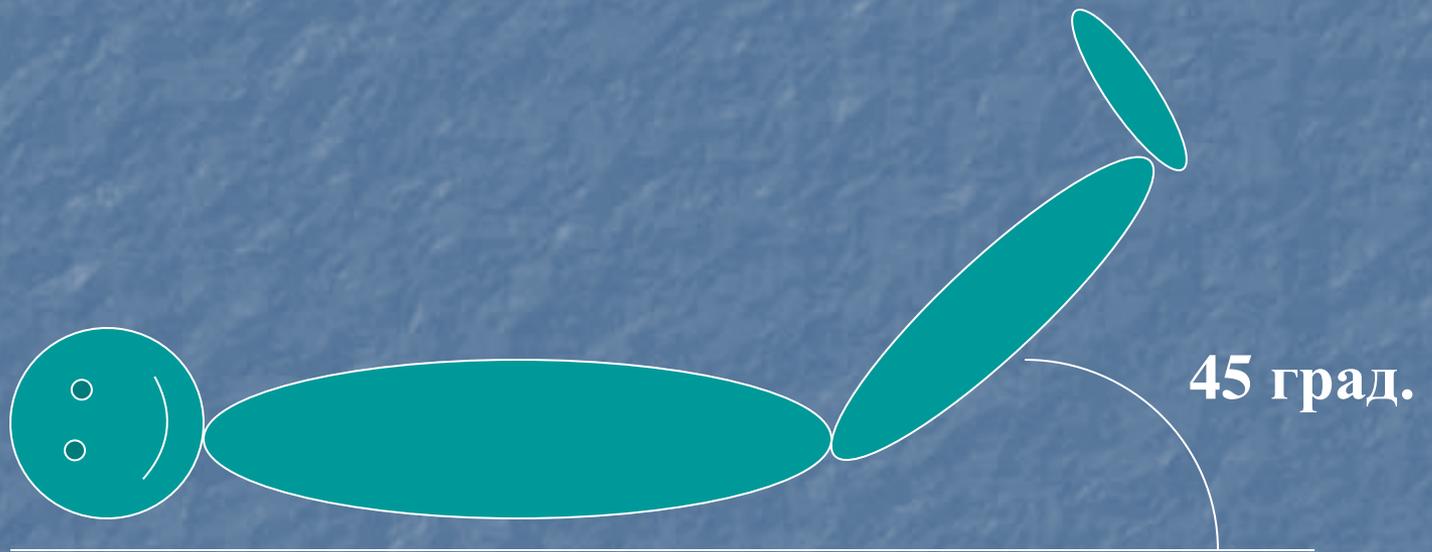


Главный целевой показатель гемодинамики – тканевой кровотока в мл на 100 гр ткани в минуту



Почему при геморрагическом шоке нужны инотропы?

Диагностика гиповолемии с помощью маневра PLR



Если УО $>$ на 10-15%, то ответ на преднагрузку +
Если УО увеличивается $<$, чем на 10%, то ответа нет

Чем поддержать преднагрузку или как быть с коллоидами при геморрагическом шоке

25.10.2013. Заключение ЕМА :

- **ГЭК не должны дальше применяться у больных с сепсисом или ожогами или у больных в критическом состоянии.**
- **ЕМА согласилось с PRAC, что ГЭК может продолжать использоваться для лечения гиповолемии, вызванной острой кровопотерей, когда применение кристаллоидов рассматривается как недостаточное, но не более 24 часов и у больных без признаков ПН.**

Гидроксиэтилкрахмалы

■ Клинические исследования

❖ VISEP

❖ 6S

❖ CHEST



НЕГАТИВНЫЕ

(сепсис/неверное использование)

