

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
фармацевтичний факультет
кафедра соціальної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА В
УКРАЇНІ»**

Виконав: здобувач вищої освіти групи 226Ф 23Фм(2,6з)–01
спеціальності 226 Фармація, промислова фармація
освітньо-професійної програми Фармація

Сергій БОРОВЕЦЬ

Керівник: професор закладу вищої освіти кафедри
соціальної фармації, д. фарм. н., професор
Алла КОТВІЦЬКА

Рецензент: завідувач кафедри менеджменту, маркетингу та
забезпечення якості у фармації, д. фарм. н., професор
Володимир МАЛІЙ

Харків – 2026 рік

АНОТАЦІЯ

У роботі представлені результати аналізу стану фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні. Наведені результати комплексного дослідження рецептурного відпуску препаратів, які призначалися зазначеним хворим за державною програмою «Доступні ліки» в Україні та по різних її регіонах. Робота представлена на 52 сторінках та складається із 3-х розділів, загальних висновків, 35 джерел літератури. Результати досліджень проілюстровані 11 рисунками та 7 таблицями.

Ключові слова: державна програма «Доступні ліки», протипаркінсонічні препарати, фармацевтичне забезпечення неврологічних хворих, хвороба Паркінсона.

ANNOTATION

The paper presents the results of an analysis of the state of pharmaceutical provision for patients with Parkinson's disease in Ukraine. The results of a comprehensive study of the prescription dispensing of drugs prescribed to the above patients under the state program "Affordable Medicines" in Ukraine and its various regions are presented. The paper is presented on 52 pages and consists of 3 sections, general conclusions, 35 sources of literature. The research results are illustrated by 11 figures and 7 tables.

Key words: state program «Affordable Medicines», anti-Parkinson drugs, pharmaceutical support for neurological patients, Parkinson's disease

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ I ХВОРОБА ПАРКІНСОНА – АКТУАЛЬНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Хвороба Паркінсона – історичні аспекти, характеристика симптомів та особливостей протікання патологічного процесу	9
1.2. Організація медичного та фармацевтичного забезпечення осіб з хворобою Паркінсона	14
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ	17
РОЗДІЛ II АНАЛІЗ СТАНУ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ	19
2.1. Дослідження показників поширеності хвороби Паркінсона в світі за географічними зонами ВООЗ	19
2.2. Результати порівняльного аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона та середньої тривалості життя у різних країнах світу та в Україні	22
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ	29
РОЗДІЛ III ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ХВОРОБОУ ПАРКІНСОНА В УКРАЇНІ	32
3.1. Аналіз стану відпуску ліків, які застосовуються у лікуванні хвороби Паркінсона в Україні за е-Рецептами	32
3.2. Дослідження рецептурного відпуску ЛЗ для пацієнтів на хворобу Паркінсона за е-Рецептами за адміністративно-територіальними одиницями країни у динаміці років	36

(2023-2025 рр.)

- 3.3. Порівняльний аналіз стану забезпечення ліками пацієнтів з хворобою Паркінсона за е-Рецептами в Україні у різних регіонах 43

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ 48

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ 52

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 53

ДОДАТКИ 57

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗ – аптечний заклад

АР Крим – Автономна Республіка Крим

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЄС – Європейський Союз

КМУ – Кабінет Міністрів України

ЛЗ – лікарський засіб

МНН – міжнародна непатентована назва

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба охорони здоров'я

НФаУ – Національний фармацевтичний університет

ПМГ – Пакет медичних гарантій

СМТ – селища міського типу

ТОТ – тимчасово окуповані території

ЦНС – центральна нервова система

АТС – Anatomical Therapeutic Chemical Classification System

ВСТУП

Актуальність теми. За умов планомірного старіння населення світу питання організації ефективного медичного та фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона набуває особливої актуальності та соціально-економічного значення [8,27,29,33]. Організація доступної фармакотерапії пацієнтів з хворобою Паркінсона потребує залучення чималих ресурсів, які акумулюються державою у вигляді певних цільових програм або суспільних фондів [8,10,26]. Розробка раціональних моделей використання зазначених ресурсів потребує постійного моніторингу стану медичного та фармацевтичного забезпечення неврологічних хворих. Означене й обумовило актуальність проведення наших досліджень. Слід зазначити, що особливої актуальності окреслена вище проблема набуває за умов воєнного стану в Україні, а також значної залежності національної системи охорони здоров'я від дії факторів зовнішнього середовища.

Мета дослідження: аналіз стану фармацевтичного забезпечення осіб з хворобою Паркінсона в Україні.

Завдання дослідження: здійснити аналіз, систематизацію та узагальнення даних спеціальної літератури з питань етіології, патогенезу, симптомів хвороби Паркінсона; проаналізувати сучасний асортимент препаратів, які використовуються у лікуванні зазначеної групи хворих неврологічного профілю; дослідити стан епідеміологічної ситуації з хвороби Паркінсона у географічних зонах та підзонах, які представлені на офіційному сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ); провести порівняльний аналіз показників поширеності хвороби Паркінсона та середньої тривалості життя у різних країнах світу, у т. ч. в Україні та зробити відповідні висновки; за даними аналізу даршборді Національної служби охорони здоров'я України (НСЗУ) у реальному часі здійснити комплексний аналіз стану фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні; здійснити порівняльний аналіз стану фармацевтичного

забезпечення зазначеної групи неврологічних хворих у різних регіонах України, які мають рівний рівень безпекової ситуації для населення за умов воєнного стану в країні; за результатами аналізу, систематизації та узагальнення результатів проведених досліджень надати комплексну характеристику процесу фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні та окреслити відповідні рекомендації з підвищення рівня ефективності розвитку процесу, які досліджувався у відповідності до окресленні мети кваліфікаційної роботи.

Об'єкт дослідження: система фармацевтичного забезпечення неврологічних хворих, насамперед, з хворобою Паркінсона в Україні.

Предмет дослідження: дані спеціальної (закордонної та вітчизняної) літератури з окресленої тематики; нормативно-правова база, в якій висвітлюються питання організації надання пацієнтам з хворобою Паркінсона медичної та фармацевтичної допомоги; дані епідеміології хвороби Паркінсона, які представлені на офіційному сайті ВООЗ за різними країнами світу, а також у відповідності до їх приналежності до географічних зон та підзон ВООЗ; показники середньої тривалості життя у різних країнах світу; статистичні дані НСЗУ, які дозволяють оцінити стан організації фармацевтичного забезпечення хворих, які досліджуються у реальному часі в цілому по країні та у розрізі різних регіонів, що відрізняються різним рівнем безпекової ситуації за умов воєнного стану; дані обсягів реалізації протипаркінсонічних лікарських засобів (ЛЗ) в світі.

Методи дослідження: загальнотеоретичні (історичний, графічний, аналітичний, контент-аналіз, графічний, порівняльний тощо), а також прикладні, які використовуються в організаційно-економічних дослідженнях у фармації (економічний, маркетинговий, епідеміологічний та інші). Обробка статистичного матеріалу здійснювалась за допомогою стандартних пакетів математичного аналізу та відповідного програмного забезпечення.

Практичне значення отриманих результатів. Представлені результати можуть бути використанні у формуванні рекомендацій щодо

підвищення рівня ефективності фармацевтичного обслуговування осіб з хворобою Паркінсона в Україні за державними програмами або за Пакетами медичних гарантій (ПМГ) у відповідності до її регіонального розподілу.

Елементи наукових досліджень. іперше було проведено епідеміологічний аналіз поширеності хвороби Паркінсона по різних зонах та підзонах ВООЗ, а також групах країн, що мають різний рівень соціально-економічного розвитку. Крім цього, за даними аналізу комплексу показників здійснено дослідження стану фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні, у т. ч. з урахуванням її регіонального розподілу та стану безпекової ситуації за умов воєнного стану.

Апробація результатів дослідження та публікації. Результати проведених прикладних досліджень були представлені на VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю «Формування національної лікарської політики: питання освіти, теорії», яка проходила 27 листопада 2025 року на кафедрі соціальної фармації Національного фармацевтичного університету (НФаУ) [7]. Відповідні матеріали наведені у додатках до роботи.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота представлена на 52 сторінках машинописного тексту та містить перелік скорочень, вступ, три розділа й загальні висновки. Кожен розділ роботи містить основні висновки за результатами проведених досліджень. Результати проведених досліджень проілюстровані 11 рисунками та 7 таблицями. Перелік використаних джерел містить 35 позицій.

РОЗДІЛ І

ХВОРОБА ПАРКІНСОНА – АКТУАЛЬНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Хвороба Паркінсона – історичні аспекти, характеристика симптомів та особливостей протікання патологічного процесу

З 1997 року у всьому світі відмічається День боротьби з хворобою Паркінсона. Цей рік став одним із важливіших у формуванні гуманістичного відношення суспільства до таких пацієнтів [2,10,27]. Ініціатором цього заходу стала ВООЗ, Європейська асоціація хвороби Паркінсона [7,8,33]. За результатами спільної роботи двох впливових міжнародних організації була розроблена «Хартія прав людей з хворобою Паркінсона», а символом боротьби з цим тяжким психоневрологічним захворюванням став тюльпан [2]. Всесвітній День боротьби з хворобою Паркінсона відмічають 11 квітня [2].

У відповідності до змісту зазначеної Хартії хворі повинні мати наступні права:

- знати свій діагноз, ступінь важкості та особливості протікання патології;
- мати вільний доступ до кваліфікованої медичної допомоги, яка включає діагностику, необхідні консультації щодо проведення лікування та до ефективних ЛЗ;
- мати можливість користуватися послугами, які надають соціальні служби мало мобільним хворим у суспільстві, у т. ч. за умов постійного патронату;
- разом з лікарем та фармацевтом брати активну участь в організації ефективного лікування, реабілітації та підтримки необхідної якості життя та її покращення;

- мати право на покращення умов лікування та проживання у суспільстві та не бути дискримінованим за фактом наявності хвороби;
- брати участь за бажанням у проведенні наукових досліджень, які проводяться з метою розробки та впровадження інноваційних методів лікування хвороби Паркінсона [17,27-29,30].

У класичному визначенні хвороба Паркінсона постає, як важкий та складний за патогенезом розлад, що уражає, перш за все, центральну нервову систему людини (ЦНС) [8,18,25]. Як свідчать дані спеціальної літератури, вперше науковий опис цього захворювання було зроблено у 1817 р. Джеймсом Паркінсоном [14,30]. Тому, з повною мірою відповідальності можна стверджувати, що саме з 19 століття починається розвиток наукових знань про цю патологію [8,14,30]. У цей період також розпочинається використання антихолінергічних препаратів у лікуванні хворих з тією ж симптоматикою, яка була описана ще Джеймсом Паркінсоном симптоматикою [13,19,33].

Важливе значення у формуванні наукового бачення розвитку, протікання та методів лікування хвороби Паркінсона мали роботи французького вченого Жан-Мартен Шарко [14,33]. Представники наукової школи доктора Шарко досліджували спектр симптоматичних проявів хвороби Паркінсона, сприяли поширенню цієї інформації серед європейської фахової спільноти, займалися вдосконаленням основних методів лікування пацієнтів. Крім цього, під керівництвом доктора Шарко було визначено наявність двох прототипів патології та був зроблений деталізований опис тих змін, які відбуваються у суглобах хворих, а також дизавтономії та больового синдрому [18,20,33]. Слід зазначити, що саме доктор Шарко запропонував науковій спільноті використовувати термін «хвороба Паркінсона» [14,33].

Бурхливий розвиток медицини, фармації, біології та хімії, який спостерігався на початку ХХ століття сформував підґрунтя задля активного

розвитку знань про хворобу Паркінсона. Так, у 60-х роках минулого століття науковці вже знали, у разі розвитку цієї хвороби спостерігається низький рівень дофаміну у головному мозку людини, а у наслідок незворотних змін спостерігаються дегенеративні зміни у клітинах ЦНС [12,13,19,25]. Ці висновки призвели до появи у 1960 році нового препарату на фармацевтичному ринку, а саме Левадопи, який є агоністам дофаміну людини [23]. Слід зазначити, що незважаючи на той факт, що ринок протипаркінсонічних ЛЗ у минулому столітті розвивався досить активними темпами, Левадопа й сьогодні залишається одним із затребуваних у неврології препаратом. Так, наприклад, цей препарат входить до складу ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державною програмою. «Доступні ліки» в Україні [3].

За результатами систематизації даних спеціальної літератури можна стверджувати, що у світі відсутня єдина теорія виникнення хвороби Паркінсона [8,22,27-29,35]. Деякі питання розвитку цієї важкої неврологічної патології досить глибоко вивчені, але це не дало можливості сформувати цілісну теоретичну базу стосовно оцінки ризиків та причин виникнення хвороби Паркінсона [8,25,33,35].

У літературі зустрічаються дані про вплив хронічного дефіциту фолієвої кислоти та вітамінів В та D на виникнення цієї патології. Так, у 70,0% людей, які потім захворіли спостерігався дефіцит вітамінів [22,27,29,35]. Особлива роль у патогенезі хвороби Паркінсона відводиться дефіциту фосфору, кальцію у крові пацієнтів, а також поліненасиченим жирним кислотам [22,35]. Залишається також актуальним й дослідження впливу паління, хронічного стресу на ЦНС людини, яка у поважному віці може захворіти на це захворювання [22,27,28,35].

Характеристика основних симптомів хвороби Паркінсона наведена у таблиці 1.1. Умовно їх можна розділити на основні та інші (соматичні), а також на порушення з боку психіки та когнітивних функцій.

