

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА на тему:

«ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ АНТИДЕПРЕСАНТІВ»

Виконав: здобувач вищої освіти
другого (магістерського) рівня
фармацевтичного факультету
Галузь знань 22 Охорона здоров'я
Спеціальність 226 Фармація,
промислова фармація
ОП «Технології парфумерно-
косметичних засобів», студентка 1
групи Аміна ЛЮБЕНОК

Керівник: доцент кафедри управління
та економіки фармації, к.фарм.н.,
Тамара ЗАРІЧНА

Рецензент: доцент кафедри управління
та економіки фармації, к.фарм.н
Валерій ДЕМЧЕНКО

АНОТАЦІЯ

У наш час, на тлі повномасштабної війни в Україні, поширені численні психічні розлади, зокрема такі, як депресія, генералізований тривожний розлад (ГТР), obsесивно-компульсивний розлад (ОКР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші, що призводять до значного погіршення психічного й емоційного стану людини.

Важливим є своєчасне та якісне забезпечення населення відповідними лікарськими засобами.

Проаналізовано деякі аспекти сучасної теорії та практики застосування лікарських засобів при психічних розладах. Досліджено вітчизняний ринок антидепресантів. Вивчено контингент споживачів даних препаратів та структури їх уподобань.

Робота складається зі вступу, огляду літератури, експериментальної частини, загальних висновків, переліку літературних джерел та додатків. Викладена на 62 сторінках, включає 7 таблиць, 27 рисунків, список використаних джерел містить 36 найменувань, 2 додатки.

Ключові слова: психічні розлади, структура сегменту ринку, конкурентоспроможність, контингент споживачів, уподобання споживачів.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ОСНОВНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	6
1.1 Основні види, симптоми та причини психічних розладів.....	6
1.2 Вивчення етіології та патогенезу психічних розладів: депресія, генералізований тривожний розлад, обсесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад.....	7
1.3 Основна діагностика і методи лікування психічних розладів.....	14
РОЗДІЛ II. ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ'ЄКТІВ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	18
РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	22
3.1. Аналіз асортиментної та фірмової структури досліджуваного сегменту ринку	22
3.2. Вивчення конкурентоспроможності фармацевтичних фірм- постачальників на ринок України зазначених лікарських засобів	29
3.3. Кваліметричний аналіз лікарських засобів, які застосовують для лікування психічних розладів.....	37
РОЗДІЛ IV. АНАЛІЗ КОНТИНГЕНТУ СПОЖИВАЧІВ ТА СТРУКТУРИ ЇХ УПОДОБАНЬ ЩОДО ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ	40
4.1. Вивчення контингенту споживачів лікарських засобів при психічних розладах та їх аналіз уподобань з точки зору споживачів.....	40
4.2. Вивчення контингенту споживачів лікарських засобів при психічних розладах та аналіз їх уподобань з точки зору фармацевтів.....	47
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТКИ	59

ВСТУП

Психічне здоров'я є невід'ємною складовою загального благополуччя людини. У сучасних умовах швидкого темпу життя, постійного стресу, соціальної напруги, воєнних дій та економічної нестабільності кількість осіб, які страждають на психічні розлади, невпинно зростає.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щонайменше кожна восьма людина у світі страждає на той чи інший психічний розлад. До найбільш поширених належать депресія, генералізований тривожний розлад (ГТР), obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Варто зазначити, що симптоми цих станів можуть бути схожими, проте мають певні відмінності у клінічній картині та перебігу. Їх виникнення пов'язане з комплексом біохімічних, генетичних, соціальних та психологічних факторів. Основним патогенетичним механізмом розвитку більшості психічних розладів вважають дисбаланс нейромедіаторів — серотоніну, норадреналіну та дофаміну, які відіграють ключову роль у регуляції настрою, емоцій і поведінки людини.

Важливе місце в лікуванні займають антидепресанти — лікарські засоби, що нормалізують нейрохімічні процеси у центральній нервовій системі, відновлюють баланс моноамінів і зменшують прояви тривоги, депресії та емоційного напруження.

Залежно від механізму дії антидепресанти поділяють на декілька основних груп: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН), трициклічні антидепресанти, інгібітори моноаміноксидази (ІМАО) та інші.

Незважаючи на значний прогрес у фармакотерапії психічних захворювань, і сьогодні залишається актуальним питання раціонального вибору антидепресантів, оцінки їх ефективності, безпечності та доцільності застосування у кожному конкретному випадку.

Враховуючи вищесказане, **метою** магістерської роботи стало маркетингове дослідження вітчизняного ринку антидепресантів.

Для досягнення поставленої мети в **завдання** дослідження входило:

- вивчення літературних джерел з досліджуваного питання;
- вивчення етіології та патогенезу депресії, генералізованого тривожного розладу, obsесивно-компульсивного розладу та посттравматичного стресового розладу;
- вивчення стратегій лікування психічних розладів;
- аналіз асортиментної та фірмової структури ринку лікарських засобів з групи антидепресантів;
- вивчення конкурентоспроможності фармацевтичних фірм-постачальників лікарських засобів зазначеної дії;
- проведення кваліметричного аналізу препаратів для лікування психічних розладів;
- вивчення контингенту споживачів та структури їх уподобань щодо лікарських засобів з групи антидепресантів.

Об'єктом дослідження став вітчизняний ринок лікарських засобів з групи антидепресантів.

Предметом дослідження є асортимент та фірмова структура, рівень конкуренції на даному сегменті ринку, контингент споживачів зазначених лікарських засобів та їх уподобання.

Методи дослідження. В роботі були використані системно-аналітичний, математико-статистичні, порівняльні методи.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження висвітлювалися на 86 Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини та фармації – 2026» (14-15 травня 2026 року, м. Запоріжжя).

Структура та обсяг магістерської роботи. Дана робота складається із вступу, огляду літератури, експериментальної частини, загальних висновків,

переліку використаних літературних джерел та додатків. Робота викладена на 62 сторінках, містить 7 таблиць, 27 рисунків; список використаних джерел налічує 36 найменувань, а також включає 2 додатка.

РОЗДІЛ I. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ОСНОВНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1 Основні види, симптоми та причини психічних розладів

Серед найбільш поширених психічних розладів виділяють депресію, генералізований тривожний розлад (ГТР), obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ці стани значно впливають на психоемоційний стан людини, її працездатність, поведінку та соціальну активність. Доволі часто можуть супроводжуватися фізичними симптомами та соматичними порушеннями.

На початковій стадії розлади мають нечіткі прояви, тому хворі не приділяють цьому належної уваги та зазвичай не завжди звертаються за допомогою до лікаря-психіатра або психолога. У подальшому спостерігаються типові клінічні прояви:

Депресія проявляється тривалим пригніченим настроєм, втратою інтересів і задоволення, зниженням енергійності, яке може призвести до підвищеної стомлюваності та зниженої активності, суттєвою зміною ваги, порушенням апетиту та сну, регулярними думками про власну непотрібність, смерть чи суїцид [1, 3].

Генералізований тривожний розлад (ГТР) характеризується наявністю постійної, нефіксованої тривоги, надмірною стурбованістю навіть через дрібні проблеми, м'язовою напругою, запамороченням, нудотою, порушенням сну та поверхневим диханням [2, 3].

Obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) проявляється нав'язливими думками (obsесіями), що викликають сильний психологічний дискомфорт, та

діями, поведінкою або ритуалами (компульсіями), які виникають імперативно та спрямовані на зменшення тривоги.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає після пережитого травматичного досвіду і включає повторне переживання травми через флешбеки, тригери або кошмари, емоційне притуплення та порушення концентрації уваги [2].

Виділяють такі види психічних хвороб залежно від критерію основних причин:

- ендогенні;
- екзогенні;
- психогенії;
- патологія психічного розвитку.

Ендогенні психічні хвороби виникають під впливом внутрішніх біологічних факторів, таких як генетичні аномалії, спадкова схильність, перенесені захворювання, імунологічні, реактивні або конституціональні особливості. До цієї групи відносять епілепсію, шизофренію, біполярний розлад, а також депресивні епізоди, якщо вони мають біохімічне або генетичне походження.

Екзогенні психічні розлади формуються під впливом зовнішніх факторів: інфекцій, інтоксикацій, психічних переживань та черепно-мозкових травм. До цієї групи належать психози після травм, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соматогенні та інфекційні психічні порушення.

Психогенії — реактивні психози, неврози та розлади, що виникають у відповідь на психотравмуючі ситуації або соціальні конфлікти. Сюди відносять obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) та генералізований тривожний розлад (ГТР).

Патологія психічного розвитку включає психопатії та олігофренії, що виникають через порушення розвитку нервової системи і призводять до формування особистісних або когнітивних дефіцитів [1].

1.2 Вивчення етіології та патогенезу психічних розладів: депресія, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад

Депресія — це афективний розлад, що характеризується стійким зниженням настрою, втратою інтересу до звичних видів діяльності, зниженням енергії та працездатності, порушенням когнітивних функцій і соціальної активності протягом щонайменше двох тижнів [4].

За результатами масштабних досліджень, депресивні стани переживає приблизно кожен двадцятий житель планети. Але статистика ще більш показова, коли дивитись на неї з гендерної точки зору: у жінок депресію діагностують приблизно вдвічі частіше, ніж у чоловіків.

Згідно з інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 6% українського населення страждає від депресії, що є одним із найвищих показників в Європі. За даними Міністерства охорони здоров'я України, з лютого 2022 року було зафіксовано понад 9 млн звернень громадян за допомогою з питань психічного здоров'я, з яких понад 4 млн припадають на 2023 рік [7].

Точна причина депресивних розладів невідома, проте їх розвитку сприяють генетичні фактори та фактори навколишнього середовища. Інші теорії зосереджуються на змінах рівнів нейромедіаторів, зокрема на браку серотоніну, дофаміну, норадреналіну та ГАМК і надлишку глутамату в мозку [3, 6]. Крім того, до факторів ризику відносять тяжке дитинство або травму в дитячому віці, сімейні проблеми, війна та еміграція, дефіцит уваги, черепно-мозкові травми, особистісні розлади, медичні захворювання та інші чинники [5]. Люди з діабетом також більше схильні до депресивного розладу, ніж решта. Постійно високий рівень глюкози створює умови для розвитку депресивного розладу:

- погіршує мозковий кровообіг;

- призводить до того, що нейрони не синтезують BDNF (нейротрофічний фактор головного мозку), а отже втрачається нейропластичність;

- якщо рівень глюкози високий, нейрони утворюють багато моноамінооксидази, яка руйнуватиме нейромедіатори;

- спричиняє високий рівень гормону кортизолу [3].

Залежно від тяжкості перебігу депресія класифікується на легку, помірну та важку. Легка форма може спричиняти певні труднощі в виконанні повсякденних завдань, але не перешкоджає загальному функціонуванню, тоді як при важкій формі людина втрачає здатність справлятися з соціальними обов'язками та навіть найпростішою роботою, може з'явитись потреба в госпіталізації та думки про самогубство [5].

Генералізований тривожний розлад (ГТР) — це психічний стан, що характеризується надмірною, стійкою тривогою та підвищеною емоційною напругою, яка присутня більшість днів протягом півроку і не пов'язана з конкретною очевидною причиною [3].

Довічна поширеність ГТР у світі становить близько 3–4%, а річна — близько 1,5–2%, причому в країнах із високим рівнем доходу показники вищі. Цей стан частіше діагностується у жінок, ніж у чоловіків, із середнім віком початку близько 30 років, хоча симптоми можуть дебютувати й в підлітковому віці або пізніше. В Україні, за даними досліджень, проведених у 2023 році, симптоми, що відповідають критеріям цього розладу, мають близько 15% дорослого населення, що може бути зумовлено впливом воєнних дій та хронічного стресу [11, 12].

Етіологія генералізованого тривожного розладу є багатofакторною і формується під впливом взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. До біологічних чинників відносять:

- Генетичну схильність. Люди, в родині яких були тривожні розлади, мають вищий ризик захворіти. Доведено, що цей розлад має спільну спадкову основу з великою депресією та рисою особистості «невротизм», що

свідчать про певні загальні механізми формування афективних порушень. Інші дані підтверджують варіації в підтипах гена декарбоксилази глутамінової кислоти, які підвищують сприйнятливість до розвитку ГТР, а також на підвищену частоту генотипу SS поліморфної області транспортера серотоніну серед осіб із цим розладом [9, 10].

