



Այս հուշաթերթիկը նվիրված է մարտի դաշտից վիրավորի տարհանման պայմաններում կատարված բժշկական միջամտությունների նշման բացարձակ անհրաժեշտությանը: Գրագետ մակնշումն առանձնապես կարևոր է հակաբիոտիկների կիրառման դեպքում, որոնց գերդոզավորումը կարող է ի չիք դարձնել տարհանողների և բժիշկների բոլոր ջանքերը:

ՊաշԱԿ

ՀԱԿԱԲԻՈՏԻԿՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ՎԻՐԱՎՈՐԻՆ ՑՈՒՑԱԲԵՐԱԾ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԱՆՑՈՒՄԸ

Վիրավորվելիս զինձառայողն իր կյանքն ու առողջությունը պահպանելու համար հաղթահարում է մանիպուլյացիաների մի քանի փուլ: Ընկերների կողմից ցուցաբերած առաջին օգնությունից հետո՝ մինչև իր վիճակի «կայունության» հասնելը հոսպիտալում վիրաբույժի բժշկական օգնության ցուցաբերումը, վիրավորը անցնում է տարհանման բարդ, հաճախ բազմափուլ ընթացակարգ: Այդպիսի «արկածախնդրային» թոհուրոհի մեջ սարսափազդու հեշտությամբ կորչում են ձեռքից ձեռք անցնող վիրավորի նկատմամբ իրականացված գործողությունների մասին կարևոր տեղեկությունները, որոնք, որպես կանոն, մնում են միայն առաջին օգնությունը ցուցաբերողների գլխում, ովքեր արդեն հետ են մնացել:

Բարեբախտաբար այսօր զինճառայողների մեծամասնությունը ընդունել է այտին, ճակատին կամ մարմնի այլ տեսանելի մասում, լարանը կամ տուրնիկետը դնելու ժամանակ, գրանցելու պրակտիկան, սակայն այն չի կիրառվում հակաբիոտիկների օգտագործման դեպքում:

Հաշվի առնելով արդեն նորմ դարձած տարհանման ձգձգումները, հակաբիոտիկները հաճախ օգտագործվում են նույնիսկ նախքան տարհանման փուլը: Եվ այսպես, գործնականում իրավիճակը կարող է զարգանալ մոտավորապես հետևյալ կերպ. բեկորային վերքով մարտիկին միջմկանային ներարկում են 2 գր. Ceftriaxone միջև տարհանումը: Այնուհետև, տարհանման գործընթացում, փոխանցման կետում, վիրավորի տարհանումը ուշացնելու դեպքում, տարհանման խմբի անդամները ներարկում են ևս 2 գր: Մի քանի ժամ անց, երբ մարտիկը տարհանվում է, կայունացման կետում, չիմանալով նախորդ ներարկման մասին, վիրավորին ներարկում են ևս 2 գրամ: Այսպիսով, ընդհանուրը օրական մարտիկը ստանում է 6 գրամ: Որպես կանոն, Ceftriaxone-ի առավելագույն թույլատրելի չափը երկու գրամն է: Ceftriaxone-ի չափից մեծ դոզան հարվածում է լյարդին, երիկամներին, աղիներին՝ առաջացնելով դեղնախտ, կոլիտ, սուր երիկամային անբավարարություն և այլն: Այս ամենը գործնականում հետևանք է վիրավորի նկատմամբ իրականացված մանիպուլյացիաների՝ ամենապարզ մակագրության արձանագրման բացակայությունը:

Ավելին, նույն դեղամիջոցների բազմակի ընդունումը տարբեր բժշկական մասնագետների կողմից՝ առանց նախորդ բուժումները հաշվի առնելու, անկասկած միջոց է Ceftriaxone-ի կամ նույնիսկ կարբապենեմների նկատմամբ կայուն սուպերբակտերիաներ առաջանալու համար: Հոսպիտալային սահմանափակ տարածքում նման շտամները արագ տարածվում են, ինչը գրեթե անհնար է դարձնում վիրավոր հիվանդին փրկելը:

Հետևաբար, անհրաժեշտ է կանոն դարձնել. առաջին բուժօգնություն ցուցաբերելիս մարմնի տեսանելի մասում, տեսանելի տեղում գրեթե ոչ միայն լարանի /տուրնիկետի դրման ժամանակը, այլև վիրավորին տրված բոլոր դեղամիջոցները (հակաբիոտիկներ, ցավազրկողներ, տրանսքսամային թթու և այլն)՝ ինչպես են դրանք տրվել, որքան և երբ: Բավարար են հստակ գրված պարզ հապավումներն ու թվերը, օրինակ՝ «Cef 2,0 11:15» կամ «Tsf 1,0 17:40» և այլն:

Կարևոր է նաև վերահսկել մակագրության վիճակը, որպեսզի երկարատև տարհանման գործընթացում մակագրությունը չկորցնի իր ընթեռնելիությունը և (կամ) չջնջվի, օրինակ՝ քրոնարտադրության պատճառով կամ արյունով պատվելու դեպքում:

Միննույն ժամանակ պետք է հասկանալ, որ մարմնի մասերի վրա տեղեկատվության ամրագրումը առավել շահեկան տարբերակ է, քան վիրավորի քարտի

օգտագործումը, որոնք անընդհատ կորչում են, պոկվում կամ թրջվում են՝ լողելով գրվածը և վերածվելով անընթեռնելի բանի:

Աղբյուրը՝ https://vk.com/wall-132159147_16736