

У 2022/2023 році передпосівна обробка насіння включає використання протруйників на основі 25 г/л флудіоксонілу+15 г/л тебуконазолу + 10 г/л азоксистробіну, 25 г/л флудіоксонілу + 15 г/л тебуконазолу + 125 г/л тіаметоксаму, 25 г/л седаксану + 25 г/л флудіоксонілу + 10 г/л тебуконазолу + 175 г/л тіаметоксаму, 25 г/л седаксану + 25 г/л флудіоксонілу + 10 г/л тебуконазолу; для захисту посівів протягом вегетаційного періоду запропоновані гербіциди на основі 45 г/л піноксадену, 45 г/л піноксадену + 5 г/л флорасуламу, 750 г/кг просульфурону, 750 г/л триасульфурону, 100 г/л флуметсуламу + 75 г/л флорасуламу, 130,3 г/кг галауксифен-метилу + 125 г/кг флорасуламу, 5 г/л флорасуламу + 10 г/л амінопіраліду + 180 г/л 2-етилгексилловий ефіру 2,4-д, регулятор росту 250 г/л трінексапак-етил, фунгіциди на основі 125 г/л пропіконазолу + 100 г/л азоксистробіну + 75 г/л адепідину, 250 г/л пропіконазолу, 450 г/л фенпропідину + 125 г/л пропіконазолу, 80 г/л ципроконазолу + 50 г/л пропіконазолу, 80 г/л ципроконазолу + 200 г/л азоксистробіну, 30 г/л ципроконазолу + 125 г/л пропіконазолу + 100 г/л азоксистробіну, 83,33 г/л солатенолу + 66,67 г/л ципроконазолу + 208,33 г/л пропіконазолу, 100 г/л дифеноконазолу + 250 г/л тебуконазолу, 150 г/л адепідину + 125 г/л пропіконазолу, інсектициди на основі 50 г/л лямбда-цигалотрину, 141 г/л тіаметоксаму +106 г/л лямбда-цигалотрину, 250 г/кг тіаметоксаму, 400 г/л хлорпірифосу + 20 г/л біфентрину.

Висновки. Порівняльний аналіз вищезазначених програм захисту пшениці дозволив встановити такі тренди: 1) збільшення частки комбінованих препаратів на основі двох, трьох чи навіть чотирьох діючих речовин; 2) поява нових діючих речовин (седаксан, галауксифен-метил, амінопіралід, адепідин, солатенол); 3) поява нових комбінацій діючих речовин та/або із зміненням їх концентрацій в пестицидній формуляції. Вищезазначене вимагає постійного динамічного контролю та наукової оцінки відповідних ризиків для стейкхолдерів.

РОБОЧЕ НАПРУЖЕННЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ХІРУРГІВ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ

Бобко Н.А., Довгопола С.П., Яворський Є.Є.

*Державна установа "Інститут медицини праці імені Ю.І.Кундієва
Національної академії медичних наук України"*

Згідно з чинними Держаними санітарними нормами та правилами "Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу", напруженість праці хірургів лікарні швидкої допомоги оцінюється за найвищим класом шкідливості (3.3) - за рахунок значних емоційних та інтелектуальних навантажень і режиму праці, що припускає добові чергування з роботою в нічні години. У відповідь на зростання поточного робочого напруження, інтенсивність фізіологічних процесів може підвищуватися до певної межі, після чого розвивається виснаження фізіологічних ресурсів, що

може мати особливо негативні наслідки в професіях, в яких людина не має права на помилку.

Дослідження показують, що зростання робочого напруження супроводжується підвищенням фізіологічної ціни виконання діяльності при нерівномірному навантаженні на різні фізіологічні системи та органи хірургів. Ряд параметрів демонструє лінійну залежність від рівня напруження, інший ряд параметрів - параболічну, певні параметри статистично достовірної ($p < 0,05$) залежності не виявляють. При цьому, кількість хворих, яких лікар веде в палатах від операції до виписки з лікарні, виявлено як статистично значущий чинник у формуванні робочого напруження лікарів ($r = 0,27$, $p < 0,04$).

Зростання робочого напруження в умовах добових чергувань супроводжується погіршенням самопочуття хірургів на рівні психічного стану, відсуненням на другий план власних особистісних потреб, збільшенням скарг на стан здоров'я, індексів ризиків здоров'ю та формування хронічних захворювань, збільшенням темпів старіння системи кровообігу ($p < 0,05$). Середньозмінний приріст систолічного АТ поступово змінюється від від'ємного до позитивного ($p < 0,01$).

Виявлені параболічні зміни базових психофізіологічних функцій ($p < 0,05$) - з порушенням принципу домінантності однієї з півкуль у функціонуванні головного мозку та збільшенням нестабільності в оцінці часових інтервалів при робочому напруженні нижчому за середнє, яке являло собою перехідний період адаптації до підвищення робочого напруження від найнижчого до середнього та вищого рівня. Цей перехідний період супроводжувався погіршенням реалізації пам'яті та уваги при зростанні розумового робочого напруження, і не супроводжувався такими змінами при зростанні фізичного робочого напруження.

Виявлені параболічні зміни інтенсивності кровопостачання головного мозку та обміну речовин з їх найкращими характеристиками при середньому робочому напруженні і найгіршими - при високих його рівнях.

В той же час, з поліпшенням якості нічного сну напередодні добового чергування у хірургів знижувалося відчуття фізичного ($p < 0,012$) та розумового ($p < 0,053$) робочого напруження при виконанні посадових обов'язків, що показує значення сну як природного механізму протидії несприятливим наслідкам напруженої праці в умовах добових чергувань.

В цілому, зростання робочого напруження до рівня вище середнього супроводжується несприятливими змінами у фізіологічному забезпеченні професійної діяльності та самопочутті хірургів, роблячи внесок у їхнє прискорене біологічне старіння. Це свідчить про необхідність розробки спеціальних режимів праці і відпочинку хірургів, що працюють в умовах добових чергувань, для полегшення їхньої адаптації, збереження здоров'я, працездатності і подовження професійного довголіття. Особливу увагу при цьому слід приділяти гігієні сну - як природному механізму протидії несприятливим наслідкам напруженої праці хірургів.