

препарат нуклеотидів парентерально (в/м) в дозі 3 мл один раз на добу кількістю 10 ін'єкцій, починаючи з 3 доби лікування.

Проводили суб'єктивне оцінювання больового синдрому з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ). Враховували порушення тактильної, температурної, больової чутливості нижньої губи та підборіддя, а також порушення мандибулярного рефлексу. Дослідження чутливості тканин області підборіддя, нижньої губи на стороні ушкодження і симетричної сторони проводили за допомогою сенсорних тестів.

Результати дослідження. Обстеження хворих проводили за період лікування тричі: на момент початку лікування, на 7 добу та на 14 добу. І в основній групі, і в групі порівняння показники ВАШ мали тенденцію до зниження, але неоднаково в обох групах. В основній групі на час поступлення на лікування показники майже не відрізнялись від таких в групі порівняння ($p > 0,05$); на 7 добу вони були нижчими у 1,15 рази ($p < 0,05$); на момент виписки (14 доба) показники ВАШ були у 2,9 рази меншими від таких у групі порівняння ($p < 0,001$).

Виявлено регрес порушення тактильної, температурної та больової чутливості в обох групах. В групі порівняння відновлення тактильної, температурної та больової чутливості, а також мандибулярного рефлексу проходило повільно і за період спостереження суттєво не змінилось. В основній групі на 14 добу достовірність різниці показників тактильної чутливості була менша від такої в групі порівняння у 2,68 рази, температурної – у 2,83 рази, больової – у 2,3 рази; величина порушення мандибулярного рефлексу – у 2,76 рази ($p < 0,001$).

Висновки. Можна стверджувати, що препарат нуклеотидів мінімізує порушення мандибулярного рефлексу в зоні іннервації. Разом з цим, значно зменшує інтенсивність проявів усіх видів порушення чутливості в зоні іннервації нижньоальвеолярного нерва, пришвидшує регрес больового синдрому в період лікування. Саме тому, використання препарату нуклеотидів є виправданим в комплексній терапії переломів нижньої щелепи, які супроводжуються посттравматичними невритами нижньоальвеолярного нерва.

ЧОТИРИ НАПРУЖЕННЯ ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ СОЮЗІ

Харченко Н.В.¹, Харченко О.В.²

¹Полтавський державний медичний університет

²Полтавський державний педагогічний університет імені В.Г. Короленка

Європейський Союз виконує свої зобов'язання щодо розробки та впровадження політики охорони здоров'я, зобов'язань, які випливають насамперед із його компетенції, щодо створення внутрішнього ринку ЄС.

Роблячи це, ЄС стикається з чотирма важливими напруженнями. *Перша* стосується співвідношення між національними та міжнародними

питаннями. Протягом історії загрози громадському здоров'ю виходили за межі національних кордонів, спочатку у формі інфекційних захворювань, а останнім часом у формі торгівлі небезпечними товарами, такими як тютюн. Проте, враховуючи відсутність відповідної міжнародної архітектури, відповіді були значною мірою розроблені та впроваджені на національному рівні. Це почало змінюватися лише в другій половині дев'ятнадцятого століття, коли серія міжнародних санітарних конференцій розпочала процес, який з часом призвів до створення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Проте навіть зараз міжнародна система охорони здоров'я залишається державною моделлю, яка передбачає взаємодію між визначеними державою суб'єктами, хоча й через інститути, засновані в міжнародному праві.

Суть цієї напруженості полягає в тому, що ЄС не є ні міжнародною організацією охорони здоров'я, ні державою. ЄС не вистачає експертних знань, ресурсів та досвіду в галузі охорони здоров'я, таких як у міжнародних організацій: Всесвітня організація охорони здоров'я, Світовий банк чи ЮНІСЕФ. Йому також не вистачає спроможності держави, зокрема фінансових та людських ресурсів, яка б дозволила проводити політику охорони здоров'я. ЄС не є ані державою, ані звичайною міжнародною організацією, але його часто називають «наднаціональним» органом. Однак «наднаціональне громадське здоров'я» не є розробленим або визнаним поняттям. В деяких аспектах ЄС діє або намагається діяти так, ніби він є міжнародною організацією охорони здоров'я. В інших аспектах ЄС діє або намагається діяти так, ніби він є державою. Загалом, неможливо розрізнити відмінну всеохоплюючу «наднаціональну» модель охорони здоров'я, яка б застосовувалася до ЄС. Швидше, з'являється низка частково пов'язаних законів і політик ЄС, які мають різний вплив на здоров'я населення.