❖ CRYSTMAS

❖ CRISTAL

❖ CAESAR

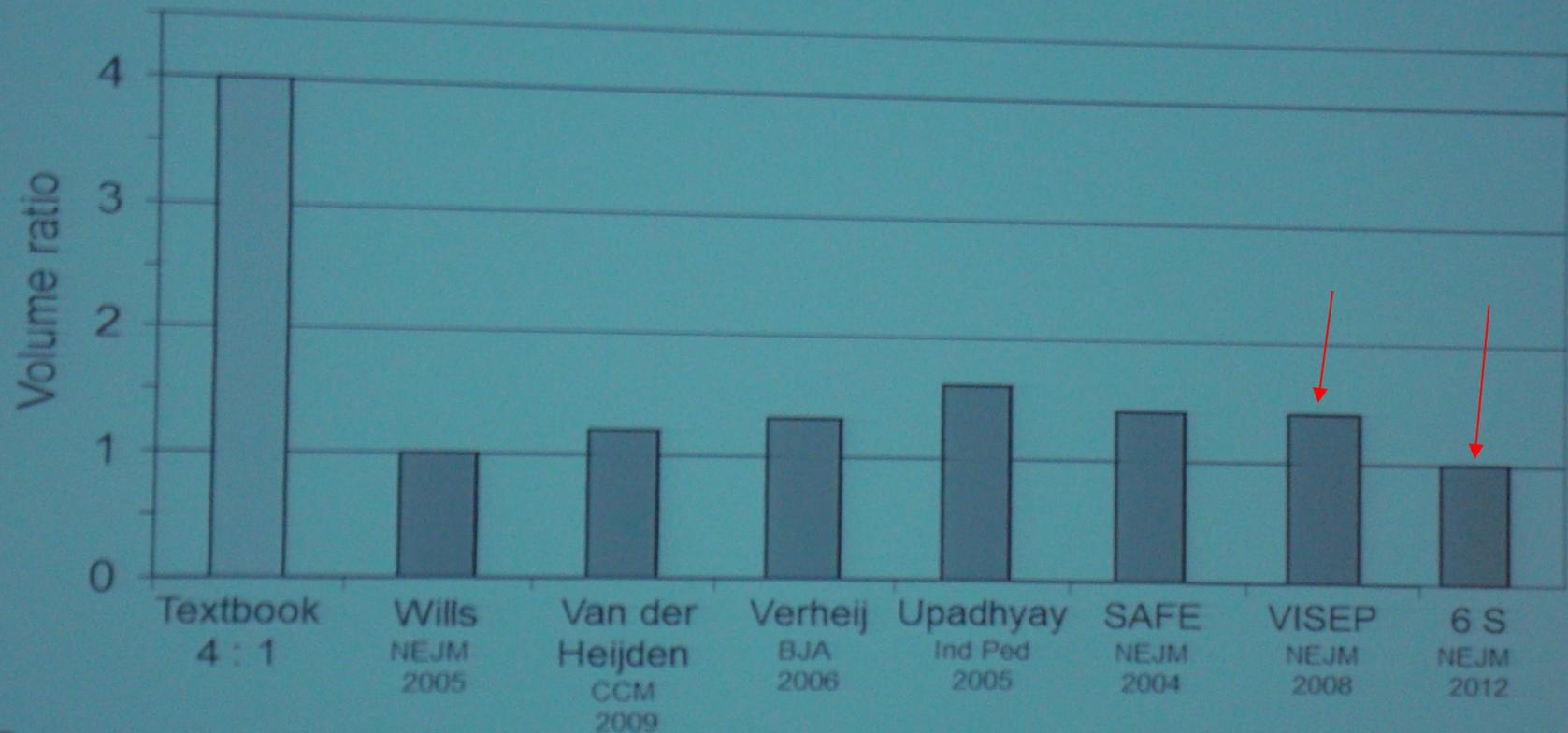


ПОЗИТИВНЫЕ

(верное использование даже с сепсисом)

Для кого пишут учебники?

Crystalloid / Colloid Volume Ratios



И мы тоже. Первое письмо МЗРФ 08.08.13

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Минздрав России)	Департамент государственного регулирования обращения лекарственных средств Министерства здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» (ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России)	Рахмановский пер., д. 3, г. Москва, ГСП-4, 127994
127911 Москва, Петровский бульвар д. 8. Тел. (495) 234-4106, 622-4342, факс 622-4350	
№ <u>НЦЭСМП</u> от <u>08.08.13</u> № <u>8159</u>	
На № _____ от _____	
В ответ на письмо от 08.07.2013 № 2062/2070565-О	
	Минздрав России 2078711 01.08.13

Учитывая вышеизложенное, в настоящее время считаем целесообразным внести в инструкции по применению лекарственных препаратов ГЭК ограничения по применению, а именно:

- не применять у тяжело больных пациентов, в том числе при сепсисе или находящихся в палатах интенсивной терапии;
- не применять у пациентов с нарушениями функции почек;
- отменять при первых признаках поражения почек;
- указать на необходимость мониторинга функции почек на протяжении 90 дней после вливания лекарственного препарата;
- не применять при открытых операциях на сердце;
- отменять при первых признаках коагулопатии.

