Таблетка от профанации: как перестать искать чужие СОПы и начать управлять хирургиче

Категория: Операционные процедуры: стандарты и алгоритмы
Опубликовано: Воскресенье, 22 марта 2026, 16:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1010

В деле обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности сложился любопытный парадокс: чем больше готовых документов ответственные люди скачивают из Интернета, тем меньше, судя по неуклонно растущей напряжённости общественных отношений в сфере здравоохранения, получают реального качества на выходе. СОПы, алгоритмы, чек-листы на полках медицинских организаций множатся, проблемы безопасности никуда не уходят. Почему так происходит? Отчего поиски в плоскости «идеальных образцов» приводит к ложным результатам, и как прийти к истинным решениям? И в чём секрет успешных команд? Попробуем разобраться (на примере хирургической безопасности).

Есть в нашей профессиональной жизни сценарий, который воспроизводится с пугающей регулярностью на протяжении десятилетий. Где-то наверху принимается решение «усилить контроль качества» и «подготовиться к проверке». Руководитель медицинской организации спускает задачу своему заместителю, тот раздаёт ценные указания заведующим отделениями, те – и без того перегруженным практикующим врачам. Задача звучит обыденно и просто: «Нам срочно нужны СОПы. Вот из этого перечня (все знают, какого). Быстро. Все. Чтобы были».

И специалисты отправляются на просторы Интернета искать нужные бумажки. В свободное от работы время, конечно же – основные обязанности ведь с них никто не снимал. «Готовые СОПы для ЛПУ скачать бесплатно» – самый популярный поисковый запрос по статистике обоих моих сайтов, Здрав.Биз и ЗдравЭкспертРесурс, на протяжении последних 10 лет. Понятно, с вариациями. Озадаченные хирурги обычно ищут «СОПы по хирургической безопасности, «алгоритмы для подготовки к операции», «примеры чек-листов для операционной» и т.п. Находятся тонны документов из разных мест и соображений, кто во что горазд. Они распечатываются, складываются в папки, утверждаются, предъявляются проверяющим и... ложатся на полку. До следующей проверки.

Знакомая картина, не правда ли? Такой себе результат в виде пыльных бумажных кип. Однако, СОПо-деланье «на отвяжись» не столь безобидно, как может показаться, и не только в отношении пожарной безопасности. Профанация – тяжёлый системный порок, дискредитирующий идею управления качеством и извращающий смысл внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, отвращающий «ответственных работников» и коллектив в целом от культуры качества.

Иллюзия безопасности

Стандартизация процессов призвана предотвращать негативные события, связанные с разного рода ошибками при выполнении типичных операций, в том числе и в тех случаях, когда что-то идёт не так. При этом могут использоваться различные типовые решения, изложенные в специальных

Phoca PDF

Категория: Операционные процедуры: стандарты и алгоритмы
Опубликовано: Воскресенье, 22 марта 2026, 16:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1010

документах, таких как стандартная операционная процедура (СОП), алгоритм, чек-лист, стоп-лист, рабочая инструкция, стандартная операционная карта (СОК) и т.д. Для краткости, назовём их «операционными регламентами».

Для того, чтобы отвечать своему предназначению, любой операционный регламент, прежде всего, должен быть слепком с конкретного участка производственного процесса, который реально происходит в настоящей операционной, процедурной, перевязочной на отделении, в любом другом месте работающей клиники или больницы. Все локальные особенности данного участка рабочего процесса должны быть учтены и необходимо отражены в соответствующем операционном регламенте – планировка помещений, наличие и расположение оборудования, расходные материалы и методы, логистика материальных объектов, информационные потоки и перемещения персонала.

Не менее важно, что операционный регламент должен отражать внутреннюю культуру организации, иначе он просто не будет работать в данном коллективе. Ясно, что скачанный из интернета документ, будь он хоть трижды прекрасен, сам по себе не способен обеспечить безопасность производственного процесса. Это все равно, что верить, будто наличие инструкции к тонометру гарантирует отсутствие гипертонии. В медицине цена ошибки чрезвычайно велика, в хирургии – велика критически. Соответственно, велики и требования к качеству операционных регламентов.