- Нейрохімічний дисбаланс. У хворих на ГТР часто фіксують знижений рівень серотоніну, дофаміну та ГАМК. Це ті речовини, які регулюють настрій, рівень тривоги та збудження.

- Підвищену активність мозкових структур. Зокрема, мигдалеподібного тіла — ділянки мозку, що відповідає за розпізнавання загрози. У людей із цим розладом вона надто чутлива й постійно сигналізує про небезпеку навіть там, де її немає.

- Порушення сну та біоритмів. Хронічний недосип та зміщення циркадних ритмів поглиблюють тривожність і роблять нервову систему більш вразливою.

До психологічних чинників розвитку відносять ранні психологічні травми, наприклад, токсичне виховання, жорстка критика в дитинстві, емоційна відсутність батьків чи насильство. Також генералізований тривожний розлад часто з'являється у людей, схильних до катастрофізації та гіперконтролю.

До соціальних чинників, які можуть посилювати ризик розвитку, відносять економічну нестабільність, війну, життя в містах із високим рівнем шуму й тиску, відсутність підтримки, вплив соціальних мереж (постійне порівняння себе з іншими, інфопростір, що насичений катастрофічними новинами), професійне вигорання [9].

Важливо усвідомлювати, що тривожні розлади можуть бути не причиною, а наслідком хвороб, серед яких: гормональні порушення (діабет, збої в роботі щитоподібної залози, надлишок адреналіну); хронічний біль (фіброміалгія, остеоартрит, рак, опіки); захворювання шлунково-кишкового тракту (синдром подразненого кишківника, пептична виразка); неврологічні

порушення (мігрень, деменція, епілепсія); хвороби серця і легень (астма, хронічне обструктивне захворювання легень, патологія серцевих клапанів, ожиріння та стенокардія) [8].

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) — це тривалий розлад, у якому людина перебуває під тиском нав'язливих думок чи образів (обсесій), яких може позбутися лише повторюваними діями (компульсіями) [3].

Розповсюдженість серед населення складає 1,5–1,6%. Біля третини пацієнтів захворює у віці 10–15 років, три четверті — до 30 років. Слід зауважити, що більша частина людей приховує свій хворобливий стан та звертаються за допомогою через п'ять, а іноді й через десять років перебігу хвороби. У чоловіків ОКР з'являється у більш ранньому віці (від 6 до 15 років), а у жінок пізніше (20–29 років) [2].

Причини обсесивно-компульсивного розладу є комплексними та мають мультифакторний характер. Розвиток ОКР, скоріше за все, є результатом взаємодії генетичних, біологічних і факторів середовища.

- Генетична схильність. Якщо хтось з батьків або близьких родичів має обсесивно-компульсивний розлад або інші психічні розлади. Також генетично може передаватися специфічна робота певних ділянок мозку, що теж є фактором розвитку. Є докази, що якщо ділянки мозку не реагують на серотонін належним чином, може розвинути ОКР.

- Захворювання та функціонально-анатомічні особливості нервової системи. Згідно теорії Павлова і його послідовника, в основі розвитку ОКР лежить дисбаланс між збудженням і гальмуванням нервової системи. Мають значення також порушення обміну нейромедіаторів, перш за все серотоніну.

- Інфекційний фактор. Вважається, що перенесена стрептококова інфекція може спричинити аутоімунну реакцію та ураження певних відділів головного мозку.

- Фактори середовища. Значну роль у розвитку можуть відігравати умови виховання, хронічні стреси та психічні травми дитячого віку. Також підґрунтям для розвитку ОКР можуть слугувати такі персональні прояви

характеру, як перфекціонізм, завищене відчуття відповідальності та складнощі у проживанні невизначеності [13, 14].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це важкий, часто хронічний та пов'язаний зі значним рівнем непрацездатності розлад, який розвивається у деяких людей після впливу травматичної події, яка пов'язана з фактичним або загрозливим ушкодженням їх або інших людей.

Поширеність ПТСР протягом життя, за даними епідеміологічних досліджень, становить від 6,1 до 9,2% у загальній дорослій популяції Сполучених Штатів та Канади, а однорічна поширеність коливається в межах 3,5–4,7%. За даними МОЗ України, близько 8% чоловіків та 20% жінок, що пережили травматичні події, мають посттравматичний стресовий розлад. У країнах та регіонах, де відбувалися військові дії, рівень поширеності значно вищий — від 11% до 50% серед населення [15].

До найчастіших причин розвитку ПТСР належать аварії, стихійні лиха, теракти, війна, побиття та інший фізичний напад, сексуальне насильство, пограбування, тяжкі захворювання та втрата близької людини. Особливо вразливими є діти, у яких ПТСР та інші тривожні розлади виникають частіше. У жінок поширеними тригерами є викидень або передчасні пологи. Іншими потенційними причинами розвитку розладу можуть бути розлучення або зрада партнера. Також існують професійні групи підвищеного ризику: військовослужбовці, рятувальники, пожежники, лікарі, медичні сестри та інші представники професій, що регулярно стикаються з травматичними ситуаціями [16].

Посттравматичний стресовий розлад супроводжується глибокою перебудовою нейронних мереж, що виникає під впливом інтенсивного стресового чинника. Ці зміни охоплюють нейроендокринну регуляцію, синтез і метаболізм нейромедіаторів, а також призводять до структурно-функціональних змін у головному мозку. Основні патофізіологічні механізми включають:

- Дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. У пацієнтів з ПТСР часто спостерігається знижена продукція кортизолу наднирковими залозами. Хронічна гіперсекреція кортикотропін-рилізінг гормону (CHR) гіпоталамусом підтримує напружений стан системи, що призводить до нейродегенеративних змін у гіпокампі (ділянки мозку, що відповідає за оперативну та довготривалу пам'ять).

- Порушення гормонального балансу щитоподібної залози. Відзначається зміна співвідношення тиреоїдних гормонів: підвищення рівня тироксину та конверсія його у більш активну форму — трийодтиронін. Це сприяє посиленню суб'єктивного відчуття тривоги та підвищеній збудливості нервової системи.

- Дисбаланс катехоламінів (норадреналіну та дофаміну). Характерне підвищення концентрації норадреналіну, що підтримує гіперзбудливість, реакцію «боротьби або втечі» і схильність до агресивних відповідей. Дофамінергічна системи також перебудовується: змінюється механізми прийняття рішень і пріоритезації стимулів, що утримує пацієнта у стані «психологічної пастки» травматичних спогадів.

- Зниження серотонінергічної активності. Відбувається зменшення вмісту серотоніну в певних ділянках мозку та зміна типів його рецепторів — від 5HT₁ (асоційованих зі спокоєм) до 5HT₂ (асоційованих із тривожністю). Це зумовлює посилену активацію амігдали та гіпокампа, що сприяє повторному відтворенню травматичних спогадів.

- Зниження активності ГАМК-ергічної системи. Дефіцит гамма-аміномасляної кислоти та її рецепторів порушує гальмівні процеси у ЦНС, що знижує здатність пригнічувати нав'язливі думки та підтримує стан постійного психологічного напруження.

- Підвищена реактивність амігдали. Людина тривожиться, не втрачає пильності й легко тригериться.

- Структурні зміни головного мозку. Спостерігається зменшення об'єму префронтальної кори, передньої поясної кори та гіпокампа, що

ускладнює контроль поведінки, регуляцію емоцій та процес прийняття рішень [3].

1.3 Основна діагностика і методи лікування психічних розладів

Діагностика психічних розладів розпочинається з первинного відвідування лікаря-психіатра або психотерапевта. На першому етапі лікар збирає детальний анамнез життя та хвороби пацієнта, з'ясовує наявність травматичних подій, стресових факторів та соматичних захворювань. Оцінюються основні симптоми — настрій, рівень тривожності, наявність obsesивних думок, компульсивних дій, розлади сну та апетиту [17].

Оглянувши пацієнта, лікар за необхідності призначає додаткові психометричні тести для об'єктивізації діагнозу:

- для депресії — найчастіше використовують шкалу Гальмітона (HAM-D), яка складається з 17–21 пункту й оцінює настрій, почуття провини, порушення сну, тривогу та соматичні симптоми (0–7 — норма, 8–13 — легка, 14–18 — помірна, більше 19 — виражена депресія), а також шкалу депресії Бека (BDI) — тест, який складається з 21 питання для самостійної оцінки стану (0–9 — відсутність або мінімальна депресія, 10–15 — субдепресія, 16–19 — легка, 20–29 — помірна, 30–63 — важка) [19, 20];
- для генералізованого тривожного розладу — застосовують шкалу GAD-7, короткий опитувальник із 7 пунктів для швидкого виявлення симптомів тривоги (0–4 бали — без симптомів, 5–9 балів — легкі симптоми, 10–14 балів — помірні симптоми, більше 15 балів — клінічно значимі симптоми), і клінічну шкалу HAM-A, яка містить 14 пунктів та враховує психічні й соматичні прояви тривожності [19, 21];
- для obsesивно-компульсивного розладу — шкалу Йеля-Брауна (Y-BOCS), яка вважається «золотим стандартом» та дозволяє оцінити тяжкість симптомів, включаючи нав'язливі думки (obsesії) та компульсивні дії (0–7 — симптоми відсутні, 8–15 — легкий ступінь ОКР, 16–23 — середній ступінь ОКР, 24–31 — важкий ступінь, 32–40 — вкрай важкий ступінь ОКР) [22];

- для посттравматичного стресового розладу — використовують шкалу CAPS-5, а також самоопитувальник PCL-5, який складається з 20 питань (сума більше 33 балів вказує на високу ймовірність ПТСР та потребу в подальшій клінічній оцінці) [23, 24].

При підозрі на органічну патологію (наприклад, пухлину головного мозку, ендокринні порушення) призначаються лабораторні аналізи (гормони щитоподібної залози, рівень кортизолу, вітамін В12), інструментальні методи (електроенцефалографія, магнітно-резонансна томографія головного мозку) [17].

Багато психічних розладів мають підступну особливість — поступовий розвиток і неспецифічні перші симптоми, що пацієнти часто ігнорують. Наприклад, депресія може починатися з хронічної втоми та порушень сну, ГТР — з постійного занепокоєння й соматичних проявів (тахікардії, тремору), ОКР — із невинних повторюваних ритуалів. Тому рання діагностика є вирішальною для запобігання тяжких наслідків [18].

Лікування порушень психіки передбачає комплексний підхід і включає медикаментозну терапію та психотерапію. Медикаментозна терапія спрямована на усунення патологічної симптоматики та нормалізацію функціонування пацієнта. Вона завжди підбирається індивідуально, з урахуванням клінічної картини, тяжкості симптомів та наявності супутніх захворювань. Основними групами препаратів є антидепресанти, антипсихотики, стабілізатори настрою (нормотиміки), анксиолітики тощо [25].

При депресії базовими препаратами є антидепресанти, насамперед селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) — сертралін, есциталопрам, пароксетин. При тяжких або резистентних формах до лікування додають атипіві антипсихотики (кветіапін, арипіпразол) або стабілізатори настрою (літій, вальпроат натрію) [26, 27].

При генералізованому тривожному розладі (ГТР) основою лікування також є антидепресанти — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (есциталопрам, пароксетин) або селективні інгібітори зворотного

захоплення серотоніну та норадреналіну (дулоксетин, венлафаксин), які зменшують як психічні, так і соматичні прояви тривоги. Для швидкого купірування гострих нападів тривоги іноді використовують короткочасно бензодіазепіни (алпразолам, діазепам). У деяких випадках застосовують прегабалін як засіб із анксиолітичним ефектом без ризику розвитку вираженої залежності [28].

При obsесивно-компульсивному розладі (ОКР) найбільш ефективними є високі дози селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин, сертралін, флувоксамін, пароксетин) протягом тривалого часу. У резистентних випадках до терапії додають атипіві антипсихотики (рисперидон, оланзапін). За необхідності пацієнтам можуть призначатися анксиолітики для зменшення вираженої тривожності, з обов'язковим контролем тривалості їх застосування [29, 33].

При посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) фармакотерапія передбачає застосування антидепресантів із групи СІЗЗС (сертралін, пароксетин) для зниження симптомів вторгнення та тривожності. Тразодон може використовуватися для нормалізації сну. Для зменшення симптомів гіперактивації симпатичної нервової системи (тахікардії, нічних кошмарів) призначають бета-адреноблокатори — пропранолол, празозин. При тяжких випадках можливе застосування антипсихотиків [30, 31, 32].

Незалежно від конкретного психічного розладу, фармакотерапія завжди поєднується з психотерапією, яка спрямована на навчання пацієнта навичкам контролю симптомів психічних порушень, підвищення адаптивності та покращення соціального функціонування [25].

До психотерапевтичних методів, ефективність яких доведена на практиці, належать:

- Когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на формування навичок вловлювання негативних думок і дистанціювання від них, усунення когнітивних викривлень, тестування власних суджень і вироблення більш реалістичного сприйняття тих чи інших ситуацій [3].

- Інтерперсональна (міжособистісна) психотерапія фокусується на міжособистісних взаємодіях у соціальному контексті. Вона застосовується для вирішення проблем, пов'язаних зі стосунками, та сприяє розвитку навичок ефективної комунікації, вирішенню конфліктів і побудові здорових взаємин із оточенням [34].

- Терапія, спрямована на пошук рішень. Її також називають короткочасною терапією, оскільки в неї є конкретна мета та завдання: знайти вирішення проблеми, що істотно псує життя [3].

РОЗДІЛ II. ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ'ЄКТІВ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вибір основних напрямів дослідження зумовлений необхідністю підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення та раціонального застосування антидепресантів серед осіб із психічними розладами.

Поширеність психічних розладів зростає, особливо в умовах стресу, соціальної нестабільності та воєнних дій, що негативно впливає на якість життя та загальний стан здоров'я населення. Дослідження причин і механізмів розвитку цих станів дозволяє удосконалювати терапевтичні підходи та заходи профілактики. Тому забезпечення своєчасної діагностики, ефективного лікування та комплексного фармацевтичного супроводу залишається актуальним завданням сучасної медицини та фармації.

Обґрунтована сукупність методологічних засад, використана інформаційна база, визначені завдання, відповідно до мети дослідження, обрані напрями досліджень із подальшою систематизацією одержаних результатів зумовили загальну методику магістерського дослідження та методів, які використані на всіх етапах виконання магістерської роботи.

Об'єктом дослідження став вітчизняний ринок лікарських засобів із групи антидепресантів.

Предметом дослідження слугували: асортиментна та фірмова структура, стан конкуренції на даному сегменті ринку, контингент споживачів зазначених лікарських засобів та їх уподобань.

Для постановки проблеми та вивчення об'єктів дослідження використані методи:

- системний — метод, при якому предмет (явище), що вивчається, розглядається, як елемент цілісного об'єкту або як цілісний об'єкт;
- аналіз — метод розчленування або розкладання предметів (явищ) на складові частини;

- ранжування — метод, при якому дані класифікують у певній послідовності (спадання чи зростання показників), визначення місця в цьому ряду;
- описової статистики — метод графічного виразу та кількісного оцінювання даних;
- статистичного групування — метод поділу сукупностей на однорідні типові групи за існуючими для них кількісними ознаками з метою всебічної характеристики їхнього стану, розвитку та взаємодії;
- анкетування — метод масового збору матеріалу за допомогою спеціально розроблених опитувальників, що називаються анкетами. Це різновид опитування, який передбачає заповнення респондентом власноруч спеціального бланку з запитаннями анкети, яка також містить інформацію соціально-демографічного характеру про респондента.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети були використані електронні джерела інформації: «Державний реєстр лікарських засобів України», «Компендіум-онлайн», Tabletki.ua. Застосували системно-аналітичний, математико-статистичні та порівняльні методи аналізу [35, 36].

Для визначення конкуренції введено поняття «напруженість конкуренції аналогів». Напруженість конкуренції показує, скільки конкурентних аналогів протиставляється на ринку кожному окремо за одним з видів продукції, що випускається ними.

Ступінь напруженості конкуренції між виробниками однакової продукції розраховували з використанням формули:

$$K_{vi} = (n-1)/n, (2.1)$$

де n – кількість всіх конкурентних аналогів фірм.

Частка ринку характеризує стан компанії на ринку відносно конкурентів.

Розрахунок частки сегменту ринку проводився за формулою:

$$d_{ij} = \frac{n_{ij}}{\sum n_{ij}}, (2.2)$$

де n_{ij} – кількість препаратів j -тої фірми в i -сегменті;

$\sum n_{ij}$ – сумарна кількість препаратів і-го сегменту, зареєстрованих в Україні.

Для оцінки основних характеристик лікарських засобів зазначеної групи було проведено кваліметричний аналіз.

Кваліметрична характеристика проведена на основі аналізу та узагальнення даних по клінічному застосуванню препаратів. Для оцінки використовувалися такі характеристики як: форма випуску, шляхи введення, спектр показань (характерні для всіх аналогів +1 бал, додаткові +2 бали), протипоказання (характерні 0 балів, специфічні -1 бал), побічна дія (характерні 0 балів, специфічні -1 бал), переважаючі ознаки (кількість ознак).

Вимірювання окремих властивостей лікарських засобів розраховували застосовуючи відносний показник якості (K_{ij}) за формулою:

$$K_{ij} = f(P_{ij}, P_{ij}^{\text{баз}}), (2.3)$$

де $P_{ij}^{\text{баз}}$ – базовий показник, прийнятий за вихідний порівняльних оцінок якості.

Питома вага фірмових препаратів по групах дозволяє визначити рівень монополізації відповідних сегментів ринку. Монополізація — досягнення суб'єктом господарювання монопольного (домінуючого) становища на ринку товару, підтримання або посилення цього становища. Для порівняльної оцінки цих показників використовується умовний коефіцієнт монополізації сегментів ринку — K_{μ} .

$$K_{\mu} = V_n / \sum N_j, (2.4)$$

де V_n – число фірмових препаратів;

$\sum N_j$ – сумарне число зареєстрованих препаратів в j-той фармакотерапевтичній групі.

Респондентам пропонувалось дати відповіді на запитання анкети, яка спеціально була розроблена для даного дослідження — додаток 1.

Анкетування відбувалося виключно за згодою респондента.

Для характеристики генеральної сукупності було сформовано репрезентативну вибірку шляхом простого звичайного відбору відповідно до формули.

Для визначення обсягу вибірки за основу було прийнято, що допустима межа похибки у маркетингових дослідженнях складає 10%, варіація для вибірки — 50%, коефіцієнт довіри (нормативне відхилення) — 1,96 (ймовірність $p = 0,95$), $\Delta p = 0,01$. Обсяг вибірки у даному дослідженні становив 90 респондентів ($n = 90$). Допустиму похибку визначили за формулою:

$$e = \sqrt{\frac{z^2 \times p \times q}{n}}, \quad (2.5)$$

де e – припустима похибка;

z – нормоване відхилення (визначається залежно від довірчої ймовірності отриманого результату);

p – визначена варіація для вибірки (відмінність значень ознаки у різних одиниць даної сукупності);

q – показник, що розраховується, як різниця між 100 та визначеною варіацією для вибірки;

n – кількість експертів.

Підставивши значення отримуємо:

$$e = \sqrt{\frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{90}} = 0,103 \approx 10,3\%$$

Отже, допустима похибка для вибірки з 90 респондентів становить близько $\pm 10\%$, що відповідає прийнятним межам для маркетингових досліджень.

Таким чином, обґрунтовано загальну методику дослідження, надана характеристика об'єктів та методів дослідження.

РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

3.1. Аналіз асортиментної та фірмової структури досліджуваного сегменту ринку

Вивчення асортиментної структури проводили згідно з «Державним реєстром лікарських засобів України», в якому зареєстровано 199 найменувань ліків зазначеної дії.

Ринок лікарських засобів, що застосовуються для лікування психічних розладів (антидепресанти, антипсихотики, нормотиміки, анксиолітики) швидко реагує на досягнення медицини. Даний асортимент постійно поповнюється, що вимагає від фахівців доброї орієнтації і знання цього ринку.

Всі лікарські засоби відрізняються між собою механізмом дії, складом, вартістю, формою випуском та ін.

Встановлено, що даний сегмент ринку налічує 72 (36,2%) оригінальних препаратів і 127 (63,8%) генериків (рис. 3.1).

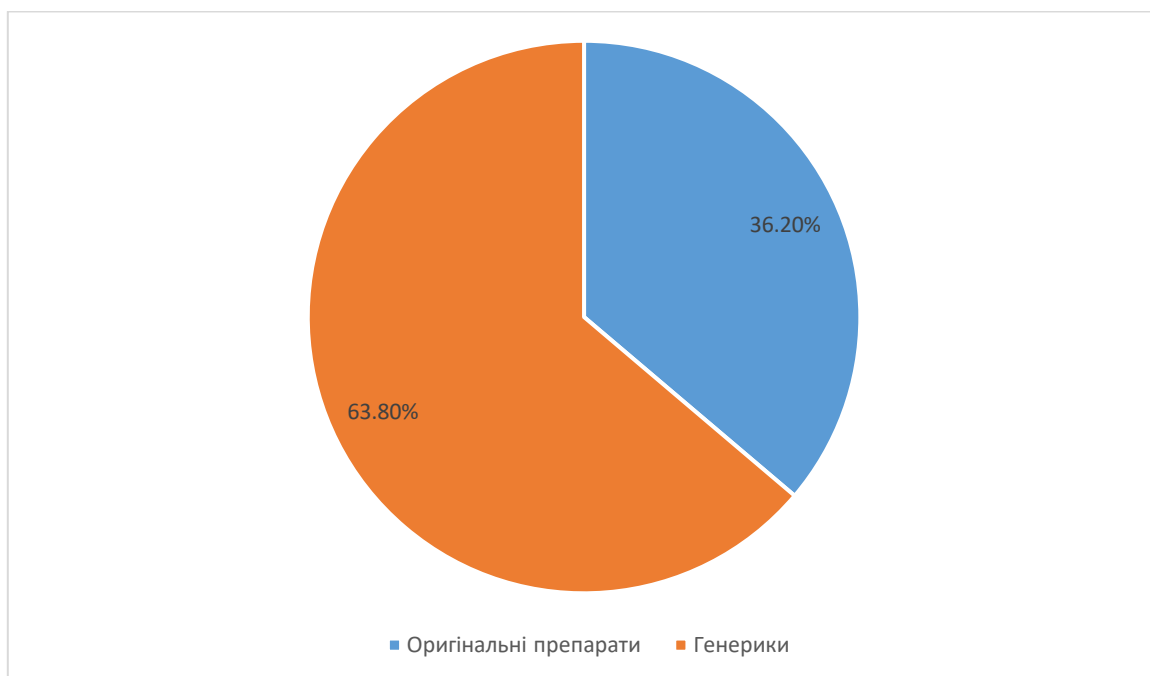


Рис. 3.1 Діаграма розподілу препаратів для лікування психічних розладів за оригінальністю

Із досліджуваних підгруп 199 (100%) — монопрепарати, і 0 (0%) — комбіновані (рис. 3.2).