Вместе с тем итоговое регуляторное решение Минздрава России целесообразно принять с учетом окончательного решения относительно продолжения применения лекарственных препаратов ГЭК в ЕС.

Первый заместитель
генерального директора


В.А.Меркулов

Гидроксиэтилкрахмалы. А что у нас?

Необходимо внести только одно показание в инструкции по ГЭКам:

«Лечение гиповолемии при острой кровопотере, если применение кристаллоидов является недостаточным»

Второе письмо МЗРФ 24.06.14



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д. 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

26 ИЮН 2014

№

20-2/10/2-4729

На № _____

от _____

Заявителям регистрации и
производителям лекарственных
препаратов, содержащих в
качестве действующего
вещества гидроксиэтилкрахмал
(ГЭК)

Минздрав России



2004729

26.06.14

Волюлайт**и****Тетраспан 4****Новая инструкция**Дата внесения Изменения « 23 » 09 / 14 20 г.Дата внесения Изменения « 26 » 12 / 14 201 г.

Старая редакция	Новая редакция
Код АТХ: B05AA	Код АТХ: B05AA07
Показания к применению - Лечение и профилактика гиповолемии любого генеза и шока (вследствие травм, в том числе травмы позвоночника с повреждением спинного мозга, кровопотери, ожога, сепсиса, полиорганной недостаточности, в послеоперационном периоде, острой	Показания к применению Лечение и/или профилактика гиповолемии у взрослых и детей. Не замещает эритроциты или факторы свертывания крови в плазме.

Старая редакция	Новая редакция
Показания к применению • Профилактика и лечение относительной и абсолютной гиповолемии, шока, развивающихся вследствие кровотечения или травмы, внутриоперационных потерь крови, ожогов, сепсиса. • Острая нормоволемическая гемодилюция, терапевтическая гемодилюция. • Заполнение аппарата экстракорпорального кровообращения.	Показания к применению Лечение гиповолемии при острой кровопотере, если применение растворов кристаллоидов является недостаточным.

Практические рекомендации по периоперационной кровопотере

Practice Guidelines for Perioperative Blood Management в пересмотре ASA, февраль 2015г

Подготовка пациента: анамнез (если возможно), коагулопатии, ТГВ, ТЭЛА, согласие

Срочная отмена антикоагулянтов: СЗП, антифибринолитики

Мониторинг в периоперационном периоде: состояние раны, контроль салфеток, при подозрении на коагулопатию (МНО, АПТВ, фибриноген, тромбоциты, тромбоэластография), реакции на ИТТ

Лечение массивной кровопотери: транексамовая кислота; концентрат протромбинового комплекса, фактор V11a, фибриноген, криопреципитат, СЗП, тромбомасса.

При массивной кровопотери ЭМ : СЗП – 1 : 1 [Anesthesiology 2015;122:241-75](#)

Показания к переливанию компонентов крови в периоперационном периоде

СЗП

- СЗП используется при массивном капиллярном кровотечении (коагулопатии), при уровне МНО более 2,0
- Для коррекции капиллярного кровотечения у пациентов с дефицитом второго фактора свертывания при потере объема крови около 70 мл\кг и в случае когда определение МНО, АПТВ не может быть выполнено
- При необходимости экстренной отмены варфарина, когда концентрат протромбинового комплекса недоступен
- СЗП не используется при нормальном уровне МНО, АПТВ, а также для увеличения объема плазмы и уровня альбумина