С другой стороны, операционных регламентов для дела – тем более, столь рискованного, как наше, требуется обычно довольно много, и сочинять их все «с нуля» довольно трудно. Ещё труднее найти на это достаточно времени. Задача осложняется громадным количеством установленных требований к деятельности в сфере здравоохранения, с которыми приходится соотносить регламентацию действий персонала в локальных документах, что требует определённых «нормотворческих» навыков. Так что, использование, типовых форм или чужих «образцов» документов на ранних этапах реализации проектов в области качества может быть оправданным.

При заимствовании документов принципиально важно полностью адаптировать все их положения к конкретным условиям. Если в добытом где-то алгоритме с перебитой «шапкой» медицинской организации указана последовательность действий, не совместимая с реальной планировкой вашей операционной, он не будет выполняться. Если в чужом СОПе написано «Обработка рук раствором А», а у вас используется раствор Б, сотрудники будут путаться и совершать ошибки. Если же их начнут за это наказывать, они станут лгать в учётных формах. И будут абсолютно правы, потому что делать дело нужно здесь и сейчас, а бумага всё стерпит. Но хуже всего то, что они очень быстро привыкнут делать одно,

Phoca PDF

а писать в журналах и отчётах другое. И с этим ничего невозможно будет поделать.

Один в поле не воин

О синдроме заимствования «правильных документов» сказано достаточно, многие коллеги в курсе, включая руководителей медицинских организаций. Но даже когда понимание у руководства есть, сама система управления сталкивает стандартизацию процессов на тупиковый путь. Задачу разработки локальных регламентов «спускают» вниз до «крайнего» – того, кто никому её перепоручить уже не может. Последний, осчастливленный перечнем документов, подлежащих предъявлению на согласование руководителю к означенной дате, не имеет иного выхода, как пуститься на поиски подходящих бумаженций на просторах сети.

Что создавать с нуля, что адаптировать чужие документы в одиночку – сизифов труд. Даже самый грамотный и ответственный работник неизбежно упустит множество нюансов, которые были бы видны коллегам в случае их заинтересованного участия в разработке проектов документов. Каждый специалист обладает собственным уникальным профессиональным опытом, и только исчерпывающая совокупность коллективного опыта позволяет надеяться на достаточно надёжные результаты подобного труда.

Однако привлечь их, а тем более смежных специалистов, к разработке наш автор поневоле полномочий не имеет. Зато, ему предстоит собрать, причем, от них же, весь негатив по поводу принуждения работать по ущербным стандартам. В другой раз он приложит максимум усилий для того, чтобы избежать подобной участи. А вместе с ним – все, кто имел сомнительное удовольствие так или иначе соприкоснуться с процессом разработки локальных документов. Цикл в высшей степени важного и в равной мере бесполезного труда будет воспроизведён с другими «счастливчиками».

Организационная культура как антипод профанации

Здоровая альтернатива бегу по заколдованному порочному кругу существует. Называется она «культурой качества». И одно из принципиальных условий этой культуры состоит в том, что работа по улучшению качества и безопасности не может быть обязанностью одного назначенного «ответственного» лица или отдела – это общее дело. Стандартизация процессов является неотъемлемым компонентом культуры организации и требует согласованных коллективных усилий, вне которых теряет всякий смысл – если, конечно, не считать таковым хранение бесполезных бумаг на полках «для проверяющих».

Здесь мы подходим к главному тезису публикации: реализация задач

Phoca PDF

стандартизации, включая разработку и совершенствование операционных регламентов, требует создания и организации работы междисциплинарных профессиональных команд. На примере хирургической безопасности потребность в таких группах проступает особенно отчётливо.