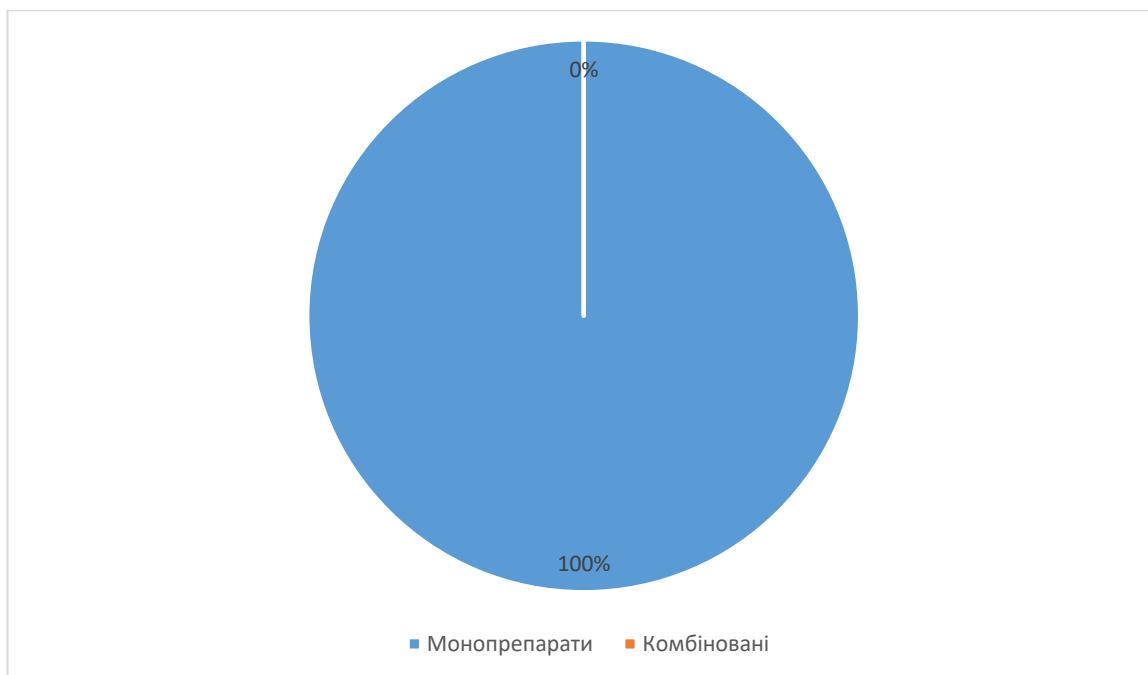


Рис. 3.2 Діаграма розділу асортименту за складом

В асортименті медичних препаратів представлені різні лікарські форми (рис. 3.3). Перевагу мають тверді ЛФ: таблетки — 141 (70,9%), капсули — 52 (26,1%); рідкі ЛФ: розчин — 6 (3,0%).

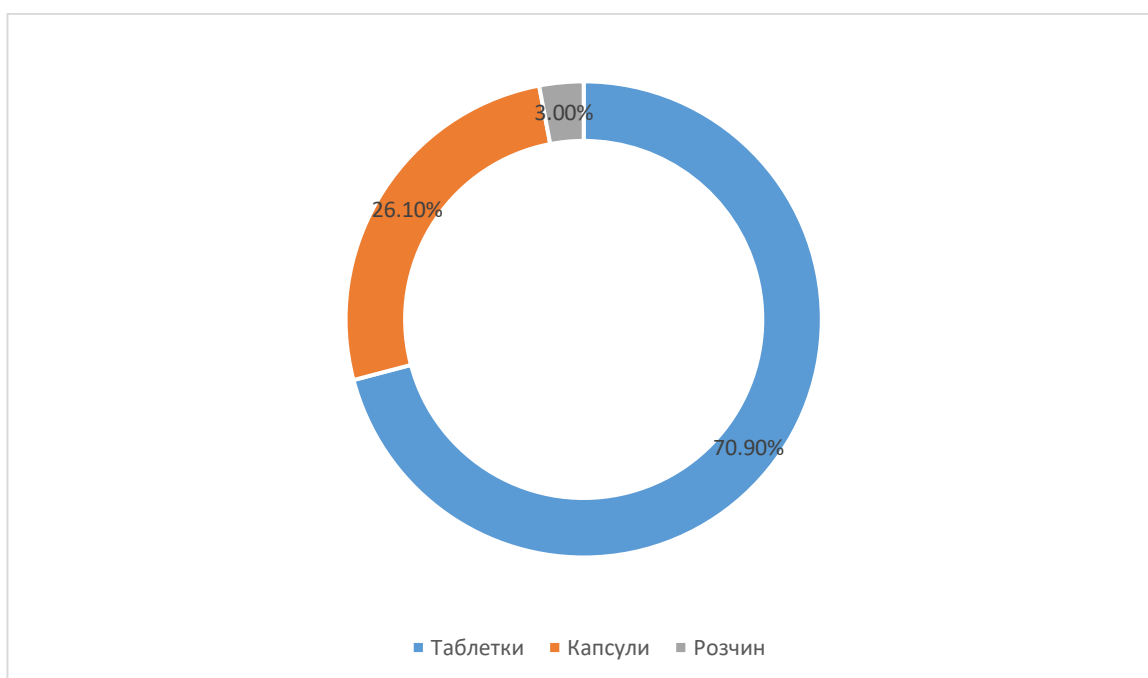


Рис. 3.3 Діаграма розділу асортименту за лікарськими формами

На наступному етапі було вивчено інформацію щодо фармацевтичних фірм, які надають лікарські засоби для лікування психічних розладів на ринок лікарських засобів України (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Дані про фармацевтичні фірми, які надають лікарські засоби для лікування психічних розладів на ринок лікарських засобів України

№	Підприємство-виробник, країна	Кількість лікарських засобів	Співвідношення % до загальної кількості
1	2	3	4
1	Товариство з Обмеженою Відповідальністю «Корпорація Здоров'я», Україна	20	10,05
2	ПрАТ «Технолог», Україна	2	1,01
3	ТОВ «Тева Україна», Україна	8	4,02
4	ПАТ «Київмедпрепарат», Україна	1	0,50
5	ТОВ «Гледфарм ЛТД», Україна	8	4,02
6	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»», Україна	8	4,02
7	ТОВ «Асіно Україна», Україна	11	5,53
8	ТОВ «Ерсель Фарма Україна», Україна	2	1,01
9	АТ «Київський Вітамінний Завод», Україна	3	1,51
10	ТОВ НВФ «Мікрохім», Україна	2	1,01

11	Товариство з обмеженою відповідальністю «НКС-Фарм», Україна	1	0,50
12	ТОВ «Здрово», Україна	2	1,01
13	АТ «Фармак», Україна	5	2,51
Всього	13	73	36,7
1	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина	6	3,02
2	Сан Фармасьютикал Індастріаз Лімітед, Індія	4	2,01
3	ЗАТ «Фармліга», Литовська Республіка	4	2,01
4	Лундбек Експорт А/С, Данія	7	3,52
5	Медокемі ЛТД, Кіпр	12	6,03
6	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія	5	2,51
7	ВАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина	1	0,50
8	ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія	1	0,50
9	Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина	6	3,02
10	Віатріс Спешелті ЛЛС, США	2	1,01
11	Фармасайнс Інк., Канада	1	0,50
12	КРКА, д.д., Ново место, Словенія	18	9,05

13	Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди	2	1,01
14	Нобел Ілач Санаї Ве Тіджарет А.Ш., Туреччина	6	3,02
15	Ауробіндо Фарма Лтд, Індія	4	2,01
16	Іпка Лабораторіаз Лімітед, Індія	3	1,51
17	Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія	4	2,01
18	Торрент Фармасьютікалс Лтд, Індія	1	0,50
19	Маклеодс Фармасьютікалс Лімітед, Індія	2	1,01
20	Джи Ем Фармасьютікалс, Грузія	2	1,01
21	Рівофарм СА, Швейцарія	5	2,51
22	Азіенде Кіміке Ріуніте Анжеліні Франческо А.К.Р.А.Ф. С.п.А., Італія	3	1,51
23	Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія	2	1,01
24	Мікро Лабс Лімітед, Індія	1	0,50
25	Дексель Фарма Технолоджиз Лтд., Ізраїль	2	1,01
26	АТ «Гріндекс», Латвія	2	1,01
27	Нобел Ілач Пазарлама Ве Санаї ЛТД. Шіркети, Туреччина	2	1,01

28	Алкем Лабораторіз Лтд, Індія	2	1,01
29	Алємбік Фармас'ютікелс Лімітед, Індія	2	1,01
30	Гетеро Лабз Лімітед, Індія	4	2,01
31	АТ «Адамед Фарма», Польща	2	1,01
32	Ле Лаборатуар Серв'є, Франція	2	1,01
33	Пфайзер Ейч.Сі.Пі. Корпорейшн, США	4	2,01
34	Др. Вільмар Швабе ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина	1	0,50
35	Амакса Лтд, Велика Британія	1	0,50
Всього	35	126	63,3
Всього:			100

З таблиці видно, що 36,7% досліджуваних лікарських засобів виробляють на території України, а 63,3% — надходять із закордону (рис. 3.4).



Рис. 3.4 Діаграма співвідношення вітчизняних та іноземних виробників ліків

Серед 13 українських компаній лідерами є: Товариство з Обмеженою Відповідальністю «Корпорація Здоров'я» (20 найменувань, що складає 27,4% від вітчизняних виробників), ТОВ «Асіно Україна» (11 найменувань, що складає 15,1% відповідно) (рис. 3.5).

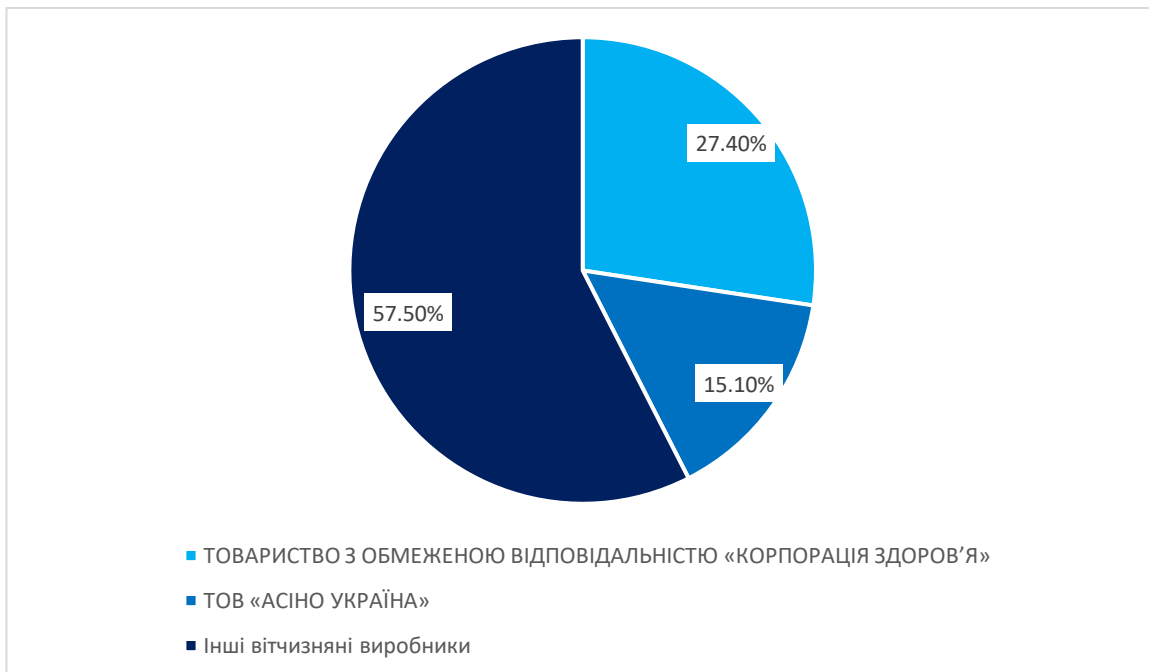


Рис. 3.5 Діаграма розподілу вітчизняних виробників

63,3% препаратів даної групи надходять із-за кордону, з 20 країн від 35 іноземних фармацевтичних компаній (рис. 3.6).