Показания к переливанию компонентов крови в периоперационном периоде

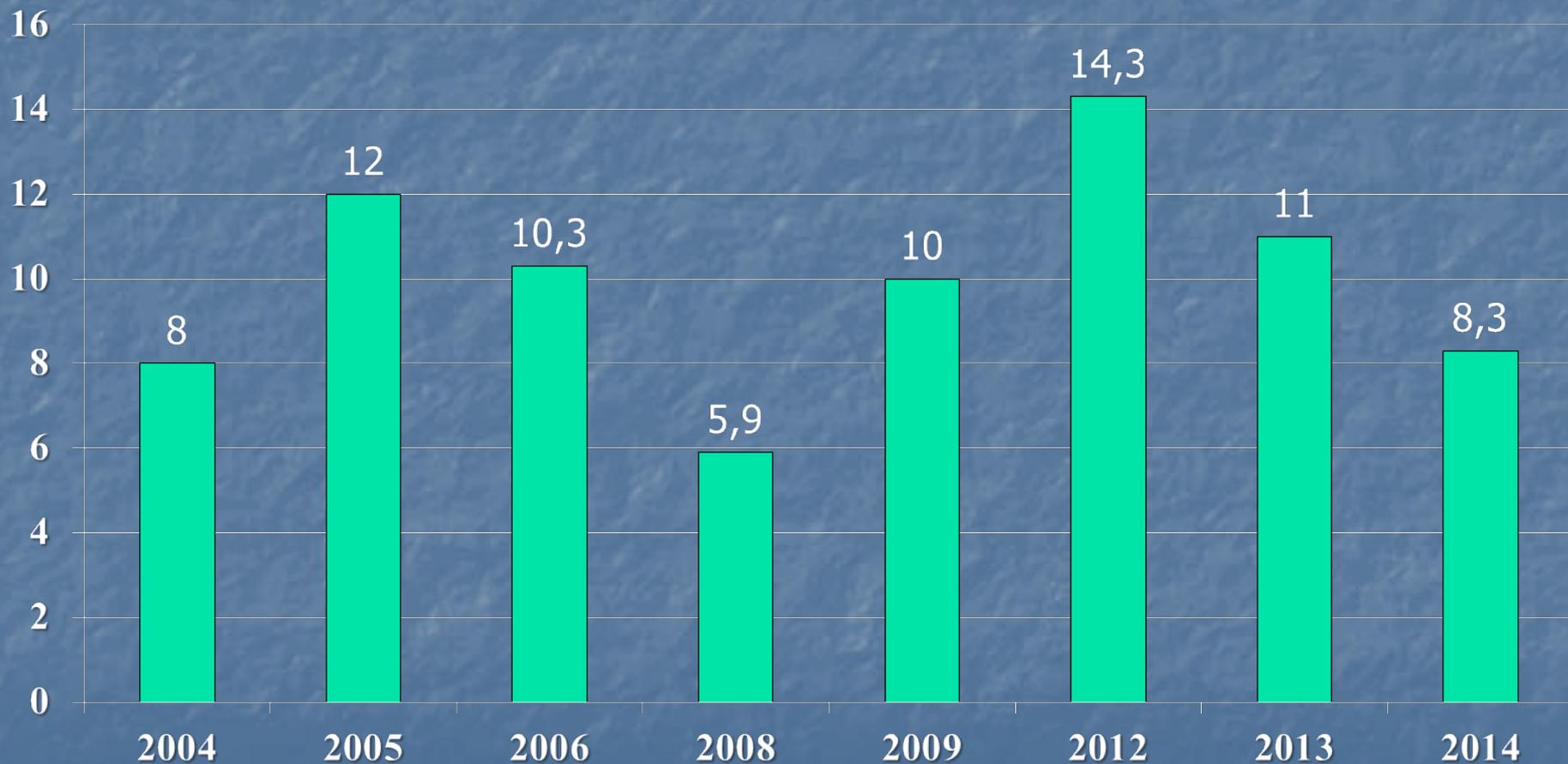
Криопреципитат

- Используется в случае подтвержденного фибринолиза
- Концентрация фибриногена менее 0,80-1,0 г/л в сочетании с массивным кровотечением. В акушерской практике при массивном кровотечении предпочтительнее использовать криопреципитат в сравнении с СЗП
- У пациентов с врожденным дефицитом фибриногена
- Переливание криопреципитата не проводится пациентам с уровнем фибриногена более 1,5 г/л
- При кровотечении у пациентов с болезнью Виллебранда

Тромбоциты. В хирургии или акушерстве переливание тромбоцитарной массы используется редко. В случае массивного кровотечения, когда уровень тромбоцитов меньше 50×10^9 /л.