**Аналіз основних симптомів, які спостерігаються при хворобі
Паркінсона [12,13,19,25,35]**

Симптомокомплекс	Характеристика симптомів
Основні прояви патології	<p>Тремор спокою спостерігається приблизно у 75,0% пацієнтів. Має місце гіпокінезія та брадикінезія. У результаті підвищеного тону м'язів у пацієнтів спостерігається складний симптомокомплекс. У відповідності до рівня ригідності тремор у хворих може мати постійний або ритмічний характер проявів. У разі постійної ригідності м'язів спостерігається ригідність за типом «свинцевої труби» або «зубчастого колеса» [18,25]. Пацієнти мають характерний вигляд, так їх голова нахилена вперед, коліна та лікті напівзігнуті, спина згорблена. Гіпокінезія у пацієнтів проявляється у вигляді слабкості рухів (акінезія), а також може спостерігатися їх сповільнення (брадикінезія). Здебільшого у хворих міміка збідніла, спостерігається маскоподібне обличчя, а мова має монотонний характер. Аналіз письмових навичок дає змогу стверджувати про їх уповільнення, втрачання особистої графіки у написанні літер. Здебільшого літери зменшуються (мікрографія) та мають нерозбірливий та неохайний вигляд [12,13,25].</p>
Інші прояви хвороби (соматичні)	<p>Спостерігається біль у м'язах, хворі мають незвичайну на вигляд позу та схильні до падіння. У симптоматиці присутні ознаки дегенеративних порушень функції ЦНС, а також її периферійних відділів. Спостерігаються закрепи, імпотенція, ортостатична гіпотензія, а також різні порушення акту сечовипускання. Ці симптоми призводять до розвитку супутніх патологій, які у разі відсутності ефективного лікування переходять у хронічну форму.</p>

<p>Порушення психіки та когнітивних функцій</p>	<p>З боку психіки можуть спостерігатися перепади настрою, плаксивість, порушення акту ковтання, агресивність у поведінці тощо. Можуть втрачатися навички до навчання, спостерігаються порушення нюху. Приблизно у 50,0-60,0% хворих присутні клінічні ознаки депресії, апатії, тривоги тощо [12,13,19]. Більшість пацієнтів мають постійні розлади поведінки, спостерігаються порушення швидкої фази сну. У разі відсутності ефективного лікування або розвитку важких форм патології хворі мають ознаки розвитку деменції (від 25,0 до 35,0% пацієнтів) [19,25]. Важкі психіатричні порушення поведінки можуть проявлятися у вигляді галюцинацій. Слід зазначити, що вищезазначені симптоми порушення когнітивної сфери можуть також пов'язані зі комбінованим споживанням ЛЗ [16,19,25,35] упродовж тривалого терміну часу. У таких випадках консультація невролога або іншого фахівця (психіатра, психолога, терапевта тощо) є важливою складовою в організації ефективного лікування пацієнтів.</p>
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Слід зазначити, що у кожного пацієнта зазначені симптоми мають різний рівень інтенсивності розвитку [12,13,19]. Цей факт повинен бути врахований у разі призначень протипаркінсонічних ЛЗ [25,35].

Незважаючи на значні успіхи сучасної науки питання підвищення ефективності лікування пацієнтів з хворобою Паркінсона залишається актуальним для всіх, без виключення національних систем охорони здоров'я. Особливо це стосується тих країн, в яких питома вага (%) людей похилого віку планомірно зростає у загальній структурі населення [29,35].

Важливе значення у вирішенні цієї проблеми відводиться фармацевтичному ринку, на якому представлені одночасно інтереси, як виробників, так й споживачів медичної та фармацевтичної допомоги.

За умов посилення комерційного впливу на суб'єктів господарювання, які представлені на фармацевтичному ринку держава повинна регулювати питання фізичної та соціально-економічної доступності ЛЗ, що застосовуються у лікуванні пацієнтів з хворобою Паркінсона. Прикладом такого успішного регулювання є державна програма «Доступні ліки», яка була запроваджена в Україні з 01.04.20217 р., а з 2023 р. запрацювала й для пацієнтів з хворобою Паркінсона.

1.2. Організація медичного та фармацевтичного забезпечення осіб з хворобою Паркінсона

Застосування упродовж тривалого часу протипаркінсонічних препаратів потребує значних ресурсів, які здебільшого формуються державою або суспільством [8,10,26,34]. У спеціальній літературі представлені дані, що витрати на лікування одного пацієнта з хворобою Паркінсона у світі коливаються у досить широкому діапазоні. Так, наприклад у США та Великобританії вони дорівнюють 28815,0 та 22800,0 дол США на одного пацієнта відповідно, а у Канаді та Чехії цей показник складає 6822,0 та 7439,0 дол. США [8]. При цьому, фахівці відмічають, що лєвова частка витрат, які обумовлені наданням пацієнтам медичної та фармацевтичної допомоги припадає на непрямі витрати [8,26,34]. Перш за все, це організація патронату таких хворих, комплекс реабілітаційних послуг, санітарне та курортне обслуговування тощо [8,10,34].

У лікуванні осіб з хворобою Паркінсона використовується препарати, які представлені за класифікаційною системою Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC) у групі N04-Протипаркінсонічні засоби [9,17,26].

Таблиця 1.2.

**Аналіз ЛЗ за МНН, які використовуються у лікуванні хвороби
Паркінсона [9, 17,26]**

Код препаратів за АТС класифікаційній системі	Назва препарата за МНН	DDD
N04 B-Допамінергічні засоби		
N04BA -ДОФА (діоксифенілаланін) та його похідні		
N04BA02	Леводопа + карбидопа	0,6 г
N04BA02	Леводопа + бенсеразид	0,6 г
N04BA03	Леводопа + карбидопа + ентакапон	0,45 г
N04BC-Антагоністи дофаміну		
N04BC04	Ропінірол	6,0 мг
N04BC05	Праміпексол	2,5 мг
N04BC07	Апоморфін	20 мг
N04BC08	Пірибедил	0,2 г
N04BX-Інші допамінергічні засоби		
N04BX01	Толкапон	0,45 г
N04BX02	Ентакапон	1,0 г
N04BD-Інгібітори моноаміноксидази типу В		
N04BD01	Селегілін	5,0 мг
N04BD02	Разагілін	1,0 мг
N04BB-Похідні адамантану		
N04BB01	Адамантан	0,2 г
N04A-Антихолінергічні засоби		
N04AA - Третинні аміни		
N04AA01	Тригексифенідил	10 мг
N04AA02	Біпериден	10 мг

У відповідності до різних рівнів класифікаційної системи АТС вони розподіляються на декілька підгруп, що наведені у таблиці 1.2.

За даними моніторингових компаній, які займаються дослідженням світового фармацевтичного ринку обсяг реалізації протипаркінсонічних препаратів може досягнути до 2030 року вже 9,2 млрд дол. США [21,23]. За даними 2024 р. зазначений показник складає 5,6 млрд дол США. Таким чином, прогнозований приріст показника обсягу реалізації ЛЗ, які застосовуються у терапії хвороби Паркінсона у 2023 пр., порівняно з даними 2024 р. складає 64,29%. Очікується, що у 2025 р. у світі буде реалізовано протипаркінсонічних препаратів на суму 6,7 млрд дол США [21,23]. Зростання кількості людей похилого віку у демографічному профілі країн буде, на думку аналітиків фармацевтичного ринку, активно сприяти розширенню сегменту протипаркінсонічних ЛЗ [21,29,35].

В Україні медичне та фармацевтичне обслуговування осіб з діагнозом хвороба Паркінсона здійснюється за відповідним ПМГ, а з 2023 р. за державною програмою «Доступні ліки» [1, 3]. Сімейний лікар або терапевт виписує направлення до невролога або до інших спеціалістів, які необхідні задля постановки та підтвердження відповідного діагнозу.

За цією програмою хворі можуть безкоштовно або з невеликою доплатою отримати шість торгових найменувань препаратів за такими міжнародними непатентованими назвами (МНН):

- біпериден (Biperiden);
- леводопа + Карбидопа (Levodopa + Carbidopa) [1,3].

Медичне обслуговування осіб з хворобою Паркінсона здійснюється безкоштовно, за рахунок держави за такими ПМГ:

- профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах (повний комплекс діагностичного обслуговування та можливість лікування в амбулаторних умовах, направлення на консультації до інших фахівців);

- стаціонарна допомога дорослим і дітям без проведення хірургічних операцій (лікування у спеціалізованих закладах охорони здоров'я за основним діагнозом або супутніх патологій);
- хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» (у разі необхідності) [1,3].

У наслідок воєнних дій, а також за умов зовнішньої та внутрішньої міграції населення в Україні кількість пацієнтів з хворобою Паркінсона точно встановити досить важко. Це досить серйозна проблема, враховуючи той факт, що будь-яке планування в охороні здоров'я повинна базуватися на достовірній статистичній базі. Незважаючи об'єктивні труднощі у різних регіонах країни особи з симптомами, які характерні для хвороби Паркінсона можуть звертатися до будь-якого закладу охорони здоров'я, що уклав договір з НСЗУ та отримати необхідну медичну та фармацевтичну допомогу.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

1. На даний час у світовій неврології відсутня єдина думка або теорія, яка б пояснювала причини виникнення хвороби Паркінсона. З середини минулого століття активні дослідження у медицині та фармації призвели до появи нових препаратів, які дозволили суттєво покращити стан пацієнтів з хворобою Паркінсона, але ця патологія й зараз є невиліковною.
2. Аналіз та систематизація даних дозволила визначити основні, інші (соматичні) симптоми хвороби Паркінсона, а також психічні порушення, які спостерігаються у вказаній групі неврологічних пацієнтів.
3. За даними систематизації даних спеціальної літератури можна стверджувати, що хвороба Паркінсона є актуальною проблемою національних систем охорони здоров'я, бо лікування таких пацієнтів потребує чималих ресурсів. Підвищення ефективності лікування хворих має не тільки важливе медико-фармацевтичне значення, а й соціально-економічне значення.

4. Важливою проблемою в організації медичного та фармацевтичного забезпечення осіб з хворобою Паркінсона є висока вартість їх лікування та соціальної реабілітації. На лікування, соціальну реабілітацію та психологічну підтримку упродовж всього життя суспільство витрачає значні ресурси. Науковцями доведено, що у структурі витрат значна питома вага (%) припадає на непрямі медичні та немедичні витрати.

5. Фармакотерапія хвороби Паркінсона передбачає використання ЛЗ, які відносять до групи N04-Протипаркінсонічні засоби. Обсяг реалізації цих препаратів на світовому ринку у 2024 р. дорівнював 5,6 млрд дол США. Очікується, що у 2025 р. цей показник може дорівнювати 6,7 млрд дол США, таким чином приріст показника ставить 19,64%.

6. За даними аналізу звіті міжнародних моніторингових компаній встановлено, що сегмент протипаркінсонічних ЛЗ вважається таким, який активно розвивається, незважаючи на фінансово-економічні труднощі останніх п'яти років. Вже до 2023 р. на фоні планомірного зростання кількості людей похилого віку у світі обсяг реалізації протипаркінсонічних ЛЗ може досягти значення 9,2 млрд дол США.

РОЗДІЛ II

АНАЛІЗ СТАНУ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

2.1. Дослідження показників поширеності хвороби Паркінсона в світі за географічними зонами ВООЗ

Перманентне збільшення питомої ваги людей похилого віку у загальній структурі населення країн обумовлює необхідність перегляду існуючих підходів до організації медичного та фармацевтичного забезпечення населення в національних системах охорони здоров'я. Фахівці прогнозують, що до кінця 2030 року кількість людей, які хворіють на психоневрологічні патології буде стрімко збільшуватися, у порівнянні з даними початку століття [29,31]. За даними прогнозів у 2024 р. загальносвітовий показник поширеності хвороби Паркінсона може становити 14,2 млн осіб [20,29,33,35]. Вже до 2050 р. хвороба Паркінсона стане однією з найактуальніших проблем національних систем охорони здоров'я, враховуючи наявність перманентної тенденції до змін у віковій структурі населення світу [17,29,35].

Наявність зазначеної тенденції призводить до появи дефіциту у ресурсному забезпеченні систем ОЗ та обумовлює необхідність пошуку нових напрямків ранньої профілактики різних форм деменцій та хвороби Паркінсона. Вирішення цієї проблеми потребує зусиль широкого спектру фахівців, в т. ч. використання нових методів оцінки ефективності організації лікувально-профілактичного процесу та фармацевтичного забезпечення хворих неврологічного профілю, розробки методик раннього доклінічного скринінгу патології та їх ефективної профілактики.

За даними ВООЗ на даний час налічується понад 10 млн. людей, які мають живуть з хворобою Паркінсона. В середньому, показник поширеності хвороби Паркінсона становить 315,0 випадків на 100 тис. населення світу [31,32]. У роботах іноземних вчених вказано, що приблизно 1,0-1,5% людей

у віці 60 років й вище мають зазначений психоневрологічний діагноз [17,25,35]. Зі збільшенням віку зростає й % людей з хворобою Паркінсона [29,30,35]. Так за даними спеціальної літератури цей показник у популяції людей у віці 85 років поступово збільшується до 2,6-4,0% по різних країнах світу [17,35]. На рис.2.1 наведені дані поширеності хвороби Паркінсона по різних країнах світу [31]. Необхідно звернути увагу на той факт, що найвищі показники поширеності хвороби Паркінсона представлені у Китаї та Канаді, а також у таких країнах Європейського Союзу (ЄС), як Фінляндія, Іспанія, Франція, Німеччина, Італія, Польща, Угорщина, Греція тощо.

Україна поступово наближається до рівня європейський показників захворюваності та поширеності хвороби Паркінсона. Як свідчать дані відкритих інформаційних джерел, в Україні налічується понад 23 тис. пацієнтів з хворобою Паркінсона, а щорічно цей діагноз ставиться 2,5 тис. осіб по різних регіонах країни [1,2,7].

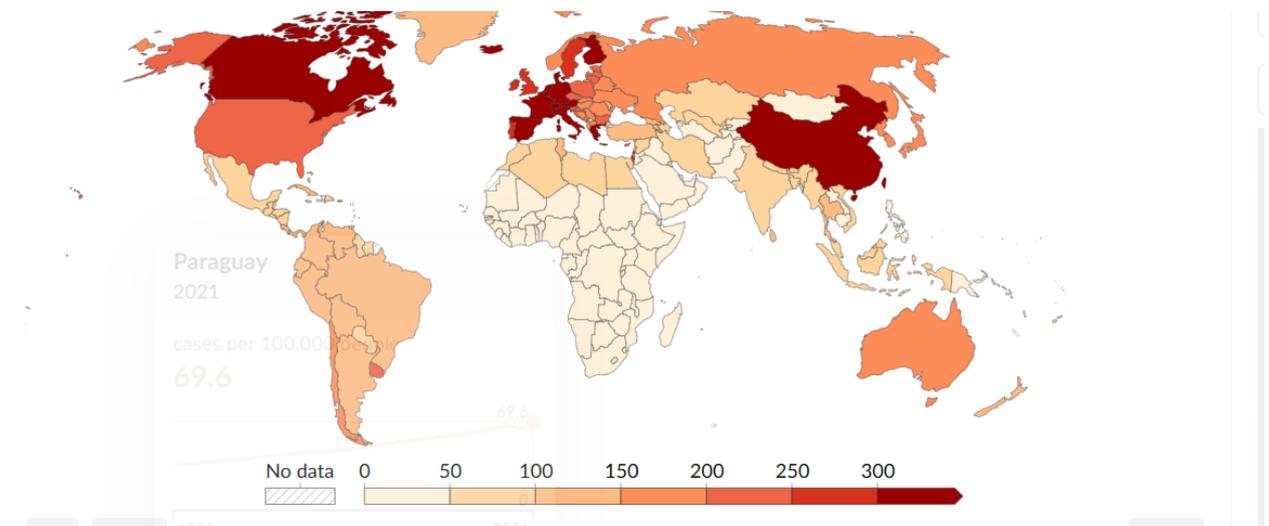


Рис. 2.1. Стан епідеміологічної ситуації по хворобі Паркінсона у світі (показники 2021 р.) [31]

Враховуючи важливість використання даних епідеміологічних досліджень у прийнятті ефективних управлінських рішень у національних системах охорони здоров'я наступним етапом наших досліджень стало

проведення аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона географічних зонах та підзонах ВООЗ:

- Європа;
- Європа та регіони Центральної Азії;
- Карибський регіон та Південно-Східна Азія;
- Латинська Америка;
- Східна Азія та регіони Тихого океану;
- західна частина Тихого океану;
- Північна Америка.