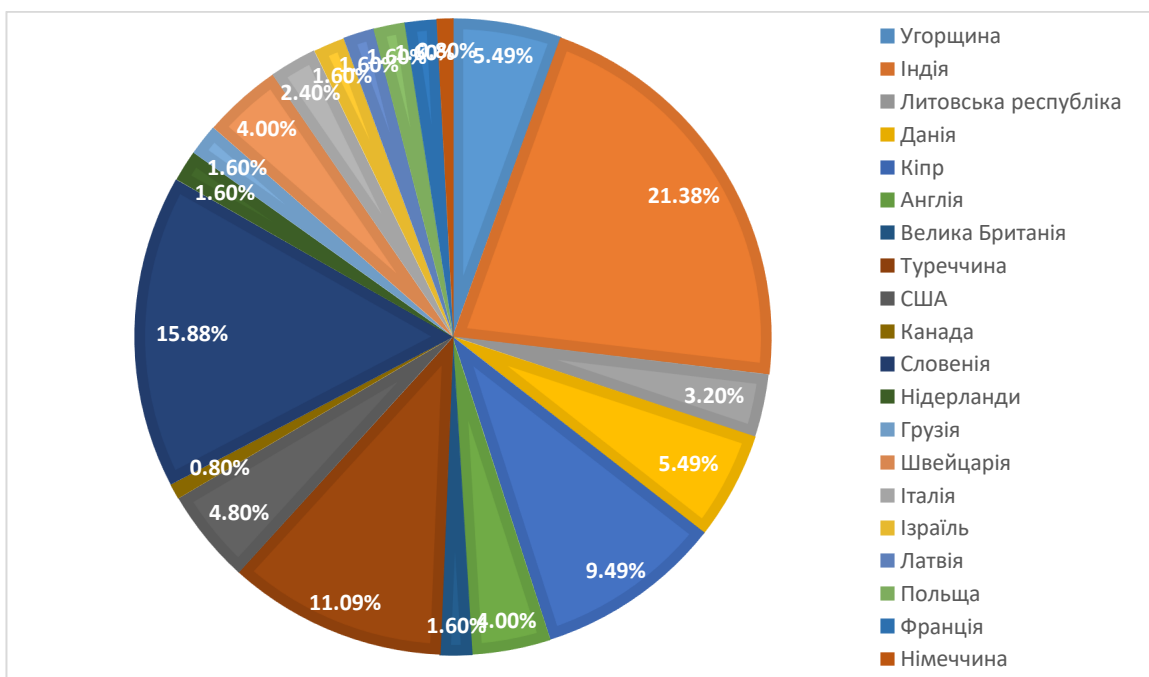


Рис. 3.6 Діаграма співвідношення світових виробників лікарських засобів

Лідером серед іноземних виробників є Індія, фармацевтичні компанії якої надають 27 (21,4%) та Словенія, фармацевтичні компанії якої виробляють 20 (15,9%) лікарських засобів при психічних розладах для ринку України.

Таким чином, аналіз асортименту лікарських засобів для лікування психічних розладів, які знаходяться в обігу на території України, показав гетерогенність зазначеного сегменту фармацевтичного ринку України: в наявності є тверді та рідкі лікарські форми як оригінальні, так і генерики.

Аналіз фірмової структури дозволив встановити, що на національному ринку лікарських засобів переважають препарати іноземних країн-виробників (63,3%).

3.2. Вивчення конкурентоспроможності фармацевтичних фірм-постачальників на ринок України зазначених лікарських засобів

На наступному етапі була проаналізована конкурентоспроможність фірм, що надають лікарські засоби досліджуваної групи на національний фармацевтичний ринок.

Конкурентоспроможність фармацевтичного підприємства-виробника лікарських засобів і виробів медичного призначення необхідно розглядати як систему безперервного взаємодіючого комплексу факторів, що характеризує ступінь реалізації реальних і потенційних можливостей для формування, підтримання й генерування нових конкурентних переваг на протязі тривалого періоду часу. Тому забезпечення та підвищення конкурентоспроможності передбачає динамічне пристосування фармацевтичного підприємства до змінних факторів і умов бізнес-середовища.

Конкуренція — суперництво між товаровиробниками за кращі, економічно більш вигідні умови виробництва і реалізації товару.

Конкуренція — основа будь-якого ринкового господарства. Вона підпорядковує діяльність суб'єктів економіки законам ринку. Для підприємства головне складається в тому, щоб найбільш ефективно використати вкладені в виробництво ресурси та запропонувати на ринок більш

дешеві, ніж у конкурента товари, але має значення не лише ціна. Щоб забезпечити успіх ринку, підприємство повинно запропонувати нові, більш сучасні товари кращої якості.

Конкурентоспроможність — спроможність витримати конкуренцію в порівняннях з аналогічними товарами та послугами інших виробників в умовах ринку. Рівень конкурентоспроможності визначається сукупністю різноманітних техніко-економічних факторів, таких як: якість, собівартість, форми та методи торгівлі, ціни, умови та терміни поставки та транспортування, відповідність вимогам норм та умов місцевого ринку, види та форми розрахунків та платежів з покупцями, престиж виробника, продавця, товару, ефективність реклами та ін.

Для визначення рівня конкуренції між виробниками препаратів-аналогів розраховували коефіцієнт напруженості K_{vi} за формулою:

$$K_{vi} = (n-1)/n, (3.1)$$

де n – кількість всіх конкурентних аналогів фірм.

При цьому досліджувані лікарські препарати були згруповані за діючими речовинами на 22 групи згідно класифікації АТС:

- група амітриптиліну;
- група іміпраміну;
- група кломіпраміну;
- група докsepіну;
- група опіпрамолу;
- група флуоксетину;
- група сертраліну;
- група циталопраму;
- група есциталопраму;
- група пароксетину;
- група флувоксаміну;
- група венлафаксину;
- група дулоксетину;

- група мілнаципрану;
- група десвенлафаксину;
- група міртазапіну;
- група агомелатину;
- група тразодону;
- група вортіоксетину;
- група бупропіону;
- група екстракт звіробою;
- група міансерину.

Значення K_{vi} змінюється в межах від 0 до 1. Чим вище K_{vi} , тим більша напруженість конкуренції між фірмами-виробниками і тим гірше положення у фірми, що створила вперше цей оригінальний препарат. Така фірма просто вимушена вступати в конкуренцію з тими виробниками, які цей препарат випускають на ринок. Якщо препарат не має аналогів, напруженість конкуренції дорівнює 0. Збільшення загального числа аналогів на ринку і введення кожного нового, все сильніше впливає на загальну напруженість конкуренції.

Результати розрахунку наведено в таблиці 3.2.1

Таблиця 3.2.1

Показники коефіцієнту напруженості між виробниками лікарських засобів,
що застосовуються при психічних розладах

Назва діючої речовини	Коефіцієнт напруженості (K_{vi})
Амітриптилін	0,67
Іміпрамін	-
Кломіпрамін	-
Доксепін	0,50
Опіпрамол	-
Флуоксетин	0,75
Сертралін	0,89

Циталопрам	-
Есциталопрам	0,95
Пароксетин	0,86
Флувоксамін	-
Венлафаксин	0,83
Дулоксетин	0,92
Мілнаципран	-
Десвенлафаксин	-
Міртазапін	0,67
Агомелатин	0,50
Тразодон	0,50
Вортіоксетин	-
Бупропіон	-
Екстракт звіробою	0,67
Міансерин	0,50

Проаналізувавши отримані дані, можна зробити висновок, що найбільша конкуренція спостерігається серед фірм, які випускають есциталопрам ($K_{vi}=0,95$) та дулоксетин ($K_{vi}=0,92$).

Також висока конкуренція серед виробників аналогів сертраліну ($K_{vi}=0,89$), пароксетину ($K_{vi}=0,86$) та венфлаксіну ($K_{vi}=0,83$).

Майже не існує конкуренції серед виробників аналогів докsepіну, агомелатину, тразодону та міансерину ($K_{vi}=0,50$). Не спостерігається конкуренція серед виробників іміпраміну, кломіпраміну, опіпрамолу, циталопраму, флувоксаміну, мілнаципрану, десвенлафаксіну, вортіоксетину та бупропіону.

На наступному етапі розрахували частку сегменту національного фармацевтичного ринку, яку займає кожна з фірм-виробників зазначених ліків.

Розрахунок проводили за формулою:

$$d_{ij} = \frac{n_{ij}}{\sum n_{ij}}, (3.2)$$

де n_{ij} – кількість препаратів j -тої фірми в i -сегменті;

$\sum n_{ij}$ – сумарна кількість препаратів i -го сегменту, зареєстрованих в Україні.

Дані розрахунку наведено в таблиці 3.2.2

Таблиця 3.2.2

Частка сегменту фармацевтичного ринку, яку займає кожна з фірм-виробників лікарських засобів для лікування психічних розладів

№	Підприємство-виробник, країна	Частка сегменту ринку (d_{ij})
1	Товариство з Обмеженою Відповідальністю «Копрпорація Здоров'я», Україна	0,1005
2	ПрАТ «Технолог», Україна	0,0101
3	ТОВ «Тева Україна», Україна	0,0402
4	ПАТ «Київмедпрепарат», Україна	0,0050
5	ТОВ «Гледфарм ЛТД», Україна	0,0402
6	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	0,0402
7	ТОВ «Асіно Україна», Україна	0,0553
8	ТОВ «Ерсель Фарма Україна», Україна	0,0101
9	АТ «Київський Вітамінний Завод», Україна	0,0151
10	ТОВ НВФ «Мікрохім», Україна	0,0101
11	Товариство з обмеженою відповідальністю «НКС-Фарм», Україна	0,0050
12	ТОВ «Здрраво», Україна	0,0101
13	АТ «Фармак», Україна	0,0251

14	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина	0,0302
15	Сан Фармасьютикал Індастріаз Лімітед, Індія	0,0201
16	ЗАТ «Фармліга», Литовська Республіка	0,0201
17	Лундбек Експорт А/С, Данія	0,0352
18	Медокемі ЛТД, Кіпр	0,0603
19	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія	0,0251
20	ВАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина	0,0050
21	ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія	0,0050
22	Сановель Іляч Санаі ве Тіджарет А.Ш., Туреччина	0,0302
23	Віатріс Спешелті ЛЛС, США	0,0101
24	Фармасайнс Інк., Канада	0,0050
25	КРКА, д.д., Ново место, Словенія	0,0905
26	Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди	0,0101
27	Нобел Іляч Санаі ве Тіджарет А.Ш., Туреччина	0,0302
28	Ауробіндо Фарма Лтд, Індія	0,0201
29	Іпка Лабораторіаз Лімітед, Індія	0,0151
30	Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія	0,0201
31	Торрент Фармасьютікалс Лтд, Індія	0,0050
32	Маклеодс Фармасьютікалс Лімітед, Індія	0,0101
33	Джи Ем Фармасьютікалс, Грузія	0,0101
34	Рівофарм СА, Швейцарія	0,0251

35	Азіенде Кіміке Ріуніте Анжеліні Франческо А.К.Р.А.Ф. С.п.А., Італія	0,0151
36	Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія	0,0101
37	Мікро Лабс Лімітед, Індія	0,0050
38	Дексель Фарма Технолоджиз Лтд., Ізраїль	0,0101
39	АТ «Гріндекс», Латвія	0,0101
40	Нобел Ілач Пазарлама ве Санаї ЛТД. Шіркети, Туреччина	0,0101
41	Алкем Лабораторіз Лтд, Індія	0,0101
42	Алембік Фармас'ютікелс Лімітед, Індія	0,0101
43	Гетеро Лабз Лімітед, Індія	0,0201
44	АТ «Адамед Фарма», Польща	0,0101
45	Ле Лаборатуар Серв'є, Франція	0,0101
46	Пфайзер Ейч.Сі.Пі. Корпорейшн, США	0,0201
47	Др. Вільмар Швабе ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина	0,0050
48	Амакса Лтд, Велика Британія	0,0050

Із таблиці видно, що найбільша питома вага в досліджуваному сегменті припадає на Товариство з Обмеженою Відповідальністю «Корпорація Здоров'я», Україна ($d_{ij}=0,1005$).

Серед досліджуваних препаратів зустрічаються оригінальні патентовані прпрепарати. Їх питома вага в тій чи іншій фармакотерапевтичній групі показує, наскільки ця група є привабливою для досліджень в плані оновлення новими лікарськими засобами. Це так звані препарати «Brandname» або «фірмові».

Питома вага фірмових препаратів по групах дозволяє визначити рівень монополізації відповідних сегментів ринку. Для порівняння оцінки цих

показників використовується умовний коефіцієнт монополізації сегментів ринку — K_{μ} .

$$K_{\mu} = B_n / \sum N_j, \quad (3.3)$$

де B_n – число фірмових препаратів;

$\sum N_j$ – сумарне число зареєстрованих препаратів в j -той фармакотерапевтичній групі.