Некорректная инфузионная терапия как причина развития ОДН (TRALI)

частота TRALI, %

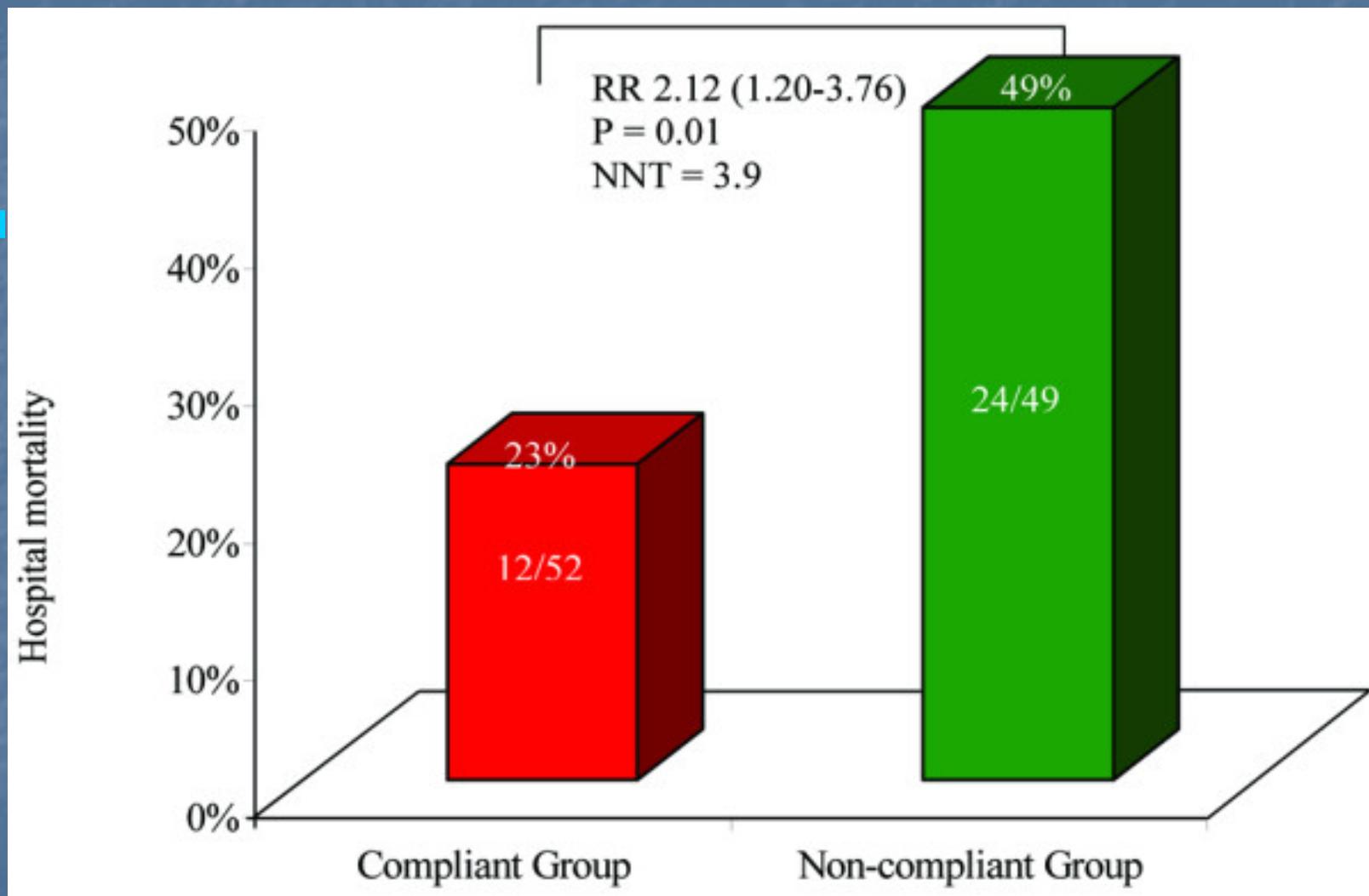


Потребность в почечно-заместительной терапии у пациенток с геморрагическим шоком



■ % ГД у пациенток с ГШ

Зависимость госпитальной летальности от соблюдения протокола ИТ септического шока в первые 6 часов