Деятельность хирургического профиля – это сложнейшая система, где пересекаются интересы и зоны ответственности разных специалистов. Хирурги отвечают за выбор тактики и технику операции, профилактику осложнений оперативных вмешательств. Анестезиологи-реаниматологи – за безопасность анестезии и ведение пациента в периоперационном периоде. Операционные медсестры – за стерильность, инструментарий, расходные материалы. Клинические фармакологи – за антибиотикопрофилактику и лекарственные взаимодействия. Эпидемиологи – за профилактику инфекций в области хирургического вмешательства.

Наблюдение и ведение сопутствующей патологии, перевязки и уход, оборудование и лекарственное обеспечение, мониторинг всевозможных показателей, и т.д., и т.п. – каждый элемент системы должен быть отнесён к чьей-то зоне ответственности. При этом, каждый соучастник лечебно-диагностического процесса должен не только обладать высоким уровнем компетентности в своей области, но и достаточно уверенно разбираться в смежных областях, чтобы быстро схватывать суть той или иной возникшей проблемы. На пространные объяснения в хирургии часто просто нет времени.

Операционный регламент полноценно выполняет свою функцию, только когда он предельно конкретен и точен. Каждое его положение, будь то предписание, вопрос или схема, должно быть тщательно выверено с позиций достижения нужного результата и предотвращения рисков. Причём, обязательно с учётом возможных нештатных ситуаций – в реальной клинической практике их всегда хватает, в хирургии особенно. Такое под силу коллективному разуму профессионалов, искренне заинтересованных внести свой вклад в качество и безопасность коллективного труда.

Одного желания мало. Для достижения результата важны условия. Специалистам, обладающим соответствующими компетенциями, нужно садиться за один стол (в прямом и переносном смысле) и предметно обсуждать проекты, в их целостности и в деталях. Да, на это сложно найти время, однако оно не будет напрасно потерянным, как в случае «списочной» разработки СОПов ответственными бедолагами по разнарядке.

В свете сказанного, создание и организация деятельности тематических междисциплинарных рабочих групп по обеспечению безопасности, хирургической безопасности в частности, является абсолютно оправданным.

Однако собрать всех нужных специалистов в рабочую группу это далеко

Phoca PDF

не всё, что нужно сделать для того, чтобы получать надёжные результаты в отношении стандартизации процессов и управления качеством.

Анатомия правильной рабочей группы

Ни один операционный регламент не получается совершенным с первого раза. Он может стать таковым только в результате эволюции в цикле непрерывного улучшения. То есть, его регулярного и корректного применения, постоянного наблюдения за производимыми его применением эффектами, анализа этих эффектов и его систематической доработки по результатам наблюдения и анализа.

И ни один операционный регламент, будь он хоть божественно прекрасным, не работает сам по себе. Исполнители, механически выполняющие стандарт и воспринимающие его применение в качестве части рутины, неизбежно будут совершать досадные ошибки. Именно, вследствие формального подхода к применению стандарта. Лекарство от этого одно: понимание сути, скрытой за его формулировками. Работники, осознающие смысл того или иного предписания и убеждённые в его истинности, не представляют, как и, главное, зачем что-то делать неправильно.

СОПо-деланье по разнарядке плохо ещё и тем, что подобная «продукция» затем утверждается руководителем и спускается в виде обязательных требований исполнителям, которые их не могут воспринимать иначе, как немотивированное и раздражающее принуждение. Значит, кто-то должен будет постоянно дотошно контролировать исполнение подобных документов. До полного взаимного отвращения.

Активное соучастие работников в разработке регламентов смещает фокус с внешнего контроля на понимание сути и обеспечивает добровольное просвещённое следование регламентирующим документам. И только в таких условиях возможно инициативное совершенствование регламентов именно теми работниками, кому приходится регулярно иметь дело с производимыми ими эффектами.