Нами був розрахований коефіцієнт монополізації. Результати розрахунку наведено в таблиці 3.2.3

Таблиця 3.2.3

Коефіцієнт монополізації запатентованих лікарських засобів для лікування психічних розладів, що знаходяться в обігу на території України

№	Назва фірми-виробника	Патентизація	K_{μ}
1	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина	6	0,0302
2	ПАТ «Київмедпрепарат», Україна	1	0,0050
3	ТОВ «Гледфарм ЛТД», Україна	9	0,0452
4	ВАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина	1	0,0050
5	Віатріс Спешелті ЛЛС, США	2	0,0101
6	КРКА, д.д., Ново место, Словенія	10	0,0503
7	Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди	2	0,0101
8	Нобел Ілач Санаї ве Тіджарет А.Ш., Туреччина	2	0,0101
9	Медокемі ЛТД, Кіпр	9	0,0452

10	ТОВ «Асіно Україна», Україна	6	0,0302
11	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»», Україна	6	0,0302
12	Рівофарм СА, Швейцарія	5	0,0251
13	Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія	2	0,0101
14	Дексель Фарма Технолоджиз Лтд., Ізраїль	2	0,0101
15	АТ «Гріндекс», Латвія	2	0,0101
16	АТ «Фармак», Україна	5	0,0251
17	Ле Лаборатуар Серв'є, Франція	2	0,0101

З даних таблиці видно, що серед фармацевтичних фірм, які постачають лікарські засоби для лікування психічних розладів на ринок України, фірма КРКА, д.д., Ново место, Словенія має найвищий коефіцієнт монополізації ($K_{\mu}=0,0503$).

Таким чином, вивчено конкурентоспроможність фармацевтичних фірм-постачальників, лікарських засобів на зазначений сегмент фармацевтичного ринку України.

3.3. Кваліметричний аналіз лікарських засобів, які застосовують для лікування психічних розладів

Наступним кроком роботи було проведення кваліметричного аналізу для оцінки основних характеристик лікарських засобів зазначеної групи.

Кваліметрія — наукова дисципліна, що вивчає методологію та проблематику кількісної оцінки якості. Предметом вивчення кваліметрії є проблема кількісної оцінки якості різноманітних об'єктів. Вони представляють основний інструмент при розробці класифікації продукції та

споживачів, побудові ієрархічної структури показників, визначення коефіцієнта вагомості. З їх допомогою часто встановлюється характер залежності між абсолютним та відносним показниками.

Кваліметрична характеристика проведена на основі аналізу і узагальнення даних по клінічному застосуванню препаратів. Для оцінки використовувалися такі характеристики як: форма випуску, шляхи введення, спектр показань (характерні для всіх аналогів +1 бал, додаткові +2 бали), протипоказання (характерні 0 балів, специфічні -1 бал), побічна дія (характерні 0 балів, специфічні -1 бал), переважаючі ознаки (кількість ознак).

Дані проведеного аналізу наведені в таблиці 3.3.1

Таблиця 3.3.1

Результати кваліметричного аналізу лікарських засобів для лікування психічних розладів

№	Назва діючої речовини	Коефіцієнт кваліметричної оцінки
1	2	3
1	Амітриптилін	0,67
2	Іміпрамін	0,67
3	Кломіпрамін	0,67
4	Доксепін	0,50
5	Опіпрамол	0,50
6	Флуоксетин	1
7	Сертралін	0,83
8	Циталопрам	0,33
9	Есциталопрам	0,50
10	Пароксетин	0,17
11	Флувоксамін	0,67
12	Венлафаксин	0,83

13	Дулоксетин	0,67
14	Мілнаципран	0,50
15	Десвенлафаксин	0,33
16	Міртазапін	0,50
17	Агомелатин	0,50
18	Тразодон	0,67
19	Воргіоксетин	0,33
20	Бупропіон	0,33
21	Екстракт звіробою	0,67
22	Міансерин	0,33

Проаналізувавши дані, наведені в таблиці 3.3.1, можна зробити висновок, що найбільш конкурентоздатними і раціональними лікарськими засобами для лікування психічних розладів є препарати-аналоги флуоксетину (K=1,00).

Певною мірою даним препаратам-аналогам поступають препарати-аналоги сертраліну (K=0,83).

Згідно кваліметричного аналізу не є раціональними препарати-аналоги пароксетину (K=0,17).

Таким чином, проведено кваліметричний аналіз лікарських засобів, що застосовуються для лікування психічних розладів на території України. Визначені найбільш ефективні та раціональні з них.

РОЗДІЛ ІV. АНАЛІЗ КОНТИНГЕНТУ СПОЖИВАЧІВ ТА СТРУКТУРИ ЇХ УПОДОБАНЬ ЩОДО ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

4.1. Вивчення контингенту споживачів лікарських засобів при психічних розладах та їх аналіз уподобань з точки зору споживачів

Дані дослідження проводили з застосуванням метода анкетування в аптеках наступних мереж: ТОВ «Аптека-Магнолія» (АНЦ, аптека Копійка, аптека ШАР), група компаній Подорожник, ПФ «Гама-55», ТОВ «Фармстор», ТОВ «Мед Сервіс груп», Аптека 911, «Аптека оптових цін».

На першому етапі було складено анкету (додаток 1), за допомогою якої проведено онлайн-опитування в сервісі Google Forms. Анкета була умовно поділена на шість тематичних блоків: демографічні дані; рівень поінформованості щодо антидепресантів і джерела отримання інформації; особисте ставлення до їх застосування; наявність власного досвіду зіткнення з психічними розладами; досвід прийому антидепресантів та оцінка їх ефективності; оцінка доступності антидепресантів за ціною для респондентів та населення загалом.

У даному дослідженні взяли участь 90 респондентів, серед яких переважали жінки — 80 осіб (88,9%). Частка чоловіків становила 10 осіб (11,1%) (рис. 4.1.1).

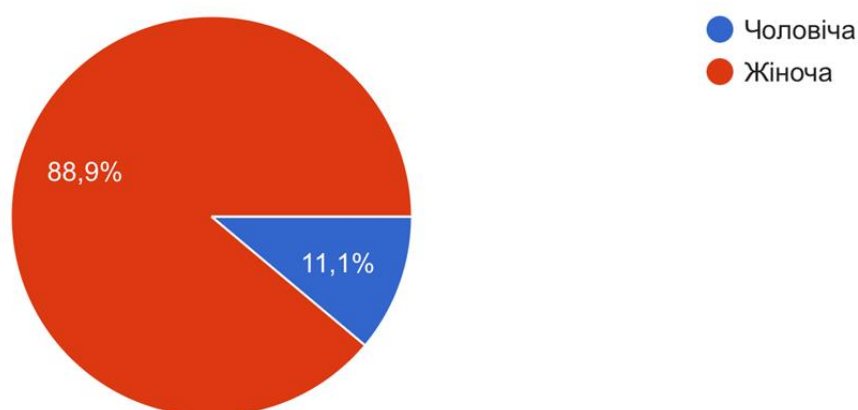


Рис. 4.1.1 Сегментування споживачів залежно від статевої приналежності

Аналіз вікового складу респондентів показав, що переважну більшість опитаних становлять учасники віком від 18 до 25 років — 81 особа (90%). До групи до 18 років належать 2 респонденти (2,2%), віком від 26 до 35 років — 3 учасники (3,3%), від 36 до 50 років — також 3 особи (3,3%), а понад 50 років — лише 1 респондент (1,1%) (рис. 4.1.2).

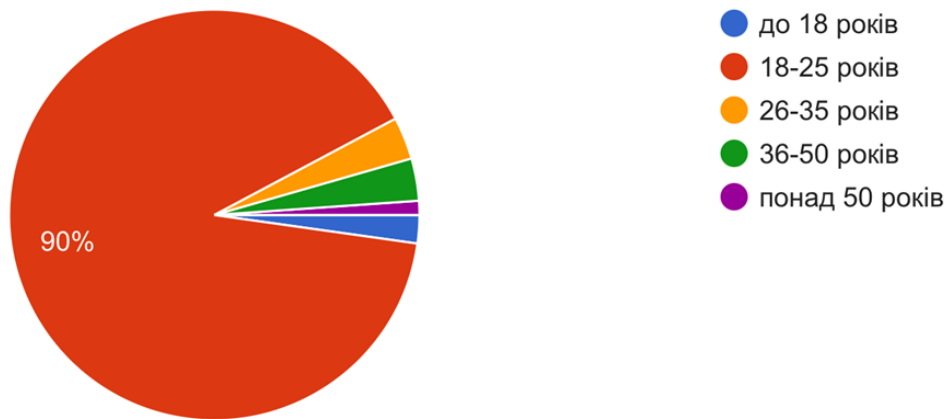


Рис 4.1.2 Сегментування споживачів залежно від вікових груп

Розподіл респондентів за соціальними групами показав, що більшість опитаних становлять студенти — 65 осіб (72,2%). Працюють 24 респонденти (26,7%), тоді як лише 1 учасник опитування (1,1%) зазначив, що наразі не працює. Пенсіонери, особи у декретній відпустці та фармацевти серед опитаних відсутні (0%) (рис. 4.1.3).

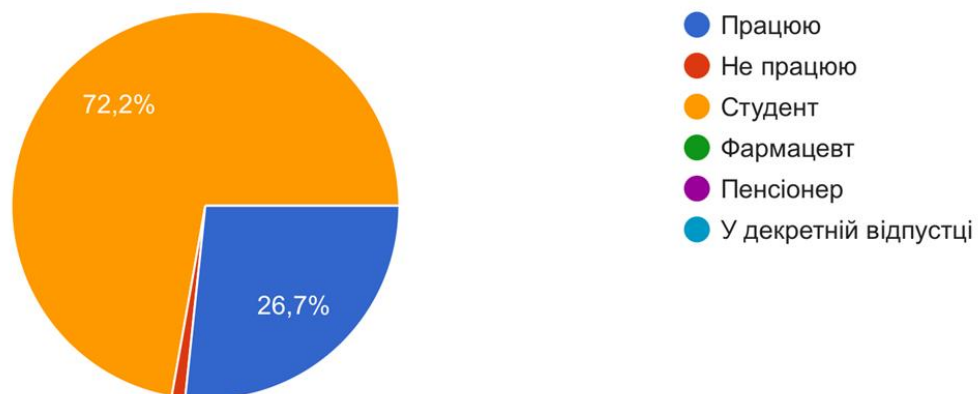


Рис. 4.1.3 Сегментування споживачів залежно від їх приналежності до відповідної соціальної групи

У ході проведеного опитування встановлено, що переважна більшість респондентів — 87 осіб (96,7%) — знають, що таке антидепресанти. Частково обізнаними виявилися 2 особи (2,2%), тоді як лише 1 респондент (1,1%) зазначив, що не має уявлення про дану групу лікарських засобів (рис. 4.1.4).

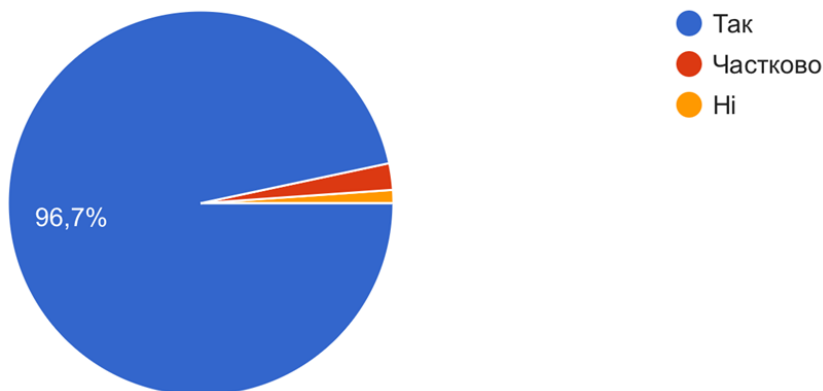


Рис. 4.1.4 Сегментування споживачів залежно від рівня їх обізнаності щодо поняття «антидепресанти»

Результати опитуваних свідчать, що основними джерелами інформації про антидепресанти є соціальні мережі та інтернет (41,1%), а також медичні працівники — лікарі та фармацевти (33,3%). Значно менша частка респондентів дізналася про ці препарати від родичів чи друзів (7,8%) або з інших джерел (17,8%). Жоден учасник не вказав рекламу як джерело інформації (рис. 4.1.5).