Результати аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона по вище зазначених географічних зонах та підзонах ВООЗ наведені на рис.2.2.

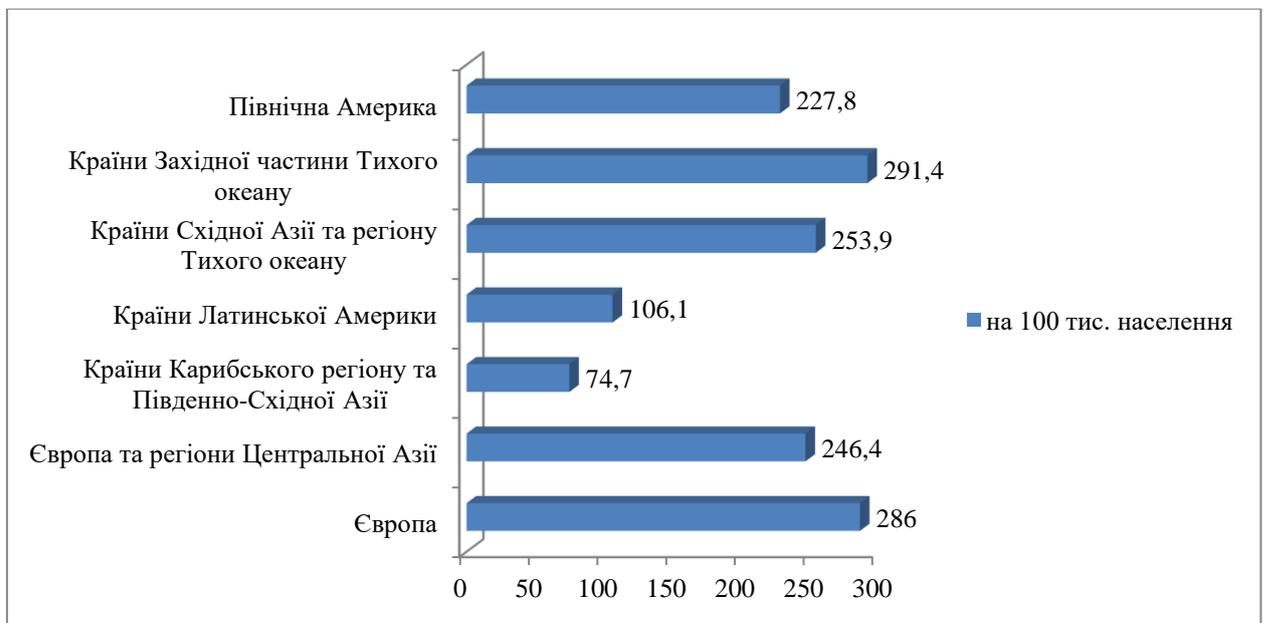


Рис. 2.2. Аналіз показників поширеності хвороби Паркінсона (на 100 тис. населення) по географічних зонах ВООЗ [32]

Аналізуючи дані, які представлені на рис. 2.2. необхідно звернути увагу на досить великий діапазон коливання зазначеного показника. Так, поширеність хвороби Паркінсона коливалась від 74,7 осіб (країни Карибського регіону та Південно-Східної Азії) до 291,4 осіб на 100 тис. населення (країни західної частини Тихого океану). Таким чином, по географічним зонам та підзонам зазначений показник відрізнявся у 3,9 раза.

Розраховане значення варіаційного розмаху (R, %) дорівнювало 290,09%. Слід зазначити, що трійку географічних зон та підзон-лідерів за показником поширеності хвороби Паркінсона сформували країни:

- західної частини Тихого океану (291,4 особи на 100 тис. населення);
- Європи (286,0 чоловік на 100 тис. населення);
- Східної Азії та регіону Тихого океану (253,9 осіб на 100 тис. населення).

Діапазон коливання показників, які досліджуються у цій групі країн становив всього 37,5 одиниць аналізу, а значення варіаційного розмаху дорівнювало 14,77%. В той же час, найнижчі значення поширеності хвороби Паркінсона мало місце у країнах, які представляють такі зони та підзони ВООЗ, як Карибський регіон та Південно-Східна Азія та Латинська Америка. В цих регіонах зазначений показник коливався у діапазоні значень від 74,7 осіб до 106,1 чоловік на 100 тис. населення відповідно.

Таким чином можна зробити висновок про наявність суттєвих розбіжностей у показниках поширеності хвороби Паркінсона у різних географічних зонах та підзонах ВООЗ. Це обумовлює необхідність проведення більш деталізованого аналізу зазначеного показника по різних країнах світу.

2.2. Результати порівняльного аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона та середньої тривалості життя у різних країнах світу та в Україні

Розробка напрямків ефективного фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона потребує використання значного обсягу інформації, перш за все, епідеміологічного характеру. Дані захворюваності, поширеності та смертності населення від хвороби Паркінсона дозволяє

формувати науково обґрунтовані підходи щодо фінансового забезпечення процесу надання їм медичної та фармацевтичної допомоги. Крім цього, на підставі ґрунтовного аналізу відповідних епідеміологічних показників можна прогнозувати витрати на майбутні періоди, враховуючи той факт, що темпи старіння населення з кожним роком збільшується у всьому світі. Враховуючи вище сказане, логічним та обґрунтованим, на наш погляд, виглядає той факт, що одним із важливіших напрямків досліджень стало проведення аналізу епідеміології хвороби Паркінсона в Україні, а також в інших країнах світу.

Предметом досліджень стали показники поширеності, які представлені на офіційному сайті «Parkinson's disease prevalence» [32]. З метою порівняння даних поширеності хвороби Паркінсона та середньої тривалості життя були також в експерименті використані дані сайту «Life Expectancy of the World Population» [24].

На попередньому етапі наших досліджень було сформовано дві умовні групи країн. До першої увійшли країни, які належать у відповідності до класифікації Світового банку до тих, що мають доходи населення вище середнього. До другої групи були віднесені Україна, а також ті держави, які розташовані географічно поряд та мають споріднену за характером реформування модель розвитку національної системи охорони здоров'я. Склад умовних груп аналізу представлено у таблиці 2.1. Всього були відібрані показники поширеності хвороби Паркінсона по 26 країнам світу, по 13-ть країн у кожній умовній групі аналізу.

За результатами порівняння даних поширеності хвороби Паркінсона у двох референтних групах країн були визначені наступні особовості стану епідеміологічної ситуації по зазначеній неврологічній патології. Більш детальніше зупинимось на аналізу даних по першій групі рефератних країн. Як бачимо по даних рис. 2. 3 у першій референтній групі країн найвищі показники поширеності хвороби Паркінсона серед населення спостерігався у Німеччині. Так, зазначений показник дорівнював 494,2 осіб на 100 тис. населення. На другій позиції була представлена Іспанія (430,8 осіб на 100

тис. населення), а на третій – Канада з результатом 403,9 осіб на 100 тис. населення.

Таблиця 2.1.

**Склад референтних груп аналізу показників поширеності хвороби
Паркінсона у різних країнах світу**

Перша референтна група аналізу	Друга референтна група аналізу
Австрія	Болгарія
Велика Британія	Грузія
Бельгія	Казахстан
Ізраїль	Латвія
Іспанія	Литва
Італія	Молдова
Канада	Сербія
Німеччина	Словакія
Норвегія	Польща
США	Румунія
Фінляндія	Україна
Франція	Угорщина
Швеція	Чехія
Всього 13 країн	Всього 13 країн
РАЗОМ 26 країн	

Слід зазначити, що серед країн, які сформували першу умовну референтну групу найнижчі показники поширеності спостерігалися у Норвегії (188,1 особа на 100 тис. населення). Розраховані середнє значення показників поширеності хвороби Паркінсона у першій групі країн дорівнювало значенню 329,69 осіб на 100 тис. населення. В цілому за сукупністю країн першої референтної групи показник поширеності коливався у діапазоні значень від 188,1 (Норвегія) до 494,2 особи (Німеччина).

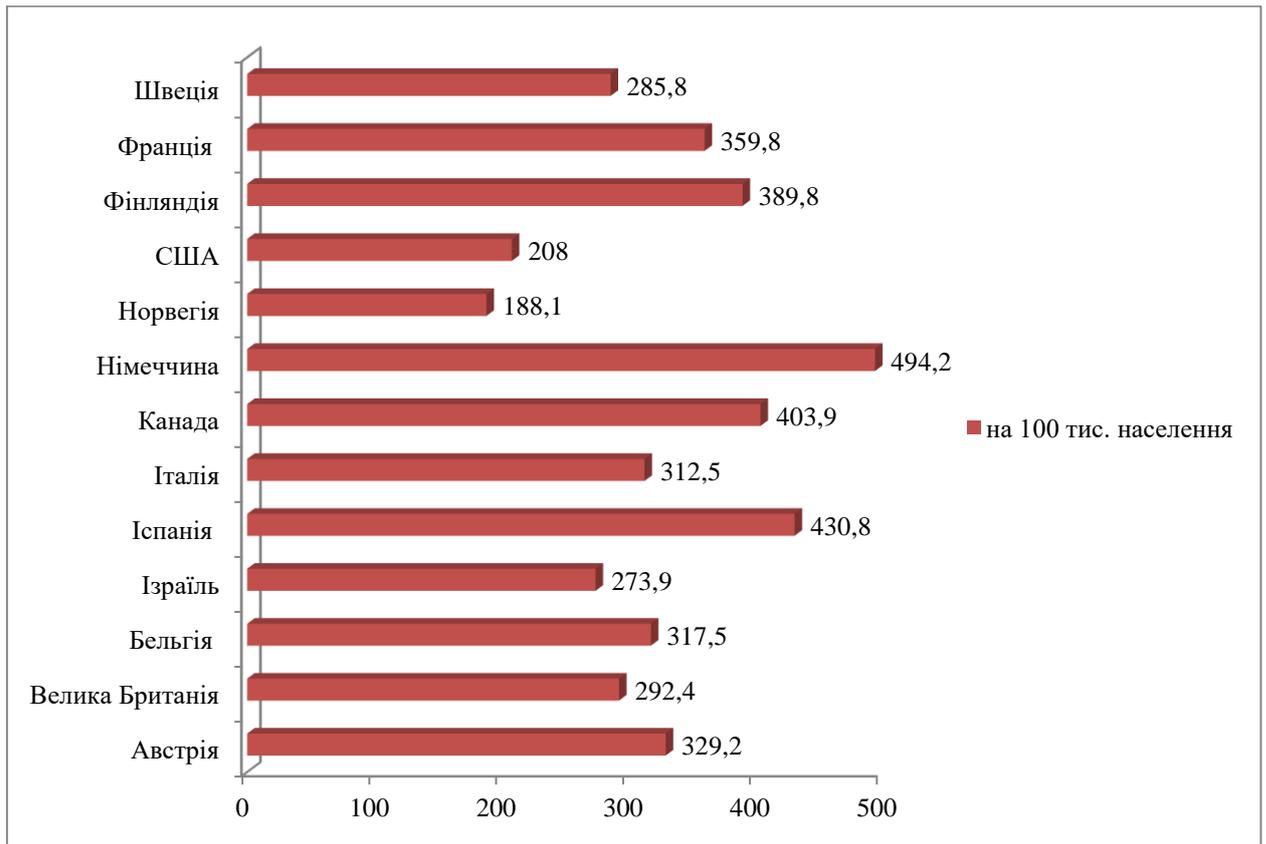


Рис. 2.3. Результати порівняльного аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона (на 100 тис. населення) по країнам групи №1 [32]

Якщо порівнювати дані показників поширеності та середньої тривалості життя по країнах першої референтної групи то можна стверджувати про наступне. Серед країн першої групи найвища тривалість життя показники поширеності хвороби Паркінсона не співпадала з показниками максимальних значень по країнах (рис. 2.4). Так, найвища тривалість життя спостерігалась в Італії (84,03 роки, як середнє для двох гендерів), Іспанії (83,94% відповідно), Норвегія (83,61 років), Франції та Швеції по 83,58 відповідно). В той же час, найвищі показники поширеності хвороби Паркінсона спостерігалась в Німеччині. У цій країні середнє значення тривалості життя за двома гендерами становить 81,71 років. Це 11 позиція у рейтингу країн за означеним показником. Італія за даними поширеності представлено на шостій позиції серед 13 країн, які ми досліджували. В той же час Іспанія, як

вказувалось раніше, займає другу позицію за кількістю хворих на 100 тис. населення у першій референтній групі країн.

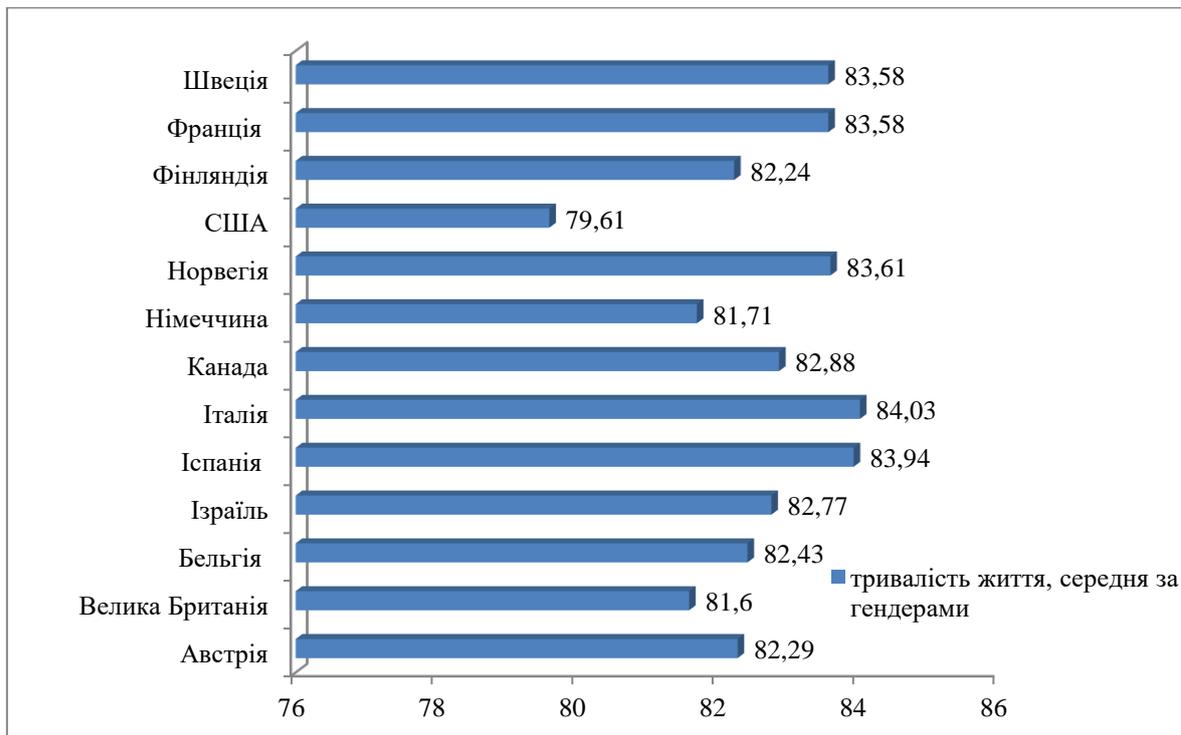


Рис. 2.4. Результати порівняльного аналізу середньої тривалості життя у країнах першої референтної групи (середні значення за двома статями) [24]

Таким чином можна стверджувати, що не всі країни, які займали позиції лідерів за показниками поширеності хвороби Паркінсона представлені на перших шаблях рейтингу за показником середньої тривалості життя населення з урахуванням двох статей. При цьому слід зробити припущення, що дослідження у зазначеному напрямку повинні бути продовжені з використанням більш чутливого інструментарію, з метою доведення наявності зв'язку між середньою тривалістю життя населення та показниками поширеності хвороби Паркінсона у суспільстві.