Таким образом, функционал рабочей группы не может ограничиваться одной лишь разработкой СОПов и чек-листов. При таком подходе, даже активная группа обречена на разложение после завершения создания изначально необходимой массы документов, а сама эта масса постепенно превратится в устаревший и никому не нужный балласт – закономерный итог кампанейщины. Для того, чтобы группа развивалась, и польза от неё росла со временем, необходимо организовать её таким образом, чтобы цикл непрерывного улучшения заработал в ней самой.

Один из возможных вариантов решения – внутреннее функциональное структурирование группы. Необходимый для запуска цикла непрерывного

Phoca PDF

Категория: Операционные процедуры: стандарты и алгоритмы
Опубликовано: Воскресенье, 22 марта 2026, 16:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1010

улучшения функционал у нас уже постепенно прорисовывается: разработка, обучение, аудит и аналитика. За реализацию каждого их этих компонентов могли бы отвечать соответствующие подгруппы.

Итак внутри большой рабочей группы выделяются четыре подгруппы с четким функционалом. Это позволяет распределить нагрузку, не терять фокус и, главное, замкнуть цикл непрерывного улучшения (PDCA).

1. Подгруппа по разработке и совершенствованию операционных регламентов

Это те, кто пишет СОПы, алгоритмы, чек-листы. Но пишут не с потолка и не из интернета, а на основе анализа реальных процессов и данных, которые дают другие подгруппы. Их задача – перевести лучшие практики и выявленные проблемы в понятные, выполнимые инструкции.

2. Подгруппа организации и проведения обучения персонала

Работники должны не просто получать бумажку, а понимать логику новых правил, отработать навыки на тренажерах или в симуляциях. Эта подгруппа отвечает за то, чтобы предписания стали знаниями и умениями.

3. Подгруппа организации и проведения аудитов

Здесь есть важнейший признак, отличающий здоровую культуру от профанации. Аудит формально относится к методам контроля, и, к сожалению, многими до сих пор так и воспринимается. Поэтому в локальных документах желательно чётко развести контрольные и аудиторские функции.

Функции контроля исполнения операционных регламентов остаются за линейными руководителями: заведующий отделением контролирует работу врачей, старшая медсестра – работу среднего персонала. Контроль исполнения – это их прямая обязанность, закрепленная в должностных инструкциях.

Аудит же – совершенно иное. В правильно выстроенной культуре аудит не имеет ничего общего с проверкой с последующими наказаниями. Скорее, это свежий взгляд, обмен опытом и помощь. Аудиторы – коллеги из других отделений или специально обученные эксперты, приходят не ловить за руку, а помочь обнаружить проблемы до того, как они превратятся в трагедии. Они стараются подмечать зоны роста, делятся тем, что лучше работает у них, открывают новые возможности для улучшений. Когда аудит поставлен правильно, проверяемые сами спрашивают: «А когда вы к нам снова придете? Нам очень помогли результаты прошлого аудита».

4. Аналитическая подгруппа

Phoca PDF

Она собирает и анализирует данные: результаты аудитов, отчеты о нежелательных событиях и инцидентах, жалобы пациентов, показатели (частота ИСМП, количество послеоперационных осложнений, длительность пребывания). Ищет тенденции и закономерности, выявляет системные проблемы и делает их достоянием всей группы для нового витка улучшений.

Формируется цикл: «регламентаторы» создают правила → «учителя» обучают → «контролёры» контролируют исполнение → «аудиторы», меняясь ролями, помогают друг другу увидеть слепые зоны → «аналитики» добывают для всех ценную информацию → «регламентаторы» на её основе улучшают правила. Это уже живой, дышащий организм.

Объединяющие начала

Просто разбить (буквально) группу на подгруппы тоже было бы ошибкой. Да, она вся работает под руководством ответственного за данное направление деятельности (в нашем случае – за обеспечение хирургической безопасности). И, да, подгруппы формируются из общего числа участников группы и пересекаются составами. Однако без внятно сформулированных общих целей и задач подгруппы обособятся, закроются, войдут в конфронтацию с другими, всё это в ущерб для общего дела.

