

## **Выводы**

Развитие научных исследований на кафедре военной эпидемиологии и военной гигиены происходит исключительно в рамках рассмотрения актуальных для медицинской службы проблемных вопросов. Особое внимание уделяется научным исследованиям, направленным на совершенствование системы медицинского обеспечения, разработку научно обоснованных рекомендаций и предложений по совершенствованию организации и проведению санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий. Большое значение для выполнения НИР, реализации и внедрения результатов исследований в практику военной медицины имеет взаимодействие с должностными лицами органов военного управления.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Изучение проявлений эпидемического процесса вакциноуправляемых инфекций в войсках и научное обоснование календаря профилактических прививок в Вооруженных Силах и транспортных войсках: отчет НИР (заключ.) / Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»; рук. С.Н. Шнитко. – Минск, 2023. – 30 с. – № НИР 2.71.23
2. Разработка нормативно-технических требований к видам вооружения и военной техники «Система общих технических требований к видам вооружения и военной техники. Техника и технические средства служб тыла. Требования к техническим средствам ветеринарной службы: отчет НИР (заключ.) / Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»; рук. Д.И. Ширко. – Минск, 2023. – 30 с. – № НИОКТР 27.05.2022
3. Результаты гигиенической оценки набора продуктов : экспертное заключение / Воен.-мед. ин-т в учр. обр. БГМУ; рук. Д.И. Ширко. – Минск, 2023. – 7 с.

УДК 616.12+616.24]-039.74:378.6-057.875(476.2-25)

*А. В. Марченко, Е. Н. Хроленко*

*Научный руководитель: старший преподаватель М. Н. Камбалов*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Республика Беларусь**

## **ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КАЧЕСТВЕ ОТРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СТУДЕНТАМИ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

### **Введение**

В современном мире произошли значительные изменения в различных сферах общества, повлекшие за собой изменение отношения ко многим явлениям и процессам, повлиявшим, в свою очередь, на положение, статус, роль мужчин и женщин в социально-трудовой сфере. Проанализировав исследования различных российских и зарубежных ученых, можно выделить следующие различия, проявляющиеся у мужчин и женщин в управленческой деятельности: в стиле руководства, в принятии решений, в отношении к работе и карьере [2].

У женщин первые позиции занимают следующие качества и умения: умение идти на компромисс, гибко вести переговоры, учитывая позиции других сторон; уверенность в себе и своей миссии; умение действовать в ситуации конфликта и угрозы риска; способность быстро делать выбор; трезвое отношение к новшествам.

У мужчин отмечены следующие ведущие качества и умения: постоянная готовность к изменениям, нововведениям; умение при необходимости навязывать свою позицию; умение чувствовать себя свободным и извлекать выгоду в рамках принятых ограничений

и правил; умение эффективно использовать способности и умения других людей; умение использовать чужие идеи для реализации своих целей; умение действовать в ситуации конфликта и угрозы риска; умение производить впечатление, налаживать и поддерживать отношения с другими людьми; уверенность в себе и своей миссии; умение противостоять давлению, отстаивая свою позицию [1].

Мужчинам приписывается большее количество положительных и нейтральных профессиональных качеств, чаще рассматривают как компетентных работников. От мужчин более, чем от женщин, ожидается достижение успеха. Женщины склонны оценивать себя как неспособных быстро принимать решения, не умеющих действовать в условиях конкуренции и не способных достигнуть успеха.

В связи с увеличением количества женщин, решивших посвятить себя медицине, исследователи изучали, влияет ли принадлежность к тому или иному полу на поведение врача. Врачи-женщины настроены более оптимистично, они стараются подчеркнуть положительные перспективы терапии, больше интересуются пациентом и дают более исчерпывающую информацию. Врачи-мужчины, скорее, являются «ремонтниками», которые должны устранить «поломку» в организме пациента; они в меньшей степени интересуются его психологическим состоянием, настроенностью на выздоровление. От профессионализма медицинских работников зависит правильность действий в экстренных ситуациях [2].

#### ***Цель исследования***

Выявить и оценить гендерные различия в уровне выработки у студентов навыков базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР).

#### ***Материалы и методы***

В исследование приняло участие 100 студентов 4 курса УО «Гомельский государственный медицинский университет» в соотношении 1:1 (юноши:девушки) в возрасте 20–21 года. Методом данного исследования являлся тестовый контроль по оказанию базовой СЛР, состоящий из 14 вопросов. Анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Excel. Сравнительный анализ качественных показателей проводился с использованием двухстороннего критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при  $p \geq 0,05$ . Проведен анализ и обобщение научно-методической литературы.

#### ***Результаты и их обсуждение***

Вопросы и ответы для проведения исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Наиболее популярные ответы в тестировании

| <b>Вопрос</b>   | <b>Ответ</b>   |
|---|--|
| Основные мероприятия при выведении из клинической смерти...   | Одновременное проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца.           |
| При проведении непрямого массажа сердца надавливания на грудину взрослого человека производят...          | Частью ладони (пальцы не касаются тела)                            |
| Соотношение дыханий и надавливаний на грудину при проведении СЛР взрослому человеку одним лицом...        | На 2 вдоха – 30 надавливаний                                       |
| При проведении закрытого массажа сердца поверхность, на которой лежит пациент, обязательно должна быть... | Жесткой  |
| Три действия для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при ИВЛ включают...                 | Голова откинута назад, рот открыт, нижняя челюсть выдвинута вперед |
| Продолжительность клинической смерти в нормальных условиях окружающей среды составляет...                 | 5–7 мин  |
| Число дыханий в 1 минуту при проведении ИВЛ взрослому человеку составляет...                              | 12–20 в минуту   |
| Количество компрессий при проведении непрямого массажа сердца в 1 минуту...                               | 110–120 в минуту   |