У подальшому за аналогічним дизайном досліджень нами був проведений аналіз показників поширеності та середньої тривалості життя у країнах другої референтної групи. Результати проведених досліджень наведені на рис. 2.5-2.6.

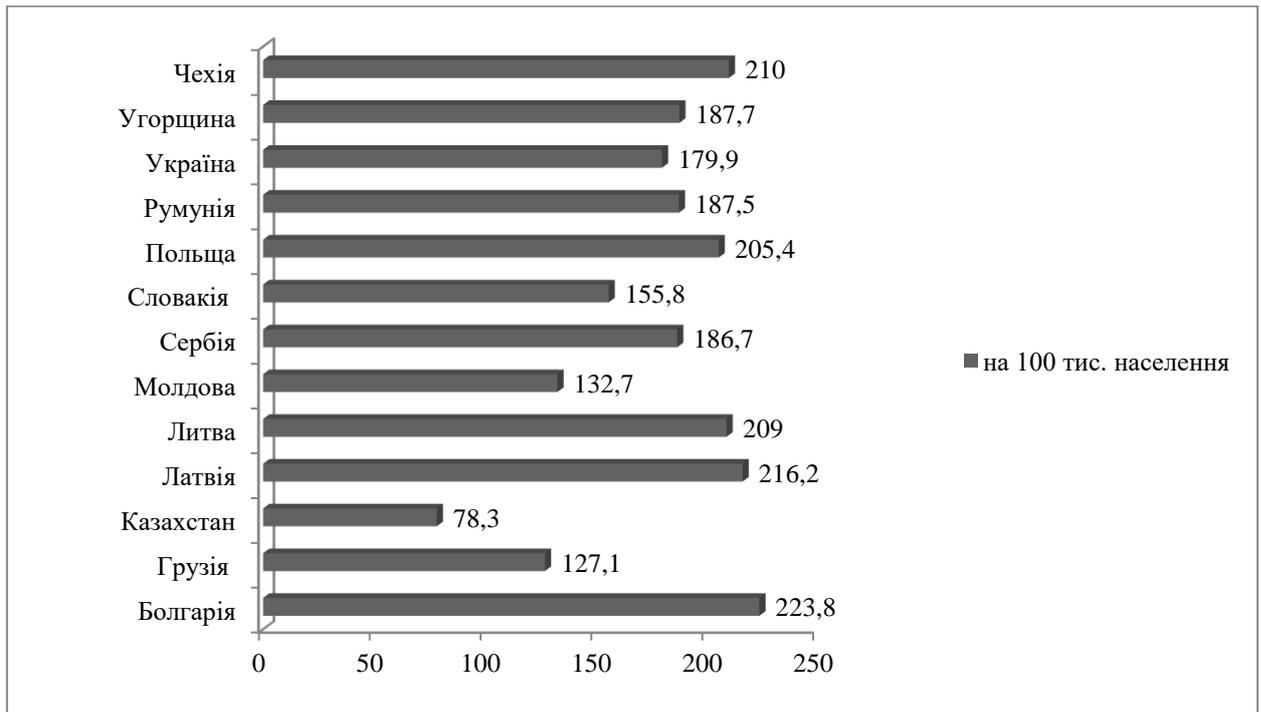


Рис. 2.5. Дані порівняльного аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона (на 100 тис. населення) по країнам групи №2, у т. ч. в Україні [32]

Звертає на себе увагу, що середнє значення становило зазначеного показника дорівнювало 176,93 особи на 100 тис. населення, що на 46,33% менше, ніж аналогічний дані по першій групі референтних країн. Показник поширеності коливався у діапазоні значень від 78,3 (Казахстан) до 223,8 осіб на 100 тис. населення країни (Болгарія). В Україні зазначений епідеміологічний показник дорівнював 179,9 осіб на 100 тис. населення. Слід зазначити, що у відкритому інформаційному просторі показники поширеності хвороби Паркінсона в Україні відрізняються від тих, які представлені на міжнародному сайті «Parkinson's disease prevalence». Так, за даними МОЗ України зареєстровано понад 23,0 тис. осіб з хворобою Паркінсона, що у перерахунку на 100 тис. населення дорівнює значенню приблизно 61,4 чоловік на 100,0 тис. населення країни [1,2]. Фахівці відмічають, що в Україні кожен рік приблизно 2,5 тис. осіб дізнаються про наявність цього важкого психоневрологічного діагнозу [1,2]. Це вказує на необхідність гармонізації цих показників з міжнародними даними та

розробки й впровадження ефективних моделей епідеміологічного спостереження та фіксації даних захворюваності та поширеності неврологічних патологій в Україні.

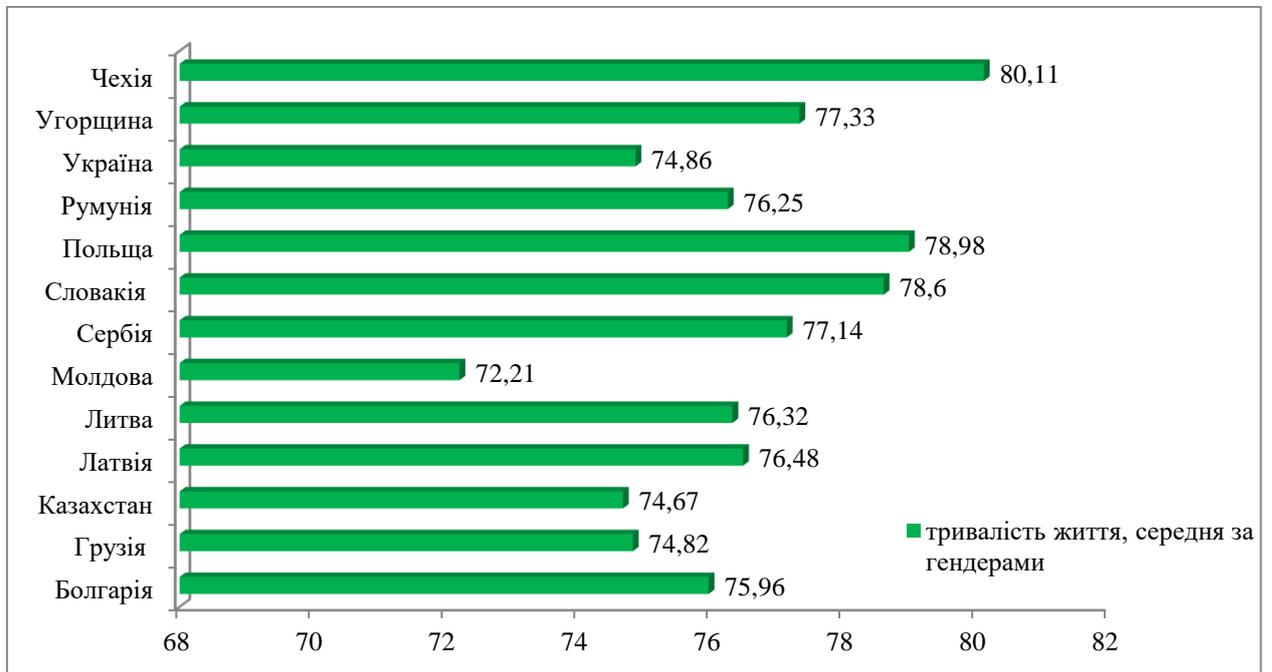


Рис. 2.6. Показники середньої тривалості життя у країнах другої референтної групи (середні значення за двома статями) [24]

Трійку країн лідерів у другій референтній групі склали наступні країни: Болгарія (223,8 осіб на 100 тис. населення); Латвія (216,2 осіб відповідно); Чехія (210 осіб відповідно). Найнижчі епідеміологічні дані, як вказувалось вище спостерігалися у Казахстані, це всього 78,3 особи на 100 тис. населення цієї країни Центральної Азії. Можна зробити припущення, що у Казахстані не всі випадки цієї хвороби діагностуються та переважна більшість пацієнтів знаходяться під постійним патронатом своїх родин. На наш погляд, на це впливають різні фактори культурного та релігійного характеру, а також наявність тісних родин зв'язків в зазначеній країні.

За даним результатів порівняльного аналізу середньої тривалості життя у країнах другої референтної групи встановлено, що найвищі показники спостерігаються у Чехії (80,11 років), далі представлена Польща (78,98 років) та Словакія (78, 6 років). Слід зазначити, що найнижчі показники тривалості

життя з урахуванням двох гендерів спостерігаються у другій референтній групі в Молдові, при цьому показник поширеності хвороби Паркінсона складає 132,7 особи на 100 тис. населення.

Підсумовуючи результати проведених досліджень можна стверджувати, що чим вище рівень соціально-економічного розвитку країни, тим вищі показники поширеності хвороби Паркінсона. Встановлення зв'язку між середньою тривалістю життя населення в країні та показниками поширеності зазначеної патології потребують використання більш специфічних математико-статистичних методів дослідження. При цьому, як свідчать дані спеціальної літератури, процеси поступового старіння населення та зростання показників тривалості життя напряду впливають на стан епідеміологічної ситуації з хвороби Паркінсона [29,35]. Той факт, що епідеміологічні показники по Україні (179,9 осіб на 100 тис. населення) наближаються до середніх даних по країнах Східної Європи обумовили проведення наступного етапу наших досліджень, метою яких стало проведення аналізу організації фармацевтичного забезпечення вказаної груп неврологічних хворих за умов реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

1. За даними аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона по різних географічних зонах та підзонах ВООЗ встановлено, що вони коливаються у досить широкому інтервалі значень. Так, у країнах Карибського регіону та Південно-Східної Азії (мінімальне значення поширеності) він дорівнював 74,7 осіб на 100 тис. населення, а у країні західної частини Тихого океану – 291,4 осіб на 100 тис. населення. Таким чином, зазначені епідеміологічні показники відрізнялися у 3,9 раза ($R = 290,09\%$).

2. Встановлено, що у групі країн, які представлені у складі групи лідерів за показниками поширеності хвороби Паркінсона (країни західної частини Тихого океану – 291,4 особи на 100 тис. населення; Європи – 286,0 осіб на 100 тис. населення; Східної Азії та регіону Тихого океану – 253,9 осіб на 100 тис. населення) зазначені епідеміологічні дані коливалися у незначному інтервалі значень 37,5 одиниць аналізу, $R=14,77\%$.
3. Систематизуючи результати досліджень поширеності по країнах, які представляють різні графічні зони та підзони ВООЗ можна зробити висновок про досить нерівномірний характер представлення цього важливого епідеміологічного показника по різних країнах світу. Зазначене можна пояснити відмінностями у даних середньої тривалості життя людей, а також у порядку фіксації випадків зазначеної хвороби у національних системах охорони здоров'я.
4. За результати аналізу даних поширеності у 13-ти країнах світу (перша референтна група), які мають найвищі показники доходів населення та середньої тривалості життя людей встановлено, що діапазон коливань цього епідеміологічного показника становив 188,1-494,2 особи на 100 тис. населення країни (Норвегія – мінімальне значення та Німеччина – максимальне значення показника).
5. Слід зазначити, що серед країн-лідерів за кількістю хворих представлені Іспанія, Канада, Франція, Фінляндія, Бельгія, Австрія, Італія. Зазначені країни мають також й порівняно високі показники середньої тривалості життя людей, але прямої залежності у цих показниках нами не встановлено. Вважаємо, що для цього необхідно використовувати більш чутливі методики математико-статистичного аналізу, які спрямований на доведення або спростування зв'язків між вищезазначеними показниками.
6. За результатами досліджень поширеності хвороби Паркінсона у другій групі референтних країн, до складу якої входила й Україна встановлено, що вказаний показник істотно відрізнявся від тих даних, які ми спостерігали у першій референтній групі. Так, він коливався у діапазоні значень від 78,3

(Казахстан) до 223,8 особи (Болгарія), а в Україні дорівнював 179,9 осіб на 100 тис.

7. Встановлено, що середнє значення поширеності хвороби Паркінсона в першій групі референтних країн дорівнювало значенню 329,69 осіб, а у другій – 176,93 особи на 100 тис. населення. Як бачимо, у другій групі референтних країн цей показник був на 46,33% менше, ніж аналогічний дані по першій групі референтних країн. Наявність такої значної різниці у показниках дає змогу стверджувати про необхідність проведення подальших досліджень за окресленою проблематикою. Необхідно також проаналізувати методику фіксації випадків хвороби Паркінсона у національних системах охорони здоров'я та моніторингу відповідних показників.

8. Проведені дослідження епідеміології хвороби Паркінсона можуть бути використанні у розробці програм її раннього виявлення та профілактики, а також у визначенні фінансового навантаження на національні системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ III

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА В УКРАЇНІ

3.1. Аналіз стану відпуску ліків, які застосовуються у лікуванні хвороби Паркінсона в Україні за е-Рецептами

Лікування пацієнтів з хворобою Паркінсона передбачає застосування протипаркінсонічних ЛЗ протягом тривалого терміну, практично позитивно [15,17,25]. Враховуючи той факт, що переважна більшість пацієнтів належать до соціально вразливих груп населення питання організації їх доступного фармацевтичного забезпечення має важливе медико-соціальне значення. Як вказувалось раніше, з 2023 р. протипаркінсонічні ЛЗ були внесені у державну програму «Доступні ліки», тобто ця група неврологічних хворих й до тепер має можливість отримувати вкрай необхідні препарати безкоштовно або з незначною доплатою. Це є важливим кроком, який зробила держава у напрямку підвищення доступності фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні.