Анализ уровня комплаентности к рекомендациям SSC 2012

	Страны с высоким уровнем финансирования (n=95)	Страны с низким и средним уровнем (n=80)	Достоверность (p)
Неотложная помощь в критических ситуациях	67 (70%)	48 (60%)	0,01
<u>По разделам ИТ</u>			
Сепсис	58 (61%)	47 (59%)	0,088
ВАП	74 (78%)	51 (64%)	0,025
ЦВК	78 (82%)	49 (61%)	0,003
Протективная вентиляция легких	68 (72%)	46 (57%)	0,028
Отлучение от респиратора	72 (76%)	54 (67%)	0,069
Гепарин	78 (82%)	53 (66%)	0,015

Причины несоблюдения рекомендаций по профилактике ГИ

Соблюдение -20-100%

Downloaded from qshc.bmj.com on May 10, 2010 - Published by group.bmj.com



Systems ambiguity and guideline compliance: a qualitative study of how intensive care units follow evidence-based guidelines to reduce healthcare-associated infections

A P Gurses, K L Seidl, V Vaidya, et al.

Qual Saf Health Care 2008 17: 351-359

doi: 10.1136/qshc.2006.021709

Updated information and services can be found at:

<http://qshc.bmj.com/content/17/5/351.full.html>

These include:

References This article cites 47 articles, 13 of which can be accessed free at:

Анализ литературы

- Кто ответственный за внедрение?
- Неосведомлённость врачей
- Не получили распространения в других ОРИТ
- Несогласие с рекомендациями
- Невозможность организации междисциплинарного взаимодействия
- Высокая рутинная нагрузка
- Дефицит профессиональной культуры
- Где и как найти необходимые компоненты

Причины ошибок в интенсивной терапии

- Практика основывается не на доказательствах
- Препятствия для принятия оптимальных решений:
 - либо нет знаний,
 - либо при достаточной информации она не используется

Позиция врача: «Мало ли, что они понапишут в руководствах»

Поведение врача (оно зависит от позиции) – инерция мышления и отсутствие профессиональной культуры ограничивают возможность применения знаний и рекомендаций

Таким образом, показания для заместительной трансфузионной терапии:

- Компоненты крови – при $Hb < 70$ г/л, для пациенток с кардиологической патологией - < 90 г/л. Целевой уровень $Hb - 100$ г/л.
- СЗП только при продолжающемся кровотечении
 - при кровопотере $>30\%$ ОЦК, $MHO >2.0$
 - при уровне фибриногена < 1 г/л
- Криопреципитат – при уровне фибриногена $<0,8$ г/л
- Тромбоциты – при уровне $Tr <50 \cdot 10^9/л$
- Рекомендуемое соотношение эр.масса : СЗП = 3 : 1 (при массивной кровопотере 1:1)

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Green-top Guideline, 2008
Lockhart E. Transfusion Management of Obstetric Hemorrhage, 2012
Practice Guidelines for Perioperative Blood Management, 2015

Заключение

- Материнская смертность, связанная с акушерскими кровотечениями, по-прежнему остается высокой, что связано, в том числе с тактикой ведения пациенток и с нерациональной ИТТ
- Одним из факторов способных повлиять на снижение летальности при акушерских кровотечениях является выполнение, основанных на доказательствах, клинических рекомендаций.
- Для этого необходимо постоянное совершенствование и контроль уровня знаний и практических навыков, как акушеров, так и анестезиологов



Авианосец «Дж.Форд».
Стоимость 14 млрд \$.



Самолет «Фантом - Супер Корнет».
Стоимость 55 млн \$.

Посадка «Супер Корнета» на авианосец может ранить или убить 7002 чел
Средний возраст пилота «Корнета» 23 года.

Пилот может посадить самолет на авианосец, потому что его хорошо учили и проверяли полученные знания