Друга напруженість стосується концепції субсидіарності. Договір про ЄС встановив набір зобов'язань для інституцій ЄС щодо охорони та зміцнення здоров'я населення, але також чітко вказує, що організація та надання медичних послуг є обов'язком держав-членів, а не ЄС. Проте, хоча громадське здоров'я та охорона здоров'я є окремими сферами політики в законодавстві ЄС, на практиці вони нерозривно пов'язані між собою. Заходи громадського здоров'я можуть зменшити тягар хвороб, який лягає на системи охорони здоров'я, прикладом якого є вражаюче зниження захворювань, пов'язаних з курінням, у багатьох країнах за останнє десятиліття, тоді як зміцнення здоров'я є основною функцією системи охорони здоров'я. У практичному плані це може ускладнити визначення того, що входить, а що не входить до сфери дії законодавства ЄС.

Третя напруженість — між обов'язковою підтримкою здоров'я населення та наслідками власної правової системи ЄС, особливо тими елементами, які створені для формування внутрішнього ринку, в рамках якого «фактори виробництва» переміщуються вільно.



Рис. 1 Фактори виробництва.

Вільна торгівля на внутрішньому ринку є ключовим каменем правового порядку ЄС, на якому спираються процеси європейської інтеграції. Найвищі та прямо ефективні положення законодавства ЄС (внутрішнього ринку) дають змогу оскаржувати обмеження на вільне пересування товарів і людей у межах ЄС у національних судах. Проте з самого початку було визнано, що вільна торгівля, на якій було побудовано тодішнє Європейське економічне співтовариство, неминуче має включати заходи для подолання ризиків для здоров'я населення.

Мікроорганізми використовували торговельні шляхи з найдавніших днів, прикладом яких є поширення по всій Європі Чорної смерті в 1348 році. Протягом історії швидкість поширення епідемії інфекційних захворювань була обмежена лише транспортними засобами, доступними на той час. Коні та вітрильні кораблі поступилися місцем літакам, тож, зараз інфекції можуть охопити земну кулю за кілька годин. Принаймні з часів Венеціанської республіки, яка запровадила систему, відому як карантин, згідно з якою кораблі чекали за межами портів протягом сорока днів, щоб переконатися, що вони не хворіють, 5 урядів намагалися збалансувати переваги вільної торгівлі та ризики епідемій. В ЄС це балансування відбувається в рамках законів про внутрішній ринок.

Четверта напруженість виникає через ситуацію в Європейській комісії, коли один Генеральний директорат (Генеральний директорат з питань охорони здоров'я та захисту прав споживачів) несе особливу відповідальність за охорону здоров'я, але багато політики, які, можна вважати, безпосередньо мають відношення до громадського здоров'я, розташовані в інших місцях, часто відображаючи інші пріоритети та підкріплюючись різними цінностями. Наприклад, хоча залежність від наркотиків була єдиним із «головних лих для здоров'я», які були зазначені в Маастрихтському договорі, політика ЄС щодо незаконних наркотиків була розроблена в рамках його політики щодо «свободи, безпеки та справедливості».

Хоча створення окремого Генерального директорату, відповідального за охорону здоров'я населення, було частково відповіддю на неспроможність Комісії забезпечити безпеку харчових продуктів після появи губчастої енцефалопатії великої рогатої худоби, відповідальність за безпечність харчових продуктів тепер покладається на Європейський продовольчий орган. Агентство безпеки в Пармі.

Охорона здоров'я та безпека, які також, як можна очікувати, входять до компетенції Генерального директорату, відповідального за охорону здоров'я, натомість охоплюється Генеральним директоратом із зайнятості, соціальних питань та рівних можливостей із широким залученням Європейського агентства з охорони здоров'я та безпеки праці, розташованого в Більбао, та Європейського фонду покращення умов життя та праці, розташованого у Дубліні.

Більше того, ЄС має давню екологічну політику з значним корпусом екологічного законодавства, що стосується таких питань, як якість повітря та води, видалення відходів та шумове забруднення, усі з яких мають прямі наслідки для здоров'я населення, але підпадають під дію егіди Генерального директорату з навколишнього середовища, ядерної безпеки та цивільного захисту.

Дослідження в галузі охорони здоров'я, основним спонсором яких зараз є Європейський Союз, є відповідальними за Генеральний директорат з науки, досліджень і розробок, тоді як ЄВРОСТАТ збирає послідовну в Європі інформацію про здоров'я та його детермінанти. Відповідальність за кордони Європейського Союзу, життєво важливий захист від контрабанди наркотиків і тютюну, покладається на Генеральний директорат з питань юстиції, свободи та безпеки.

Спільна сільськогосподарська політика ЄС справляє значний вплив на харчування – і, таким чином, на здоров'я – європейців, заохочуючи споживання м'яса та молочних продуктів, а не фруктів та овочів у результаті стимулів, розроблених спочатку, коли Європа стикалася з проблемою можливого голоду, а не надлишку пропозиції. Проте, хоча частка європейської робочої сили, зайнятої в сільському господарстві, є часткою від того, що було колись, аграрна політика залишається зосередженою на задоволенні потреб постачальників, а не споживачів, під керівництвом Генерального директорату сільського господарства та розвитку сільських районів.