Враховуючи воєнний стан в країні, а також ті соціально-економічні негаразди, які обумовлені активними бойовими діями на лінії зіткнення (Донецька, Луганська, Харківська, Херсонська, Запорізька, Сумська області) актуальним є проведення досліджень стану фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні за 2023-2025 рр. у розрізі її адміністративно-територіального розподілу. Означене й обумовило проведення наших подальших досліджень.

Предметом аналізу стали дані НСЗУ за 2023-2025 рр., а також у режимі реального часу за опцією «Хвороба Паркінсона» у розділах, які висвітлюють стан виписування е-Рецептів, погашення та відпуску ЛЗ в Україні. Досліджувалися як загальні показники по всій країні, так й у розрізі її регіонів. Особлива увага приділялась питанню організації фармацевтичного

забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона у прифронтових та прикордонних зі Сходу країни регіонах.

На першому етапі досліджень досліджувалась динаміка змін кількості виписаних е-Рецептів, а також обсягу їх відпуску із аптеки України. Дослідження проводились за такими показниками:

- кількість хворих, яким були виписані е-Рецепти, в цілому по країні та у розрізі регіонів;
- кількість виписаних е-Рецептів;
- структура виписаних е-Рецептів за МНН ЛЗ;
- структура відпущених е-Рецептів за місцем знаходження аптечних закладів (АЗ), які обслуговували пацієнтів на хворобу Паркінсона за е-Рецептами;
- динаміка відпущених упродовж 7 днів або понад 7 днів ЛЗ вищезазначеній групі неврологічного профілю у регіонах країни, які визначені у відповідності до мети проведення досліджень.

Слід зазначити, що за більшістю показників аналізу НСЗУ надають інформацію в on-line режимі, тому дані, які ми використовували в аналізі були актуальними на 25 та 30 жовтня 2025 р. [4-6]. Результати ретроспективного аналізу е-Рецептів по кварталах 2023-2025 рр. наведена на рис. 3.1.. Аналізуючи структуру кількості виписаних пацієнтам е-Рецептів встановлено, що протягом дії першого року програми «Доступні ліки» саме для пацієнтів з хворобою Паркінсона було виписано 87 тис. штук, у 2024 р. вже 122 тис. штук, а за 3 квартали 2025 р. – 113 тис. штук. Таким чином, у 2024 р. кількість е-Рецептів була на 40,23% вищою, ніж у 2023 р.. Вважаємо, що це важлива позитивна характеристика розвитку процесу, якій ми досліджуємо.

Наступною важливою характеристикою стану фармацевтичного забезпечення групи хворих, які досліджуються є планомірне зростання кількості та сум відпущених ЛЗ за е-Рецептами. Як бачимо за даними рис.

3.1. упродовж 2023 р. кількість е-Рецептів зросла з 10 тис. у 1 кварталі та 28 тис. у 4 кварталі, таким чином їх значення зросло у 2,8 рази. У 2024 р. мала місце стабілізації у динаміці зазначеного показника. Так, у 1 кварталі 2024 р. він дорівнював 29 тис. штук, у 4 кварталі 33 тис. штук е-Рецептів. Коливання цього показника дорівнювало значенню 4,0 тис. одиниць аналізу.

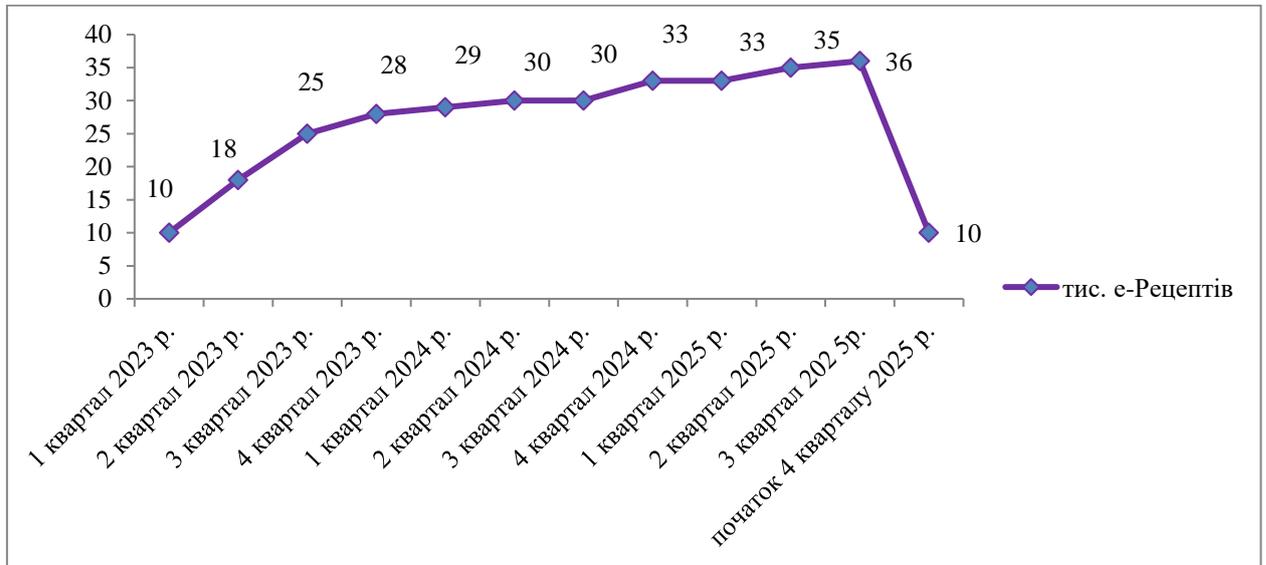


Рис. 3.1 Аналіз динаміки виписаних е-Рецептів хворим на хворобу Паркінсона упродовж 2023-2025 рр.(за кварталами кожного року, дані на 30.10.2025 р.) [4]

Упродовж 2024 р. зростання даних дорівнювало 13,79%. Аналогічна тенденція зберіглась й у 2025 р.. Кількість виписаних е-Рецептів у 1 та 2 кварталах складала 33 та 35 тис. штук, а у 3 кварталі зросла, порівняно з даними 1 кварталу 2025 р., всього 1,09%, тобто до 36 тис. штук по Україні.

В цілому, упродовж 2023-2025 рр. (актуальна інформація станом на 30.10.2025 р.) в Україні було виписано е-Рецепти 35949 пацієнтам з хворобою Паркінсона. Як бачимо за даними рис. 3.2. найбільша кількість таких хворих спостерігалась у Львівській області (3898 хворих або 10,84% від загальної їх кількості), м. Києві (3588 хворих або 9,98% відповідно) та у Дніпропетровській області (3339 осіб або 9,29%). В свою чергу, найнижча їх кількість спостерігалась у Херсонській (1530,0 або 0,42%), Донецькій (374

хворих або 1,04%) та Запорізькій областях (728 пацієнта або 2,03%). Слід зазначити, що дані по кількості пацієнтів з хворобою Паркінсона по Луганській області в аналітичній базі НСЗУ відсутні.

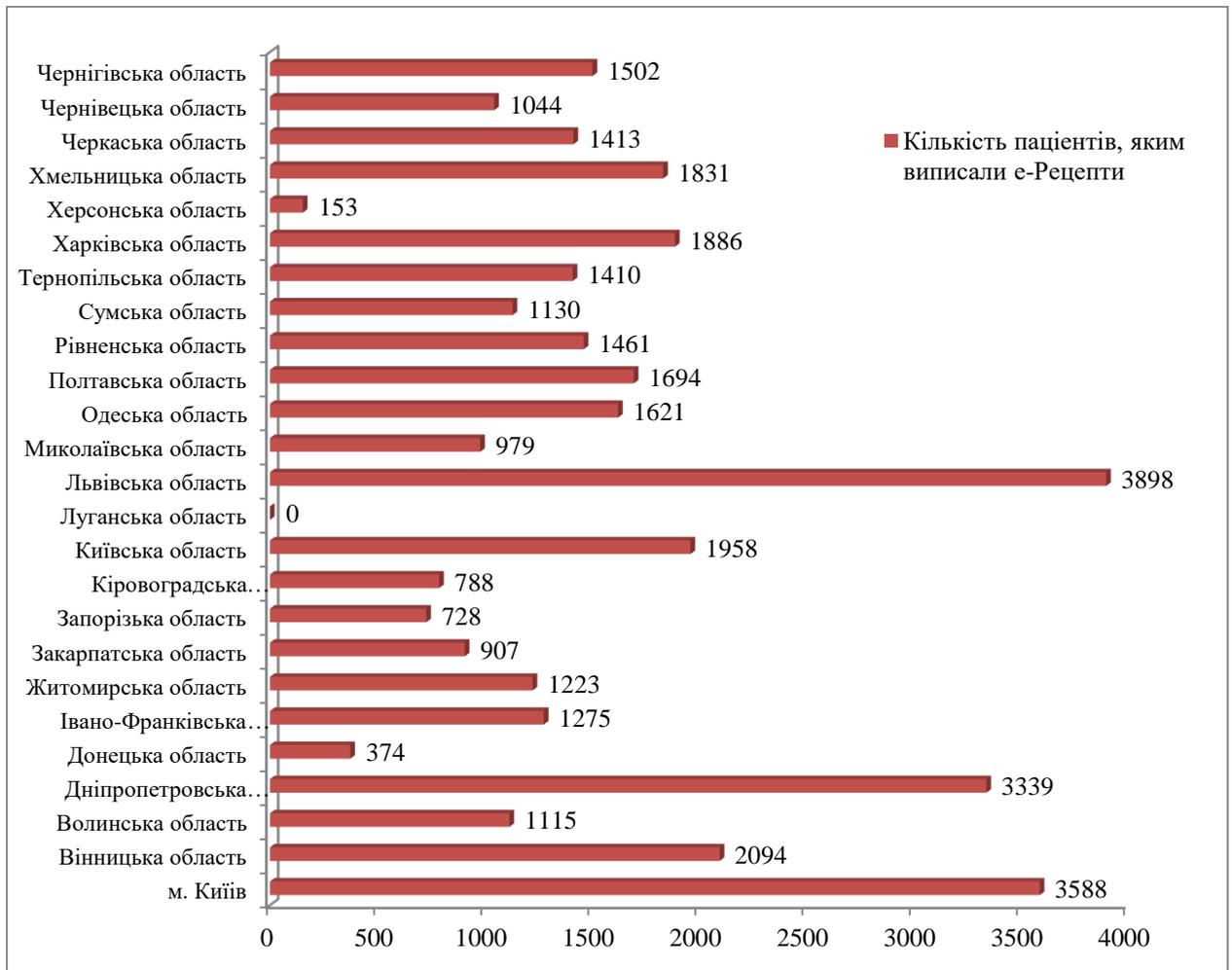


Рис.3.2. Аналіз структури сукупності пацієнтів з хворобою Паркінсона, яким були виписані е-Рецепти упродовж 2023-2025 рр.

Дослідження структури виписаних е-Рецептів за МНН показав, що домінуючі позиції займають препарати Карбідопи+Левадопи. Як бачимо за даними рис. 3.3. 87,72% виписаних рецептів були відпущені в АЗ, які знаходяться у містах країни. На АЗ, які територіально знаходяться у сільській місцевості та селищах міського типу (СМТ). Всього, упродовж 2023-2025 рр. лікарями було виписано 317602 е-Рецептів пацієнтам з хворобою Паркінсона в країні за державною програмою «Доступні ліки». Вкрай нерівномірний розподіл кількості виписаних пацієнтам з хворобою Паркінсону е-Рецептів,

на нашу думку, обумовлено особливостями формування аптечної інфраструктури в Україні. Таким чином можна зробити висновок, що незважаючи на воєнний стан в Україні у державі досить значна увага приділялась питанням організації фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона.

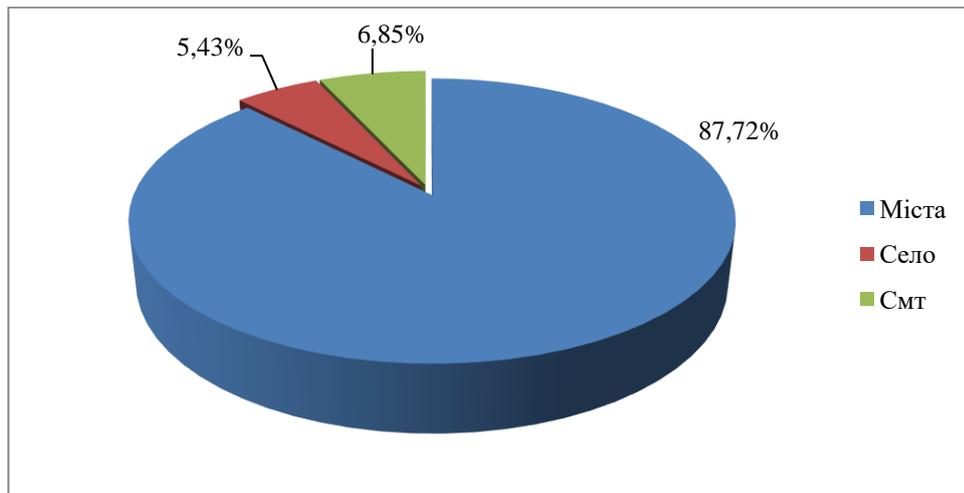


Рис. 3.3 Розподіл кількості виписаних е-Рецептів (317602 шт.=100%, інформація актуальна на 30.10.2025 р.) пацієнтам з хворобою Паркінсона за типом місцевості в Україні упродовж 2023-2025 рр.

Враховуючи той факт, що значна більшість неврологічних хворих повинні приймати ЛЗ протягом всього життя, вирішення питання доступності препаратів завдяки впровадженню програми «Доступні ліки» має важливе медико-соціальне значення.

3.2. Дослідження рецептурного відпуску ЛЗ для пацієнтів на хворобу Паркінсона за е-Рецептами за адміністративно-територіальними одиницями країни у динаміці років (2023-2025 рр.)

Україна належить до країн Європи, які мають суттєві відмінності у соціально-економічному розвитку різних регіонів. Особливості розвитку України у минулому столітті обумовили наявність регіонів, які мають спеціалізації на випуску промислової або аграрної продукції. Крім цього,

різні області країни суттєво відрізняються між собою за кількістю населення та рівням розвитку медичної та фармацевтичної інфраструктури. Значний вплив на розвиток окремих регіонів країни мають й бойові дії, які приближені або проходять на територіях окремих адміністративно-територіальних одиниць країни. Все вищезазначене обумовило необхідність проведення досліджень стану фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона за регіонами країни.