Окончание таблицы 1

| Вопрос  | Ответ  |
|---|--|
| Признаки клинической смерти...  | Потеря сознания и отсутствие пульса на сонных артериях, отсутствие реакции зрачков на свет             |
| При проведении непрямого массажа сердца ладони следует расположить...   | На нижней трети грудины  |
| Закрытый массаж сердца новорожденному проводят...   | Двумя пальцами правой руки   |
| Глубина продавливания грудины при проведении закрытого массажа сердца взрослому человеку должна составлять... | 4–6 см   |
| Показания к прекращению реанимации...   | Появление признаков биологической смерти; неэффективность реанимационных мероприятий в течение 30 мин. |
| Если сердечная деятельность не восстанавливается, реанимационные мероприятия можно прекратить через...        | 30–40 мин  |

В первую очередь необходимо отметить, что подавляющее большинство студентов ответило правильно на все вопросы тестирования. Правильно ответили на следующие вопросы 100% респондентов:

1. Основные мероприятия при выведении из клинической смерти: одновременное проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца.
2. Число дыханий в 1 минуту при проведении ИВЛ взрослому человеку составляет: 12–20 в минуту.
3. Три действия для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при ИВЛ включают: голова откинута назад, рот открыт, нижняя челюсть выдвинута вперед.
4. Продолжительность клинической смерти в нормальных условиях окружающей среды составляет: 5–7 мин.
5. Признаки клинической смерти: потеря сознания и отсутствие пульса на сонных артериях, отсутствие реакции зрачков на свет.
6. При проведении непрямого массажа сердца ладони следует расположить: на нижней трети грудины.
7. Глубина компрессии грудины при проведении закрытого массажа сердца взрослому человеку должна составлять: 4–6 см.
8. Если сердечная деятельность не восстанавливается, реанимационные мероприятия можно прекратить через: 30–40 мин.

Большинство студентов (89%) ответило, что надавливания на грудную клетку взрослого человека производят частью ладони (пальцы не касаются), 6% – пальцами, скрещенными в замок, 5% – всей ладонью.

Наиболее трудным для студентов оказался вопрос о соотношении дыханий и надавливаний на грудь при проведении СЛР взрослому человеку одним лицом. На вопрос ответило правильно 79% – на 2 вдоха – 30 надавливаний, 21% – на 1 вдох – 15 надавливаний.

Верно на вопрос о количестве компрессий при непрямом массаже сердца ответило 84% респондентов – 110–120 в 1 минуту, 13% – 100–110 в 1 минуту, 3% – 80–95 в 1 минуту.

На вопрос «При проведении закрытого массажа сердца поверхность, на которой лежит пациент, обязательно должна быть...» были получены следующие ответы: 83% – жесткой, 17% – ровной.

Более половины респондентов (80%) ответило, что закрытый массаж сердца новорожденному проводят двумя пальцами правой руки, 15% – что одним пальцем правой руки, 5% – тремя пальцами.

В вопросе «Показания к прекращению реанимации...» студентам необходимо было выбрать несколько вариантов ответа. Правильные ответы распределились следующим образом: 100% – неэффективность реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 мин; 98% – появление признаков биологической смерти; 80% – возобновление самостоятельного дыхания у пострадавшего; 60% – многократные остановки сердца, не поддающиеся никаким медицинским воздействиям. Среди неправильных ответов наибольшее число (29%) ответило – расширенные зрачки; 7% – отсутствие признаков кровообращения.

Для определения статистически значимой связи между полом и уровнем знаний по вопросам базовой СЛР для всех вопросов тестирования данные оказались статистически незначимыми ( $p \geq 0,05$ ).

#### **Выводы**

1. Подавляющее большинство студентов имеет достаточный уровень практических навыков проведения базовой СЛР.
2. Уровень освоения практических навыков по указанной теме не зависит от пола студентов.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Тарханова Е.С. Исследование гендерных различий в управленческой сфере/ Е.С. Тарханова // Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». — 2017. — Т. 5, № 2. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: Дата доступа: 14.12.2023
2. Шевелева А.М. Профессиональная карьера: психологические аспекты и гендерный подход / А.М. Шевелева. — М. : Юрайт, 2012 — 132 с.

**УДК 378.14**

***Н. Ю. Никитин, В. В. Романов, И. В. Баталов***

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

### **ИТОГИ ПРЕПОДАВАНИЯ УЧЕБНОГО МОДУЛЯ «ОСНОВЫ ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ» В ФГБОУ ВО СПбГПМУ МИНЗДРАВА РОССИИ**

#### ***Введение***

Вопросам допризывной подготовки кадров для армии уделялось большое значение с момента создания Советского государства. Высшие учебные заведения занимали важное место в системе подготовки кадров для комплектования РККА и создания людских мобилизационных ресурсов страны. Подготовка кадров к военной службе в стране на базе высших учебных заведений осуществляется с 1927 г. С этой целью при вузах начали создаваться военные кабинеты, военные кафедры и факультеты. Большое практическое значение они сыграли в подготовке кадров перед началом Великой Отечественной войны и в ходе ее. После окончания войны военные кафедры и факультеты продолжили свою работу. К концу 1970 г. их количество в стране составило около 500. После распада СССР к 1993 г. их количество уменьшилось до 241, а в 2008 г. – сократилось до 67. Правительством Российской Федерации в 2010 г. была утверждена Концепция федеральной системы подготовки граждан к военной службе на период до 2030 г. С 2019 г. в стране положено создание военных учебных центров (ВУЦ) при федеральных государственных образовательных организациях высшего образования. Кроме того, в рамках реализации