Таким объединяющим началом может выступать задача формирования всеобщей приверженности к качеству в отношении того направления, в котором работает группа. Группа может способствовать развитию культуры качества за счёт:

- Открытого и безопасного для добровольных участников обсуждения выявляемых проблем, недочётов и ошибок в работе персонала и организации деятельности;
- Коллегиального рассмотрения всех предложений, поступающих от участников рабочей группы и иных сотрудников;
- Конструктивного подхода к решению производственных проблем и конфликтов;
- Координации работы подгрупп и участников рабочей группы между собой и с иными работниками, подразделениями и службами организации;
- Организации совместного активного поиска возможностей для улучшений;
- Открытого и благожелательного взаимодействия с иными работниками, подразделениями и службами организации по любым вопросам в области качества.

Что говорит наука управления

Phoca PDF

Изложенный здесь подход опирается на российскую нормативную базу и международные принципы менеджмента качества, и при этом учитывает отечественный уникальный опыт управления качеством.

Обязанность осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности вменена медицинским организациям Федеральным законом[1]. Общие требования к его организации и проведению установлены приказом Минздрава России[2]. Фактуры – что именно и каким образом надлежит при этом делать, документ не содержит. Приходится собирать по крупицам из других нормативных правовых актов – от профильных порядков оказания медицинской помощи и правил проведения диагностических исследований до тематических приказов и санитарных правил. Например, по профилактике инфекционных болезней и ИСМП[3,4].

Кое-какие ориентиры системы внутреннего контроля можно задать с помощью Практических рекомендаций Роздравнадзора по организации внутреннего контроля[5]. Конкретных методов и методик решения тех или иных проблем управления качеством в них, к сожалению, тоже нет. Зато, есть глубокая (чрезмерно, но здесь не об этом) детализация локального нормативного обеспечения, необходимого для организации и проведения внутреннего контроля. И если не клепать предусмотренные Практическими рекомендациями документы «на отвяжись», можно отформатировать систему управления качеством подобно рабочей. Правда, для того, чтобы она могла реально работать, а не только имитировать, придётся приглашать дорогих консультантов. Тем не менее, локальную нормативную среду для работы тех же междисциплинарных рабочих групп таким путём создать можно.

Система стандартов качества медицинской деятельности JCI – Joint Commission International[6] и рекомендации Всемирной организации здравоохранения (программа «Безопасная хирургия спасает жизни»[7]) также настаивают на командном подходе к управлению рисками в хирургии. Чек-лист ВОЗ[8] – лишь вершина айсберга, под которой должна быть стройная система организации, от разработки регламентов, методического обеспечения и подготовки кадров до аудитов и анализа результативности.

Всеобщая приверженность качеству является базовым принципом международных и национальных стандартов в области качества системы ISO/ИСО [9–17]. Его ключевые аспекты – лидерство руководства, вовлечённость персонала, ориентация на потребителя, процессный подход и постоянное улучшение.

Локальное положение о рабочей группе

Конечно, успех любого совместного предприятия в конечном счёте зависит от людей и их взаимоотношений. В то же время, качество

Phoca PDF

Категория: Операционные процедуры: стандарты и алгоритмы
Опубликовано: Воскресенье, 22 марта 2026, 16:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1010

проработки локального положения о рабочей группе определяет, будет ли она иметь шансы на успешную реализацию своего предназначения. Такой документ должен определять цели и задачи рабочей группы, устанавливать её полномочия и структуру, задавать принципы распределения обязанностей среди участников, регламентировать порядок её создания и управления её деятельностью.

Задача подготовки локального положения о рабочей группе осложняется тем, что подобные структуры создаются и осуществляют деятельность на функциональной основе. Каждый член группы участвует в реализации её полномочий строго в рамках выполнения своих должностных обязанностей и в пределах своего рабочего времени. Поэтому стоит хорошенько продумать каждое положение документа. Прежде всего, на предмет рациональности использования рабочего времени задействованных сотрудников и целесообразности изъятия части этого времени в пользу участия в работе группы, что не должно идти в ущерб выполнению ими своей обычной работы. И лишь те положения, что действительно того заслуживают, можно включать в текст регламента рабочей группы.