Предметом досліджень стали дані, які представлені на НСЗУ за показниками кількості місць відпуску (аптечні заклади різних форм власності та господарювання) та е-Рецептів на ЛЗ, що були виписані пацієнтам з хворобою Паркінсона [5,6]. Окремим напрямком досліджень стало проведення аналізу динаміки виписування, погашення та відпуску ЛЗ за е-Рецептами у двох групах регіонів.

До умовної першої групи були віднесені області, які розташовані на Заході України та мають порівняно безпечні умови проживання населення. Це Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська та Чернівецька області. Другу групу регіонів сформували ті, що знаходяться у безпосередній близькості до лінії бойового зіткнення, або мають тимчасово окуповані території (ТОТ). Це Донецька, Луганська, Запорізька, Сумська та Харківська області. Результати аналізу кількості місць відпуску ЛЗ та е-Рецептів для пацієнтів з хворобою Паркінсона станом на 25.10.2025 р. наведені у табл. 3.1.

Упродовж 2023-2025 рр. (інформація актуальна на 25.10.2025 р.) в Україні налічувалось 15804 АЗ різних форм власності та господарювання, які мали право у відповідності до вимог діючої нормативно-правової бази відпускати пацієнтам з хворобою Паркінсона ЛЗ за рецептами. Слід зазначити, що всі найменування протипаркінсонічних ЛЗ належать до групи рецептурного відпуску із аптечних закладах. Серед трьох регіонів лідерів треба назвати м. Київ (1626 АЗ, або 10,29%), Дніпропетровська область (1338 АЗ або 8,47%), Львівська область (1276 АЗ або 8,07%). В свою чергу, три

найнижчих показника представлені у Херсонській області (74 АЗ або 0,46%), Донецькій області (84 АЗ або 0,53%) та Сумській області (346 АЗ або 2,19%).

Таблиця 3.1

Результати аналізу стану фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні за е-Рецептами протягом 2023-2025 рр. (станом на 25.10.2025 р.)

Регіони країни	Кількість АЗ		Кількість е-Рецептів	
	Місця відпуску ЛЗ	%	Всього	%
АР Крим	-	-	-	
м. Київ	1626	10,29	37007	11,71
м. Севастополь	-	-	-	-
Вінницька область	654	4,14	18631	5,89
Волинська область	524	3,32	7741	2,25
Дніпропетровська область	1338	8,47	23994	7,59
Донецька область	84	0,53	2242	0,71
Івано-Франківська область	733	4,64	11163	3,53
Житомирська область	594	3,76	10463	3,31
Закарпатська область	570	3,61	6389	2,02
Запорізька область	448	2,83	4534	1,43
Кіровоградська область	371	2,35	5537	1,75
Київська область	1009	6,38	15773	4,99
Луганська область	0	0,00	7	< 0,01
Львівська область	1276	8,07	34671	10,97
Миколаївська	399	2,52	6669	2,11

область				
Одеська область	1121	7,09	12336	3,90
<i>Продовження табл. 3.1</i>				
Полтавська область	711	4,50	12997	4,11
Рівненська область	566	3,58	11688	3,70
Сумська область	346	2,19	9307	2,95
Тернопільська область	459	2,90	12579	3,98
Харківська область	908	5,75	15143	4,79
Херсонська область	74	0,47	932	0,30
Хмельницька область	678	4,29	16812	5,32
Черкаська область	547	3,46	20635	6,53
Чернівецька область	411	2,60	7046	2,23
Чернігівська область	357	2,26	11752	3,72
ВСЬОГО	15804	100,0	316048	100,0

Зазначений показник коливався в країні від 7 (Луганська область) до 1626 АЗ (м. Київ). Можна стверджувати, що показники, які ми спостерігали у Донецькій області є критичними для організації ефективного фармацевтичного забезпечення хворих в охороні здоров'я. Слід зазначити, що у Луганській області відсутній жодний з АЗ, який мав право обслуговувати хворих за означеною державною програмою. Таким чином можна стверджувати, що кількість АЗ, які здійснюють фармацевтичне обслуговування пацієнтів з хворобою Паркінсона за державною програмою «Доступні ліки» залежить від кількості населення, а також від стану безпекової ситуації у регіоні.

Аналіз кількості виписаних е-Рецептів хворим вищезазначеного неврологічного профілю також дозволив визначити трійку регіонів лідерів та аутсайдерів за відповідним показником. Всього за три роки реалізації державної програми «Доступні ліки» за напрямком – хвороба Паркінсона було виписано лікарями 316048 е-Рецептів (інформація станом на 25.10.2025 р.).

За даними 30.10.2025 р. їх кількість зростала на 1,01% до 317620 штук. Таким чином можна стверджувати, що цей показник має динамічний характер розвитку з тенденцією до планомірного зростання упродовж терміну спостереження. Зазначений показник коливався у діапазоні значень від 7 (Луганська область) до 37007 (м. Київ). Якщо відкинути критично низькі значення, які спостерігалися у Луганській області, то коливання кількості виписаних лікарями е-Рецептів відбувалось у діапазоні значень від 932 штук (Херсонська область) до 37007 штук (м. Київ). Перші три позиції-лідерів зайняли такі адміністративно-територіальні одиниці країни:

- м. Київ (37007 рецептів або 11,71% від загальної кількості виписаних е-Рецептів пацієнтам з хворобою Паркінсона);
- Львівська область (34671 або 10,97 % відповідно);
- Дніпропетровська область (23994 рецептів або 7,59 %).

Таким чином, склад регіонів лідерів за кількістю рецептів, які були виписані та кількістю АЗ, які можуть обслуговувати хворих за програмою «Доступні ліки» співпадають. Найнижчі дані спостерігалися у Луганській області (7 рецептів або < 0,01%) Херсонській області (932 е-Рецептів або 0,30%) та Донецькій області (2242 штук е-Рецептів або 0,71%). Звертає на себе увагу той факт, що Сумська область входила до трійки регіонів, які мали найнижчі показники кількості місць відпуску ЛЗ, а дані кількості виписаних е-Рецептів дорівнювало значенню 9307 штук, тобто умовно кажучи на один АЗ припадало 26,90 виписаних лікарями е-Рецептів. Аналогічні показники по регіонах-лідерах за кількістю виписаних е-Рецептів дорівнювало:

- м. Київ (22,76 штук е-Рецептів пацієнтам з хворобою Паркінсона на 1 АЗ);
- Львівська область (27,17 штук е-Рецептів/АЗ відповідно);
- Дніпропетровська область (17,93 штук е-Рецептів/АЗ відповідно).

Таким чином можна стверджувати, що у Сумській області незважаючи на відносно невелику кількість АЗ, які обслуговують населення за е-Рецептами лікарями первинної медичної ланки було виписано, порівняно з іншими областями, достатня кількість рецептів. Окремо також слід відмітити вказаний показник, який мав місце у Черкаській області. У цьому регіоні на 1 АЗ припадало 37,72 штук виписаних е-Рецептів вищезазначеній групі неврологічних хворих. Це максимальне значення показника, який ми розраховували.

Аналіз відпущених ЛЗ за е-Рецептами пацієнтам з хворобою Паркінсона практично повторює структуру сукупності виписаних лікарями. Так, упродовж 2023-2025 рр. (актуальна інформація станом на 30.10.2025 р.) в АЗ було відпущено ЛЗ за 294311 рецептами. Таким чином, на 317620 виписаних е-Рецептів припадало 294311 відпущених ЛЗ, а решта 23309 або 7,33% не були погашені, тобто препарат не був відпущений хворому за державною програмою «Доступні ліки». Як свідчать дані рис.3.4 найбільше було відпущено препаратів за е-Рецептами у м. Києві (33541 рецепт на ЛЗ 11,40% від загальної їх кількості), далі представлена знову Львівська область (32888 штук або 11,18%) та з істотним відривом – Дніпропетровська область (22461 ЛЗ рецептурної групи відпуску або 7,63% відповідно). В свою чергу, перелік областей-аутсайдерів був традиційним за своїм складом. Це Херсонська, Донецька та Запорізька області (748, 2054 та 4036 ЛЗ за е-Рецептами, в цілому це 6838 штук або 2,32% від їх загальної кількості за означеною групою психоневрологічних хворих).

Наприкінці проведених досліджень за вище окресленим напрямком необхідно відзначити, що організація ефективного фармацевтичного

забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона потребує комплексного вирішення, з участю не лише лікарів та фармацевтів, а також й управлінців з ОЗ. Наявність непогашених е-Рецептів свідчить про проблеми в організації фармацевтичного забезпечення хворих в окремих регіонах країни.

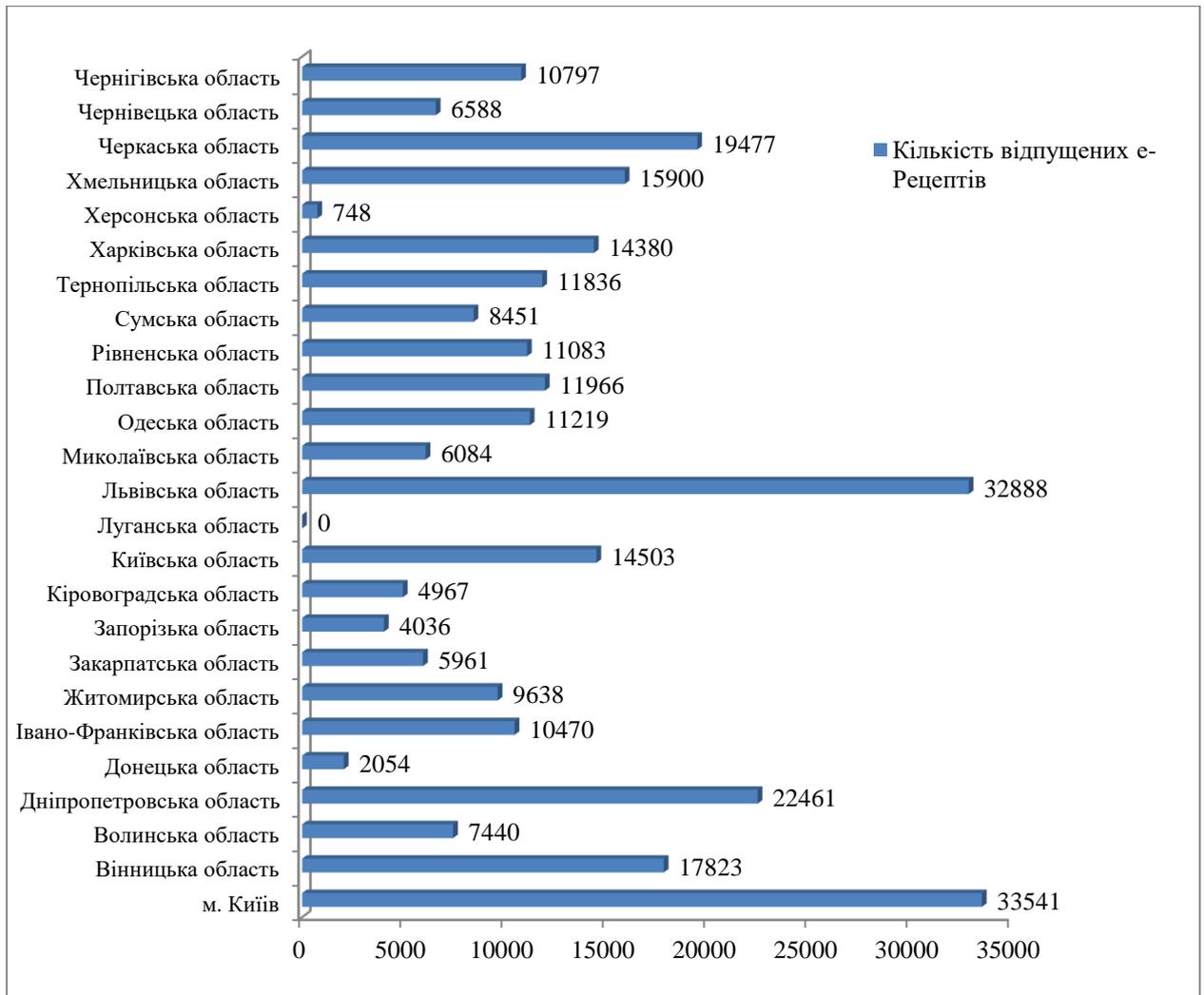


Рис. 3.4. Аналіз структури відпущених препаратів пацієнтам з хворобою Паркінсона в Україні упродовж 2023-2025 рр. (актуальна інформація станом на 30.10.2025 р.) [6]

У розподілі обмежених ресурсів ОЗ необхідно враховувати особливості розвитку медичної та фармацевтичної інфраструктури, також показники захворюваності та поширеності хвороби Паркінсона по різних регіонах країни. Окрема увага повинна приділятися питанням впливу факторів внутрішньої міграції населення із небезпечних до більш безпечних регіонів

країни, а також планам майбутньої післявоєнної розбудови держави. Тому наступним етапом досліджень став аналіз динаміки змін кількості АЗ, які відпускали або не відпускали е-Рецепти по двом умовним групам регіонів країни. Насамперед, це група західних областей країни (Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська, Рівненська та Чернівецька області) та регіони, які найбільш страждають від бойових дій з боку країни-агресорки (Донецька, Запорізька, Луганська, Сумська, Херсонська області).

3.3. Порівняльний аналіз стану забезпечення ліками пацієнтів з хворобою Паркінсона за е-Рецептами в Україні у різних регіонах

За даними аналізу даршбордів НСЗУ упродовж 2023-2025 рр. в Україні було 317620 е-Рецептів пацієнтам з хворобою Паркінсона (станом на 30.20.2025 р.). Якщо порівняти дані, які представлені у табл. 3.1, то можна відмітити, що станом на 25.10.2025 р. ця цифра становила 316048 штук е-Рецептів. Таким чином, за 5 днів спостереження даршбордів НСЗУ за вищенаведеними статистичними даними мало місце їх зростання на 1,01%. На рис. 3.5 представлені дані кількості виписаних е-Рецептів групі неврологічних хворих, яка досліджується по західним та регіонам, які розташовані на сході та південному сході країни. У таблиці 3.2. наведені результати спостереженні кількості виписаних е-Рецептів упродовж 5 днів, у термін з 25 по 30 жовтня 2025 р.. Як бачимо, незалежно від географічного розташування регіону або дії факторів зовнішнього середовища, упродовж 5 днів темп зростання по всіх областях мав значення 1,01%, тобто цей процес по регіонах мав сталий характер змін.

Вплив факторів зовнішнього середовища, а саме стан безпекової ситуації у різних регіонах країни на кількість виписаних е-Рецептів представлено на рис.3.5. Як бачимо, найвищі показники кількості виписаних е-Рецептів спостерігається у Львівській області. Серед регіонів, які найбільше страждають від бойових дій найбільша кількість е-Рецептів

представлена у Харківській області. Аналіз динаміки погашення е-Рецептів по регіонам, які сформували дві умовні групи аналізу представлені у таблиці 3.3.