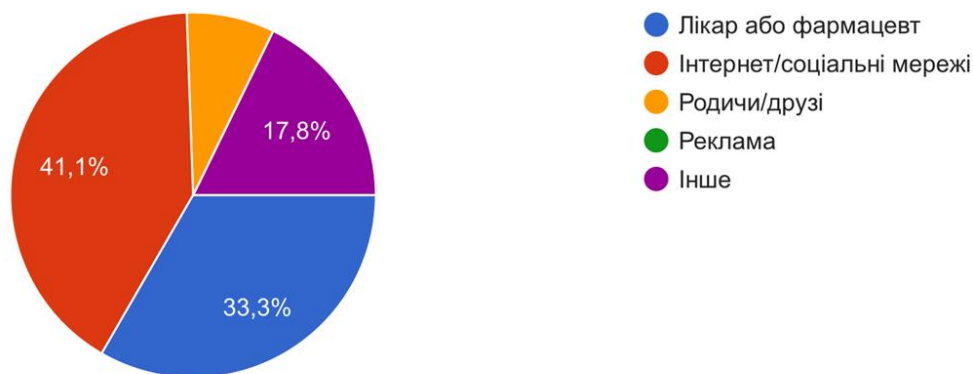


Рис. 4.1.5 Сегментування споживачів залежно від джерел інформації про антидепресанти

Аналіз ставлення респондентів до використання антидепресантів показав, що 26 осіб (28,9%) мають повністю позитивне ставлення, 20 респондентів (22,2%) — скоріше позитивне. Нейтральну позицію висловили 42 особи (46,7%), тоді як скоріше негативне ставлення зазначили 1 респондент (1,1%), а повністю негативне — також 1 особа (1,1%) (рис. 4.1.6).

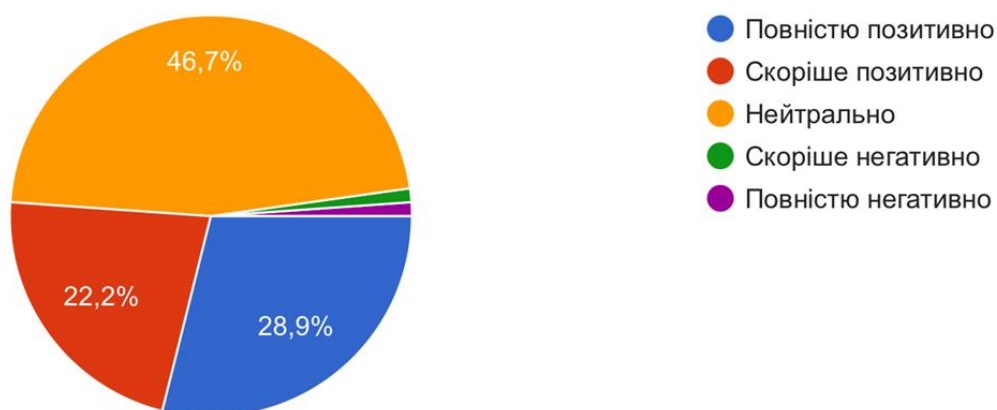


Рис. 4.1.6 Сегментування споживачів залежно від їхнього ставлення до використання антидепресантів

Результати опитування свідчать, що близько половини респондентів — 38 осіб (42,2%) — мали власний досвід психічних розладів, тоді як більшість — 52 особи (57,8%) — з такими проблемами не стикалися (рис. 4.1.7).

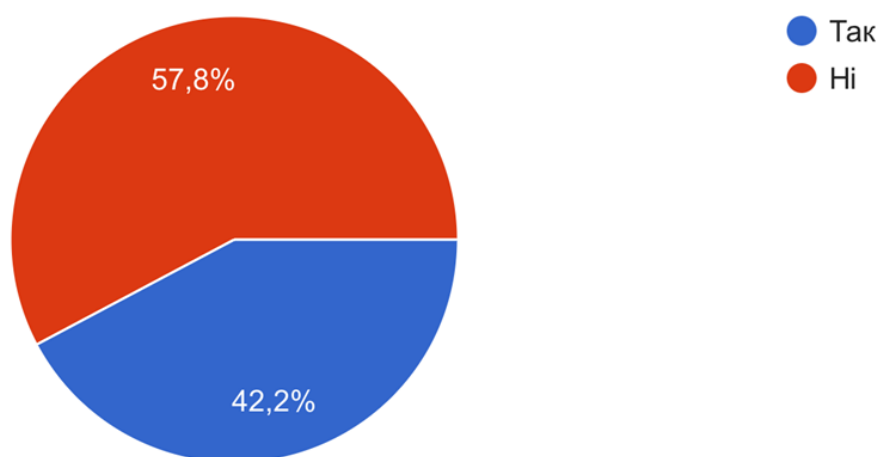


Рис. 4.1.7 Сегментування споживачів залежно від наявності особистого досвіду психічних розладів

Аналіз досвіду респондентів щодо психічних розладів показав, що 23 особи (53,5%) стикалися з депресією, 15 осіб (34,9%) — з генералізованим тривожним розладом (ГТР), 6 осіб (14%) — з obsесивно-компульсивним розладом (ОКР), 8 осіб (18,6%) — з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), а 11 респондентів (25,6%) зазначили інший психічний розлад (рис. 4.1.8).

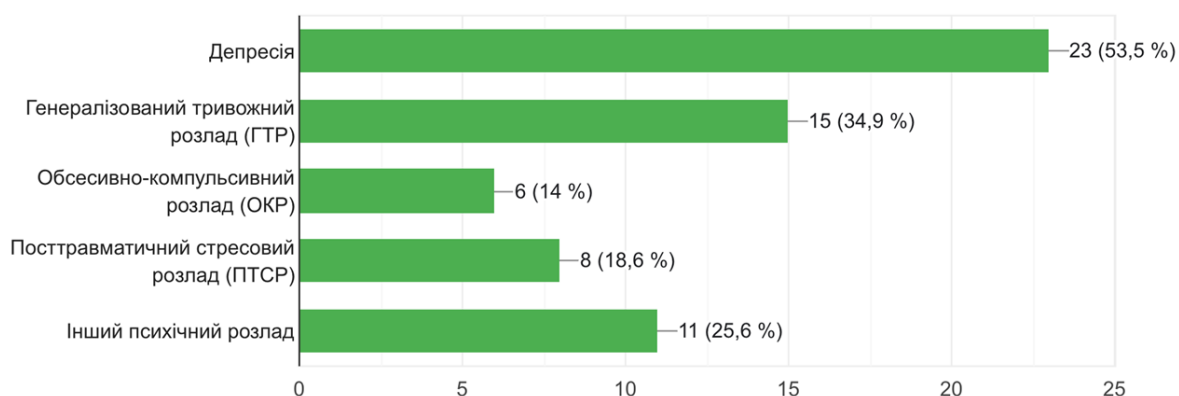


Рис. 4.1.8 Сегментування споживачів залежно від типу психічного розладу, з яким вони стикалися

Результати опитування свідчать, що переважна більшість респондентів (80%) ніколи не використовували антидепресанти. Серед тих, хто приймав препарати, більшість робила це за призначенням лікаря (18,9%), тоді як лише 1 респондент (1,1%) приймав їх самостійно (рис. 4.1.9).

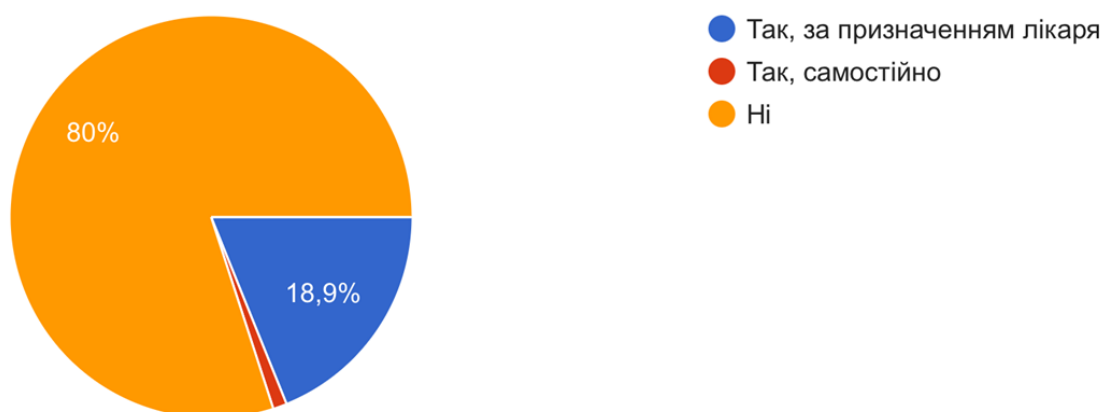


Рис. 4.1.9 Сегментування споживачів залежно від досвіду використання антидепресантів

Аналіз оцінки ефективності препарату серед респондентів показав, що 10 осіб (11,1%) вважають його високоефективним, 6 осіб (6,7%) оцінюють ефективність як середню, 2 респонденти (2,2%) — низьку, тоді як 72 особи (80%) не змогли дати точну відповідь (рис. 4.1.10).

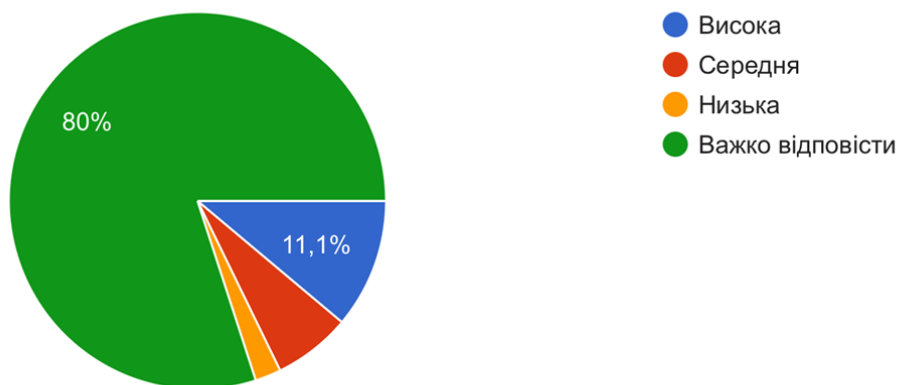


Рис. 4.1.10 Сегментування споживачів залежно від оцінки ефективності препарату

Результати опитування свідчать, що близько третини респондентів (28,9%) вважають ціни на антидепресанти доступними, невелика частка (8,9%) — недоступними, тоді як переважна більшість (62,2%) не змогла оцінити доступність цін (рис. 4.1.11).