Ещё одна серьёзная задача – интеграция деятельности рабочей группы в работу службы внутреннего контроля медицинской организации. Необходимо по возможности предвосхитить возможные конфликты в системе управления и избежать появления чреватых ими положений в документе. В случае междисциплинарной рабочей группы избежать двойного и даже тройного подчинения может быть довольно сложно.

Проект локального Положения о мультидисциплинарной рабочей группе по обеспечению хирургической безопасности и профилактике рисков, связанных с оперативными вмешательствами, среди прочего, вошёл в состав последнего обновления пакета «Хирургическая безопасность в медицинской организации». Анонс обновления состоялся на прошлой неделе: «Мультидисциплинарный подход и хирургическая безопасность: как сплотить команду на пути к совершенству»[18].

Заостряем внимание уважаемых коллег на том обстоятельстве, что, как и в случае с чужими СОПами, любой заимствованный локальный регламент требует самой тщательной адаптации к реальным условиям деятельности в конкретной медицинской организации и сложившейся в ней культуре качества. А также к её желательному образу – для самой организации и её коллектива.

Использованные материалы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 785н «Об утверждении Требований к организации и

Phoca PDF

проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрирован 02.10.2020 N 60192).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 ноября 2021 года № 1108н «Об утверждении порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации» (Зарегистрирован в Минюсте России 30.12.2021 N 66772).
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 года № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"».
5. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора).
6. Joint Commission International (JCI).
7. ВОЗ: «Практическое руководство по использованию контрольного перечня ВОЗ по хирургической безопасности, 2009 г. Безопасная хирургия спасает жизни».
8. ВОЗ: «Контрольный перечень мер по обеспечению хирургическойх безопасности».
9. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 сентября 2015 года № 1390-ст).
10. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 сентября 2015 года № 1391-ст).
11. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9004-2019 «Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации» (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 20 августа 2019 года № 514-ст).
12. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 31000-2010 «Менеджмент риска. Принципы и руководство» (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 21 декабря 2010 года № 883-ст).
13. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 10018-2021 «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по вовлечению персонала» (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 9 декабря 2021 года № 1750-ст).
14. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 53092-2008

Phoca PDF

Категория: Операционные процедуры: стандарты и алгоритмы
Опубликовано: Воскресенье, 22 марта 2026, 16:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1010

«Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения» (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18 декабря 2008 года № 495-ст).
15. ISO 7101:2023 «Менеджмент организации здравоохранения. Системы менеджмента качества в организациях здравоохранения. Требования» (Healthcare organization management. Management systems for quality in healthcare organizations. Requirements).
16. ISO 22886:2020 «Менеджмент организации здравоохранения. Словарь» (BSI BS ISO 22886-2020 Healthcare organization management - Vocabulary).
17. ISO 22956:2021 «Менеджмент организации здравоохранения. Требования к пациент-центрированному персоналу» (BSI BS ISO 22956-2021 Healthcare organization management — Requirements for patient-centred staffing).
18. Таевский А.Б. «Мультидисциплинарный подход и хирургическая безопасность: как сплотить команду на пути к совершенству». - Здрав.Биз, 358.

Для цитирования:

Таевский А.Б. Таблетка от профанации: как перестать искать чужие СОПы и начать управлять хирургической безопасностью. - ЗдравЭкспертРесурс, 215. https://www.zdrav.org/index.php/standarty-algoritmy-operacionnyh-procedur/215-hirurgicheskaya-bezopasnost-bez-profanacii.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз, ЗдравЭкспертРесурс и Андрей Таевский.

Обсудить в Телеграм
Обсудить вКонтакте
Обсудить в Махе

Каталог решений Здрав.Биз.

Phoca PDF