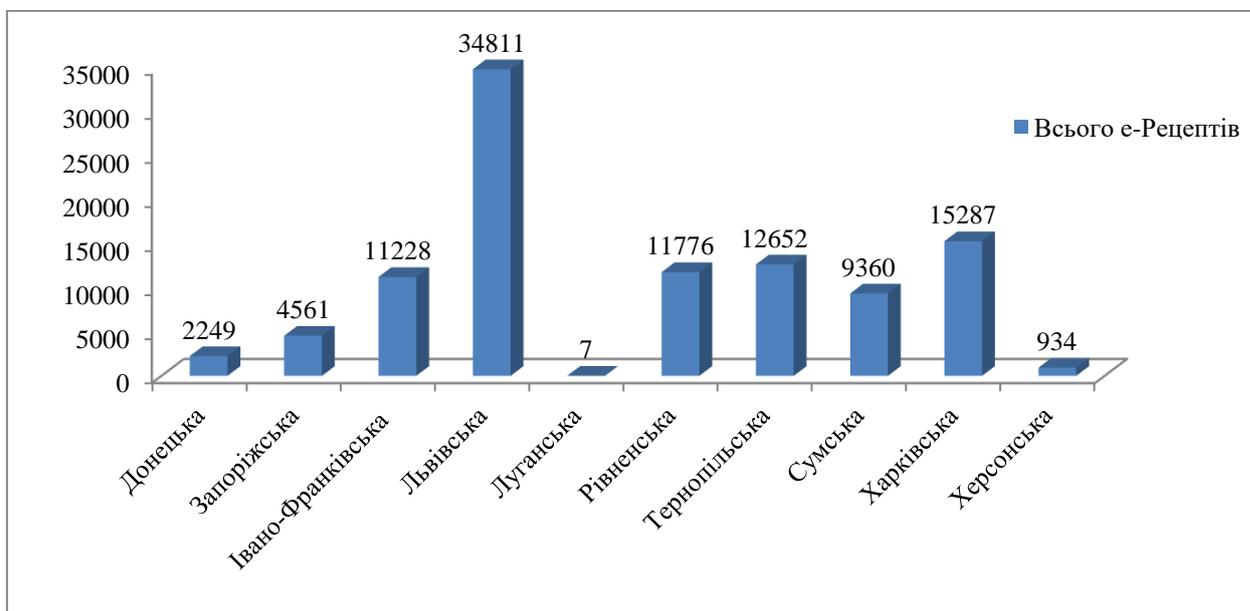


Рис. 3.5 Результати порівняльного аналізу кількості виписаних е-Рецептів пацієнтам з хворобою Паркінсона в Україні за 2023-2025 рр. (актуальні дані на 30.10.2025 р.)

З метою оцінки стану фармацевтичного забезпечення хворих, які досліджуються за державною програмою «Доступні ліки» нами був запропоновано використовувати показник питомої ваги (%) АЗ, які відпускали ЛЗ від їх загальної кількості у регіоні. Він розраховувався, як представлено у % результат відношення кількості АЗ, які відпустили ЛЗ за означеним напрямком державної програми до їх загальної кількості, що беруть участь у обслуговуванні хронічних хворих за е-Рецептами.

За результатами аналізу зазначеного показнику нами були зроблені наступні висновки. Встановлено, що серед регіонів першої групи цей показник коливався у діапазоні значень від 44,20% (Чернівецька область) до 68,19% (Тернопільська область). У регіонів, які увійшли до другої групи цей показник мав такий діапазон коливань – від 44,77 % (Запорізька область) до 75,14% (Сумська область). Тобто, незважаючи на небезпеку ситуацію у

Сумській області, $\frac{3}{4}$ від загальної кількості виписаних лікарями е-Рецептів погашаються в АЗ.

Таблиця 3.2.

Результати аналізу динаміки змін показників кількості виписаних е-Рецептів упродовж 2023-2025 рр. по регіонах, які сформували дві групи регіонів країни

Регіони країни	Станом на 25.10.2025 р.	Станом на 30.10.2025 р.	Приріст, %
Західні регіони країни			
Івано-Франківська	11163	11228	1,01
Львівська	34671	34811	1,01
Рівненська	11688	11776	1,01
Тернопільська	12579	12652	1,02
Чернівецька	7046	7079	1,01
Регіони, що знаходяться у наближенні до лінії активних воєнних подій або мають ТОТ			
Донецька	2242	2249	1,00
Запорізька	4534	4561	1,01
Луганська	7	7	1,00
Сумська	9307	9360	1,01
Харківська	15143	15287	1,01
Херсонська	932	934	1,01

Динаміка відпущених ЛЗ за е-Рецептами по регіонам упродовж 2023-2025 рр. першої та другої групи представлена в таблиці 3.4. Необхідно відмітити, що у 2024 р. порівняно з даними 2023 р. кількість відпущених е-Рецептів по різних регіонах змінювалась з різними темпами. Це обумовлено дією цілого комплексу факторів, як зовнішнього, так й внутрішнього характеру.

Таблиця 3.3.

**Аналіз динаміки відпуску ЛЗ пацієнтам з хворобою Паркінсона в
Україні за 2023-2025 рр. (актуальна інформація станом
на 25.10.2025 р.)**

Область	Розподіл місць відпуску ЛЗ за електронними рецептами				
	Кіль- кість АЗ	Відпус- кали ЛЗ за останні 7 днів	Відпус- кали ЛЗ понад 7 днів	Немає відпуше- них ЛЗ	Всього відпускати ЛЗ, у т. ч. у % від всього АЗ
Західні регіони					
Івано- Франківська	722	352	71	299	423/58,58
Львівська	1276	554	148	574	702/44,98
Рівненська	566	67	246	253	313/55,30
Тернопільська	459	249	64	146	313/ 68,19
Чернівецька	411	188	41	182	229/44,28
Регіони, що знаходяться у наближенні до лінії активних воєнних подій або мають ТОТ					
Донецька	84	36	20	38	56/66,67
Запорізька	448	178	36	234	214/47,77
Луганська	0	0	0	0	0/0
Сумська	346	216	44	86	260/ 75,14
Харківська	908	421	109	378	530/58,37

Так, найвищі показники зростання були характерні для Харківської області (у 2,25 раза), а найнижчі для Львівській області ($k_1=1,40$). Необхідно також сказати, що Львівська область упродовж 2023-2025 рр. входила до складу областей лідерів, як за кількістю АЗ, які відпускають ЛЗ за державною програмою «Доступні ліки», так й за кількістю виписаних е-Рецептів пацієнтам з хворобою Паркінсона.

Таблиця 3.4.

**Аналіз динаміки відпущених протипаркінсонічних ЛЗ за е-
Рецептами в різних регіонах України за 2023-2025 рр.
(станом на 30.10.2025 р.)**

Область	Розподіл кількості ЛЗ за електронними рецептами				
	2023	2024	2025	k ₁	k ₂
Західні регіони					
Івано-Франківська	2377	4331	4520	1,82	1,04
Львівська	9794	13663	11354	1,40	0,83
Рівненська	3005	4580	4191	1,52	0,92
Тернопільська	3288	4747	4617	1,44	0,97
Чернівецька	1781	2731	2567	1,53	0,94
Регіони, що знаходяться у наближенні до активних воєнних подій					
Донецька	465	930	854	1,88	0,92
Запорізька	893	1355	2313	1,52	1,71
Луганська	7	0	0	-	-
Сумська	2270	3744	3346	1,65	0,89
Харківська	177	398	359	2,25	0,90

Слід зазначити, що темпи зростання кількості е-Рецептів у 2024 р. були значно вищими, ніж у 2025 р. Так, по таких регіонах, як Львівська, Рівненська, Тернопільська, Чернівецька, Донецька, Сумська та Харківська області $k_2 \leq 0$, тобто спостерігалось зниження кількості рецептів. Необхідно також відзначити що найвищі темпи зниження (-17,0%) мали місце у Львівській області. Так, у 2024 р. лікарі у цьому регіоні виписали 13663 е-рецептів пацієнтам з хворобою Паркінсона, а у 2025 р. – 11354 штук е-Рецептів. В свою чергу, на фоні зниження показника, який ми досліджували у загальній сукупності регіонів саме у Запорізькій області спостерігалось його

зростання на 71,0%, з 1355 до 2313 е-Рецептів. Таким чином можна зробити висновок, що незважаючи на складну безпекову ситуація, яка спостерігається в цій області пацієнти на хворобу Паркінсона обслуговуються та отримують необхідні для лікування протипаркінсонічні препарати.

За результатами проведених досліджень нами скреслені основні характерні риси розвитку фармацевтичного забезпечення пацієнтів на хворобу Паркінсона в Україні упродовж 2023-2025 рр. та визначені особливості їх обслуговування по різних регіонах країни. Результати проведених досліджень можуть бути використанні у формування напрямків підвищення рівня ефективності надання зазначеній групі неврологічних хворих медичної та фармацевтичної допомоги за державною програмою «Доступні ліки». Особлива увага при цьому повинна приділятися тим регіонам, які приближені до лінії бойових дій або мають у своєму складі ТОТ.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. За результатами аналізу кількості виписаних е-Рецептів пацієнтам на хвороби Паркінсона встановлено, що протягом 2023-2025 рр. в Україні цей показник планомірно збільшувалась, з 87 тис. штук (2023 р.) до 113 штук (3 квартали 2025 р.). Вважаємо, що важлива позитивна характеристика процесу, який досліджували.
2. Встановлено, що найбільш інтенсивними темпами (%) змінювалась кількість е-Рецептів протягом 2023 р. (10 тис. у 1 кварталі до 28 тис. грн. у 4 кварталі). За даними 2024 р. кількість е-Рецептів зросла з 29 тис. штук у 1 кварталі до 33 тис. штук е-Рецептів. Вже у 3 кварталі 2025 р. лікарями були виписано 36 тис. штук е-Рецептів. Таким чином, кількість е-Рецептів збільшилась у 2025 р., порівняно з даними 2023 р. у 3,6 раза.
3. В цілому, упродовж 2023-2025 рр. в Україні було виписано е-Рецептів 365949 пацієнтам з хворобою Паркінсона. Найбільша кількість хворих

обслуговувалась у Львівській області (3898 хворих – 10,84%), м. Києві (3588 хворих – 9,98%) та у Дніпропетровській області (3339 осіб або 9,29%). В свою чергу, найнижчі показники спостерігалась у Херсонській (153 – 0,42%), Донецькій (374 – 1,04%) та Запорізькій областях (728 – 2,03%).

4. Доведено, що у структурі виписаних рецептів домінували комбіновані препарати Левадопи+Карбідопи, а 87,72% е-Рецептів були оформлені у закладах охорони здоров'я, що розміщені у містах. Це відображає стан розвитку медичної та фармацевтичної інфраструктури по різних регіонах країни.

5. За результатами аналізу структури АЗ, які можуть у відповідності діючої нормативно-правової бази обслуговувати пацієнтів з хворобою Паркінсона за е-Рецептами встановлено, що протягом 2023-2025 рр. їх налічувалось 15804 закладів.

6. Встановлено, що позиції регіонів лідерів за кількістю АЗ, що приймають участь у державній програмі «Доступні ліки» (неврологічний профіль хворих) займає м. Київ (1626 АЗ або 10,29%), а найменша була характерна для Херсонської області (74 АЗ або 0,46%). Таким чином, зазначений показник коливався у досить великому діапазоні значень, а значення R дорівнює 1552 одиниць аналізу.

7. За 5 днів спостережень за кількістю е-Рецептів, які виписувались лікарями пацієнтам з хворобою Паркінсона встановлено наступне. Вказаний показник зріс з 316048 штук (актуальна інформація на 25.10.2025 р.) до 317620 штук (30.10.2025 р.), тобто на 1,01%. Таким чином, можна зробити висновок, що цей показник аналізу має динамічний характер розвитку з тенденцією до планомірного зростання у часі.

8. Встановлено, що упродовж 2023-2025 рр. кількість е-Рецептів коливалась у діапазоні значень від 7 (Луганська область) до 37007 (м. Київ). Таким чином, показник коливався у досить широкому діапазоні значень. Позиції лідерів зайняв м. Київ – 37007 штук е-Рецептів. Перші три позиції лідерів зайняли такі адміністративно-територіальні одиниці країни: м. Київ

(37007 рецептів або 11,71% від загальної кількості виписаних е-Рецептів пацієнтам з хворобою Паркінсона); Львівська область (34671 або 10,97 % відповідно); Дніпропетровська область (23994 рецептів або 7,59 %). Таким чином, склад регіонів лідерів за кількістю рецептів, які були виписані та кількістю АЗ, які можуть обслуговувати хворих за програмою «Доступні ліки» співпадають. Найнижчі дані спостерігалися у Луганській області (7 рецептів або < 0,01%).

9. Визначено, що упродовж 2023-2025 рр. (актуальна інформація станом на 30.10.2025 р.) в Україні було відпущено пацієнтам з хворобою Паркінсона 294311 рецептів, таким чином, із 317620 виписаних лікарями е-Рецептів 23309 або 7,34% були не погашені в АЗ, а препарати не відпущені хворим.

10. Встановлено, що за кількістю відпущених ЛЗ по різних регіонах позиції лідерів займали м. Київ, Львівська та Дніпропетровська області. Вже традиційним для означеного контингенту хворих є склад областей-аутсайдерів за кількістю відпущених препаратів за е-Рецептами. Це Херсонська, Донецька та Запорізька області.

11. Аналіз динаміки змін кількості виписаних е-Рецептів за 5 днів спостереження за аналітичної інформацією, яка представлена на НСЗУ за опцією «Хвороба Паркінсона» дає змогу стверджувати, що по регіонах першої та другої групи темп приросту мав однакові значення (1,01%). Виключенням була лише дані по Тернопільській області (1,02%),

12. Порівняння даних питомої ваги (%) кількості АЗ, які відпустили ЛЗ пацієнтам на хворобу Паркінсона дало змогу визначити регіон-лідер. Це Сумська область (75,14% АП), а найнижчі дані спостерігалися у відносно безпечному регіоні країни, а саме у Чернівецькій області (44,20%).

13. За даними аналізу динаміки виписаних е-Рецептів упродовж 2023-2025 рр. встановлено, що у 2024 р. по всіх, без виключення регіонів, було характерне суттєво зростання даних кількості рецептів. Найвищі темпи приросту цього показника мало місце у Харківській області (125% або $k_1=2,25$), а найнижче у Львівській області ($k_1=1,40$). Слід відзначити, що у

2025 р. мало місце значне зниження кількості виписаних рецептів по всіх регіонах, окрім Запорізькій області ($k_2=1,71$). При цьому, найнижче значення темпів (-17,0%) спостерігався у Львівській області (з 13663 до 11354 штук е-Рецептів).

14. За результатами проведеного можуть бути розроблені практичні рекомендації з метою підвищення рівня ефективності фармацевтичного забезпечення хворих неврологічного профілю за державною програмою «Доступні ліки» з урахування регіонального розподілу країни.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Здійснено аналіз, систематизацію та узагальнення даних спеціальної літератури з питань етіології, патогенезу, симптоматичних проявів хвороби Паркінсона
2. Проведено аналіз сучасного асортименту ЛЗ, які використовуються у лікування хвороби Паркінсона у відповідності до рівнів АТС-класифікаційної системи.
3. Досліджено стан епідеміологічної ситуації з хвороби Паркінсона у географічних зонах та підзонах, які представлені на офіційному сайті ВООЗ.
4. Проведено порівняльний аналіз показників поширеності хвороби Паркінсона у різних країнах світу, у т. ч. в Україні. Визначені особливості у формування епідеміологічного профілю з хвороби Паркінсона у країнах, які мають різний рівень соціально-економічного розвитку та показники середньої тривалості життя людей з урахування двох гендерів..
5. За даними аналізу даршбордів НСЗУ у реальному часі здійснено комплексний аналіз стану фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні.
6. Проведений порівняльний аналіз стану фармацевтичного забезпечення зазначеної групи неврологічних хворих у регіонах України, які мають різний рівень безпекової ситуації для населення.
7. За результатами аналізу, систематизації та узагальнення результатів проведених досліджень надана комплексна характеристика процесу фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона в Україні, яке здійснюється за державною програмою «Доступні ліки», а також окреслені напрямки з підвищення рівня ефективності зазначеного процесу у національній системі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безплатні медичні послуги у разі хвороби Паркінсона. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/bezoplatni-medichni-poslugi-u-razi-hvorobi-parkinsona> (дата звернення: 19.11.2025).
2. Всесвітній день боротьби з хворобою Паркінсона. URL: <https://surl.li/onalm> (дата звернення: 19.11.2025).
3. Гід по Програмі медичних гарантій для пацієнта. *Національна служба охорони здоров'я*. URL: <https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/25/09/15/bNI9dZ66pV1bzoAyVDhoBpQmYcsq04Lc5btID1Z6.pdf> (дата звернення: 29.10.2025).
4. Електронна карта місць відпуску лікарських засобів за електронними е-Рецептами. *Хвороба Паркінсона*. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/elektronna-karta-misc-vidpusku-likarskix-zasobiv> (дата звернення: 25.10.2025).
5. Електронні рецепти на лікарські засоби : деталізація створення рецептів. *Хвороба Паркінсона*. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/detalizaciia-vipisanix-elektronnix-receptiv-na-lika> (дата звернення: 25.10.2025).
6. Електронні рецепти на лікарські засоби : виписування та відпуск. *Хвороба Паркінсона*. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/elektronni-recepti-na-likarski-zasobi-vipisuvann> (дата звернення: 30.10.2025).
7. Котвіцька А. А., Боровець С. А. Результати порівняльного аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона в Україні та інших країнах світу *Формування Національної лікарської політики: питання освіти, теорії та практики* : матеріали VIII Всеукр. наук.-освіт. конф. з міжнар. участю, м. Харків, 27 листоп. 2025 р., Харків : НФаУ, 2025. С. 216–217.
8. Котвіцька А. А., Прокопенко О. С. Вивчення основних етіологічних факторів, що обумовлюють виникнення хвороби Паркінсона. *ScienceRise: Pharmaceutical Science*. 2017. № 3(7). Р. 15–19.

9. Хвороба Паркінсона : Настанова 00798. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3579> (дата звернення: 09.09.2025).
10. Хубетова І. В. Фармакоеконімічні аспекти терапії хвороби Паркінсона. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2(84). С. 52–59.
11. Actual Data on Essential Trace Elements in Parkinson's Disease / C. Popescu et al. *Onose G. Nutrients*. 2025. Vol. 7(11). P. 1852.
12. Alghadir A. H., Zafar H., Al-Eisa E. S. Effect of posture on swallowing. *Afr. Health Sci*. 2017. Vol. 17(1). P. 133–137.
13. Boccardi V., Mecocci P. Water intake, hydration and Parkinson's disease. *Aging. Clin. Exp. Res*. 2022. Vol. 34(12). P. 3163.
14. Goetz C. G. The History of Parkinson's Disease: Early Clinical Descriptions and Neurological Therapies. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011. Vol. 1(1). P. a008862.
15. Dietary approaches to improve efficacy and control side effects of Levodopa therapy in Parkinson's disease: A systematic review / J. T. Boelens et al. *Adv. Nutr*. 2021. Vol. 12(6). P. 2265–2287.
16. Dietary interventions for gastroparesis: A systematic review / D. Eseonu et al. *Adv. Nutr*. 2022. Vol. 13(5). P. 1715–1724.
17. Drug utilization study of antiparkinsonian medication in Romania during 25 years / C. Bucsa et al. *Front. Pharmacol*. 2025. Vol. 16. P. 1534344.
18. Exploring the Role of Orexinergic Neurons in Parkinson's Disease / S. Kumar et al. *Neurotox Res*. 2021. Vol. 39(6). P. 2141–2153.
19. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease / A. Fasano et al. *Lancet Neurol*. 2015. Vol. 14(6). P. 625–639.
20. Abdalla M. M. I. Ghrelin – Physiological functions and regulation. *Eur. Endocrinol*. 2015. Vol. 11(2). P. 90–95.
21. IRLAB World-leader in drug development in Parkinson's: Reducing the burden and transforming lives. Capital Markets Day October 17, 2023. URL:

https://irlab.se/wp-content/uploads/2023/10/IRLAB-CMD-2023-presentation_final.pdf (Date of access: 01.11.2025).

22. Fernandez R. D., Campos J., Santos T. Nutritional status and food consumption of patients with Parkinson disease. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2021. Vol. 79(8). P. 676–681.
 23. Levodopa/carbidopa intestinal gel infusion and weight loss in Parkinson's disease / M. Fabbri et al. *Eur. J. Neurol.* 2019. Vol. 26(3). P. 490–496.
 24. Life Expectancy of the World Population. URL: <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/> (Date of access: 01.11.2024).
 25. Management of dysphagia and gastroparesis in Parkinson's disease in real-world clinical practice – Balancing Pharmacological and non-pharmacological approaches / R. Bhidayasiri et al. *Front Aging Neurosci.* 2022. Vol. 14. P. 979826.
 26. MDS research criteria for prodromal Parkinson's disease / D. Berg et al. *Mov. Disord.* 2015. Vol. 30(12). P. 1600–1611.
 27. Mediterranean-Dash intervention for neurodegenerative delay (MIND) diet slows cognitive decline after stroke / L. Cherian et al. *J. Prev. Alzheimers Dis.* 2019. Vol. 6(4). P. 267–273.
 28. Neurologists' preferences for device-aided therapy for advanced Parkinson's disease in Japan / S. Fujioka et al. *Curr. Med. Res. Opin.* 2023. Vol. 39(1). P. 91–104.
 29. Overlapping genetic architecture between Parkinson disease and melanoma / U. Dube et al. *Acta Neuropathol.* 2020. Vol. 139(2). P. 347–364.
 30. Parkinson's disease. URL: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/8525-parkinsons-disease-an-overview> (Date of access: 02.10.2025).
 31. Parkinson's disease prevalence, 2021. Estimated number of people with Parkinson's disease. per 100,000 people. URL: <https://ourworldindata.org/grapher/parkinsons-disease-prevalence-ihme> (Date of access: 02.10.2025).
-

32. Song Li, Weidong Le. Milestones of Parkinson's Disease Research: 200 Years of History and Beyond. *Neurosci Bull.* 2017. Vol. 11, №33(5). P. 598–560.
33. State-level prevalence, health service use, and spending vary widely among Medicare beneficiaries with Parkinson disease / S. Mantri et al. *NPJ Parkinsons Dis.* 2019. Vol. 5. P. 1.
34. Wang A. S., Gunzler S. A. Systematic review of the pharmacoeconomics of Parkinson disease medications. *Expert Opin. Pharmacother.* 2019. Vol. 20(13). P. 1659–1670.
35. What was first and what is next in selecting device-aided therapy in Parkinson's disease? Balancing evidence and experience / O. Phokaewvarangkul et al. *J. Neural Transm (Vienna)*. 2024. Vol. 131(11). P. 1307–1320.

ДОДАТКИ





МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ



**«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»**

МАТЕРІАЛИ
VIII Всеукраїнської науково-освітньої конференції
з міжнародною участю

27 листопада 2025 року



Харків
НФаУ
2025

VIII Всеукраїнська науково-освітня конференція з міжнародною участю
«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»

РЕЗУЛЬТАТИ ПОРІВНЯЛЬНОГО АНАЛІЗУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ НА ЛЕЙКОЗИ, ХВОРОБУ ХОДЖКІНА ТА НЕХОДЖКІНСЬКІ ЛІМФОМИ У РІЗНИХ РЕГІОНАХ СВІТУ	212
<i>Панфілова Г.Л., Суханова (Васильєва) Н.С.</i>	
РЕЗУЛЬТАТИ ПОРІВНЯЛЬНОГО АНАЛІЗУ КУМУЛЯТИВНОГО РИЗИКУ ЗАХВОРИТИ ТА ВМЕРТИ ВІД НЕХОДЖКІНСЬКИХ ЛІМФОМ В УКРАЇНІ ТА В КРАЇНАХ ЄВРОПИ	214
<i>Матущак М.Р.</i>	
РЕЗУЛЬТАТИ ПОРІВНЯЛЬНОГО АНАЛІЗУ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА В УКРАЇНІ ТА ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ	216
<i>Боровець С.А., Котвіцька А.А.</i>	
РОЗРОБКА І ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ КАР'ЄРНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ	218
<i>Пестун І.В., Гудименко К.В.</i>	
РОЗРОБЛЕННЯ СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ПРОТИДІАБЕТИЧНОЇ ДІЇ НА ОСНОВІ ПОХІДНОГО ГЛІФЛОЗИНУ	220
<i>Богуславський Є.П.</i>	
РОСЛИННА СИРОВИНА У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	223
<i>Гречана О.В., Ромась Г.А., Фуклева Л.А., Салій О.О., Гетало О.В.</i>	
СИНДРОМ КОТАРА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИКУ Й ЛІКУВАННЯ	224
<i>Дубина Б.В., Петренко М.К., Назаркіна В.М.</i>	
СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ЛОЯЛЬНОСТІ СПОЖИВАЧІВ	227
<i>Бойко Т.О.</i>	
СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ ФАЛЬСИФІКОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В АПТЕЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ОГЛЯД І АНАЛІЗ	229
<i>Брім В.М., Назаркіна В.М.</i>	
СУЧАСНІ МІКРОБІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ МОНІТОРИНГУ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	233
<i>Дубініна Н.В.¹, Тищенко І.Ю.², Саустян Я.С.¹</i>	

VIII Всеукраїнська науково-освітня конференція з міжнародною участю
«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»

**РЕЗУЛЬТАТИ ПОРІВНЯЛЬНОГО АНАЛІЗУ ПОКАЗНИКІВ
ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА В УКРАЇНІ ТА ІНШИХ
КРАЇНАХ СВІТУ**

Боровець С.А., Котвіцька А.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Розробка напрямків підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення пацієнтів з хворобою Паркінсона потребує використання значного обсягу інформації, перш за все, епідеміологічного характеру. Дані захворюваності, поширеності та смертності населення від хвороби Паркінсона дозволяє формувати науково обґрунтовані підходи щодо фінансового забезпечення процесу надання їм медичної та фармацевтичної допомоги. Враховуючи вище сказане, актуальним та важливим є проведення аналізу епідеміології хвороби Паркінсона в Україні, а також в інших країнах світу.

Мета досліджень полягала у проведенні порівняльного аналізу показників поширеності хвороби Паркінсона в Україні та інших країнах світу, що відрізняються за рівнем соціально-економічного розвитку.

Предмет дослідження – дані поширеності хвороби Паркінсона (2021 р.), які представлені на офіційному сайті «Parkinson's disease prevalence». З метою порівняння даних поширеності хвороби Паркінсона та середньої тривалості життя були також використані дані сайту «Life Expectancy of the World Population». Всього було відібрано показників по 26-ти країнах світу. У відповідності до рівня їх соціально-економічного розвитку, а також географічної близькості до України було сформовано дві референтні групи країн. До першої увійшли країни, які належать у відповідності до класифікації Світового банку до тих, що мають доходи населення вище середнього. Це Австрія, Велика Британія, Бельгія, Ізраїль, Іспанія, Італія, Канада, Німеччина, США, Норвегія, Франція, Фінляндія, Швеція. До другої групи були віднесені Україна, а також ті держави, які розташовані географічно поряд та

VIII Всеукраїнська науково-освітня конференція з міжнародною участю
«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»

мають споріднену за характером реформування модель розвитку національної системи охорони здоров'я (Болгарія, Грузія, Казахстан, Молдова, Литва, Латвія, Сербія, Словачія, Польща, Румунія, Україна, Угорщина, Чехія). У дослідженнях використовуватися загальнотеоретичні методи, а також епідеміологічні та математико-статистичні методи досліджень.

Встановлено, що у 13-ти країнах світу (перша референтна група), які мають характеризуються порівняно високими доходами населення та середньої тривалості життя людей показники поширеності хвороби Паркінсона коливалися у діапазоні від 188,1 до 494,2 особи на 100 тис. населення країни (Норвегія та Німеччина відповідно). Серед країн-лідерів за кількістю хворих представлені Іспанія, Канада, Франція, Фінляндія, Бельгія, Австрія, Італія. Ці країни мають також й порівняно високі показники середньої тривалості життя людей, але прямої залежності за цими показниками нами не встановлено. Вважаємо, що для цього необхідно використовувати більш чутливі методики математико-статистичного аналізу. У другій групі країн, до складу якої входила й Україна встановлено, що показник поширеності хвороби Паркінсона істотно відрізнявся від тих даних, які ми спостерігали у першій референтній групі країн. Так, він коливався у діапазоні значень від 78,3 (Казахстан) до 223,8 особи (Болгарія), а в Україні дорівнював 179,9 осіб на 100 тис.. Середнє значення поширеності хвороби Паркінсона в першій групі референтних країн дорівнювало значенню 329,69 осіб, а у другій – 176,93 особи на 100 тис. населення. У другій групі референтних країн значення цього показника було на 46,33% менше, ніж аналогічний дані по першій групі країн. Наявність такої значної різниці у показниках обумовлює необхідність проведення подальших досліджень за окресленою проблематикою. Тобто, в країнах, які характеризуються високими значеннями доходів населення та середньої тривалості життя показники поширеності хвороби Паркінсона були вищими, ніж у країнах другої референтної групи. Представлені результати можуть бути використанні у визначенні фінансового навантаження на національні системи охорони здоров'я задля лікування неврологічних хворих.