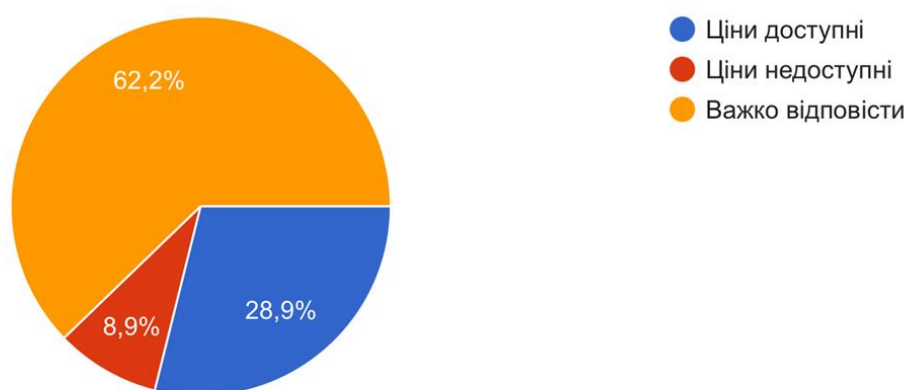


Рис. 4.1.11 Сегментування споживачів залежно від оцінки доступності цін на антидепресанти

Інформація про лікарські засоби з групи антидепресантів, що найчастіше використовуються або купуються респондентами, подана в таблиці 4.1.1

Таблиця 4.1.1

Дані щодо лікарських засобів з групи антидепресантів, які мають найбільший попит у споживачів

№	Назва лікарського засобу	Кількість од.	Питома вага, %
1	Опіпрам, табл. по 50 мг №30	1	3,6
2	Триттіко, табл. по 75 мг №30	1	3,6
3	Сертралін-Дарниця, табл. по 50 мг №30	6	21,4
4	Флуоксетин, табл. по 20 мг №20	3	10,7
5	Ципралекс, табл. по 10 мг №28	1	3,6
6	Золофт, табл. по 50 мг №28	1	3,6
7	Міасер, табл. по 30 мг №20	2	7,1
8	Еліфор, табл. по 50 мг №28	1	3,6
9	Амітриптилін, табл. по 25 мг №50	3	10,7
10	Есциталопрам-Тева, табл. по 20 мг №28	3	10,7
11	Атаракс, табл. по 25 мг №25	1	3,6
12	Флуксен, капс. по 20 мг №30	1	3,6
13	Асентра, табл. по 100 мг №28	1	3,6
14	Зонік, капс. по 75 мг №28	1	3,6
15	Стимулотон, табл. по 50 мг №30	1	3,6
16	Тразодон, табл. по 100 мг №30	1	3,6
	Всього:	28	100

Як видно з таблиці, найбільшу питому вагу в загальному об'ємі випущених лікарських засобів для лікування психічних розладів займають Сертралін-Дарниця, табл. по 50 мг №30 (21,4%), Флуоксетин, табл. по 20 мг №20 (10,7%), Амітриптилін, табл. по 25 мг №50 (10,7%) та Есциталопрам-

Тева, табл. по 20 мг №28 (10,7%). Загальна питома вага цих препаратів складає 53,5%.

Таким чином, було вивчено профіль споживачів антидепресантів та здійснено аналіз їхніх уподобань, що дозволяє оцінити основні тенденції споживчої поведінки.

4.2. Вивчення контингенту споживачів лікарських засобів при психічних розладах та аналіз їх уподобань з точки зору фармацевтів

Спочатку було складено анкету (додаток 2), на основі якої проведено онлайн-опитування фармацевтів за допомогою сервісу Google Forms. Усього було опрацьовано 27 анкет. Опитування було умовно поділено на сім тематичних блоків: демографічні дані; визначення найбільш популярних груп антидепресантів та препаратів, що користуються найбільшим попитом; оцінка динаміку попиту на антидепресанти протягом останніх 12 місяців; виявлення основних факторів, що впливають на вибір споживачів; частота звернень пацієнтів із проханням відпустити антидепресанти без рецепта чи консультації лікаря; ставлення фармацевтів до необхідності надання консультацій при придбанні антидепресантів; оцінка частоти звернень за препаратами цієї групи та рівня їх доступності для споживачів.

Отримані дані свідчать, що більшість учасників опитування становили жінки — 24 особи (88,9%), тоді як частка чоловіків була незначною — 3 особи (11,1%) (рис. 4.2.1).

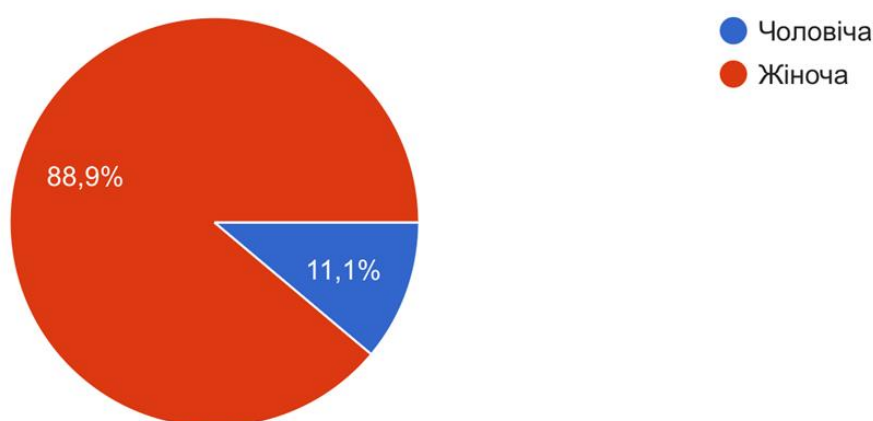


Рис. 4.2.1 Сегментування фармацевтів залежно від статевої приналежності

Віковий склад респондентів свідчить про те, що основну частину вибірки становили молоді фахівці віком 18-25 років — 23 особи (85,2%). Невелику частку опитаних склали фармацевти у віці 26-35 років — 1 особа (3,7%). Осіб віком 36-50 років серед респондентів не було, натомість 3 учасники (11,1%) належать до вікової групи понад 50 років (рис. 4.2.2).

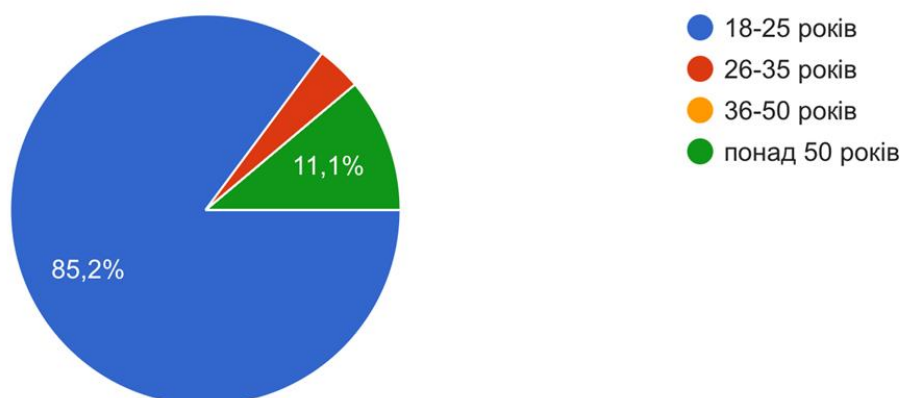


Рис. 4.2.2 Сегментування фармацевтів залежно від вікових груп

Аналіз результатів опитування показав, що більшість фармацевтів мають досвід роботи від 1 до 5 років — 14 осіб (51,9%). 9 респондентів (33,3%) працюють у професії менше одного року, 1 учасник (3,7%) має досвід роботи від 6 до 10 років, а 3 фармацевти (11,1%) — понад 10 років (рис. 4.2.3).

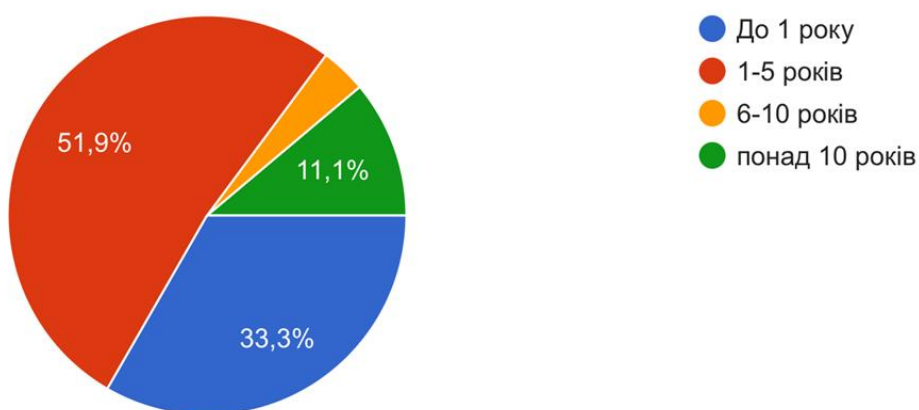


Рис. 4.2.3 Сегментування фармацевтів залежно від їх досвіду роботи

За даними фармацевтів, найбільший попит серед споживачів мають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) — 22 відповіді (81,5%). Значно менший попит відзначено для трициклічних антидепресантів (ТЦА) — 4 відповіді (14,8%) та інгібіторів

моноамінооксидази (ІМАО) — 7 відповідей (25,9%). Варіант «інше» обрав 1 респондент (3,7%) (рис. 4.2.4).

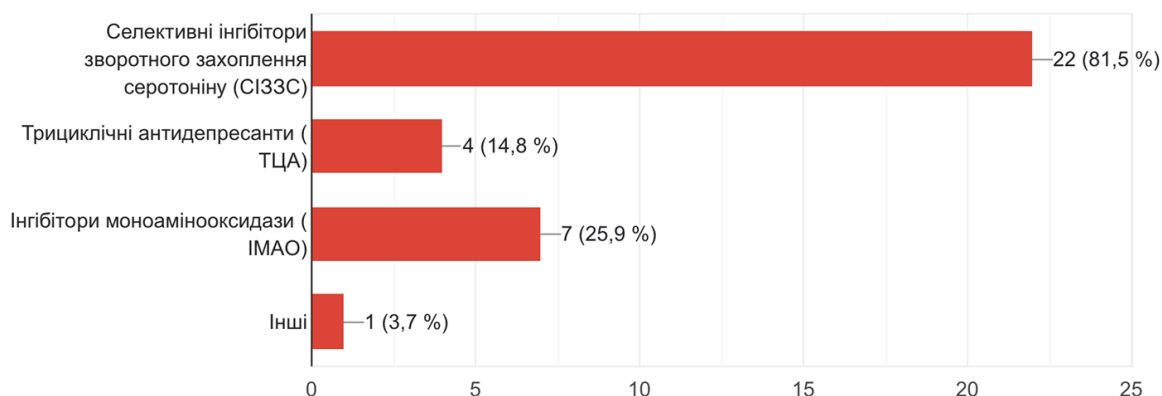


Рис. 4.2.4 Сегментування споживачів залежно від популярності груп антидепресантів (за даними фармацевтів)

За спостереженнями фармацевтів, протягом останніх 12 місяців у більшості аптек попит на антидепресанти збільшився — так відповіли 15 осіб (55,6%). 7 респондентів (25,9%) зазначили, що попит залишився на тому ж рівні, 1 фармацевт (3,7%) відмітив його зменшення, а 4 особи (14,8%) не змогли оцінити зміни попиту (рис. 4.2.5).

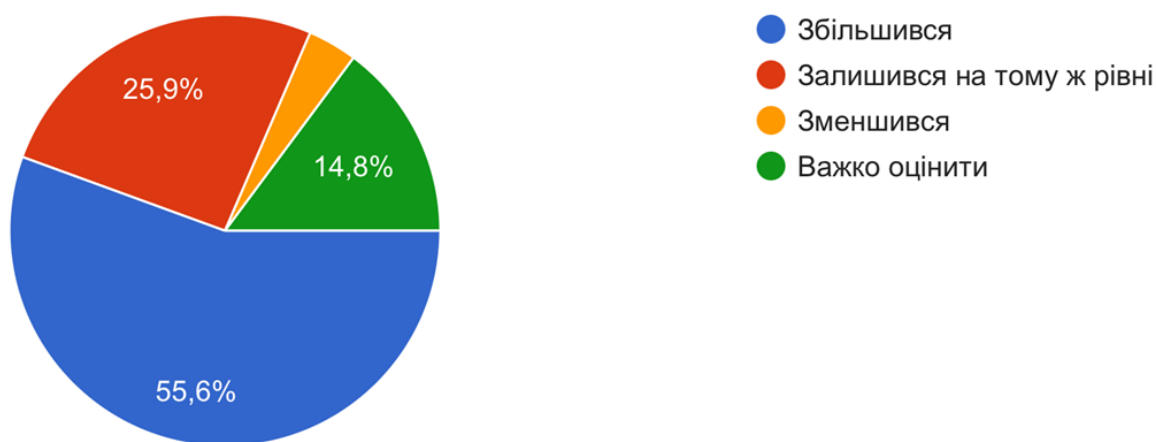


Рис. 4.2.5 Сегментування споживачів залежно від зміни попиту на антидепресанти протягом останніх 12 місяців (за даними фармацевтів)

Найбільш значущими факторами, що впливають на попит серед споживачів, за даними фармацевтів, є рекомендації лікаря (81,5%) та ціна (70,4%). Меншу роль відіграють доступність у аптеці (40,7%), відомі бренди

(18,5%) та реклама/інтернет (11,1%). Жоден фармацевт не зазначив варіант «інше» (0%) (рис. 4.2.6).

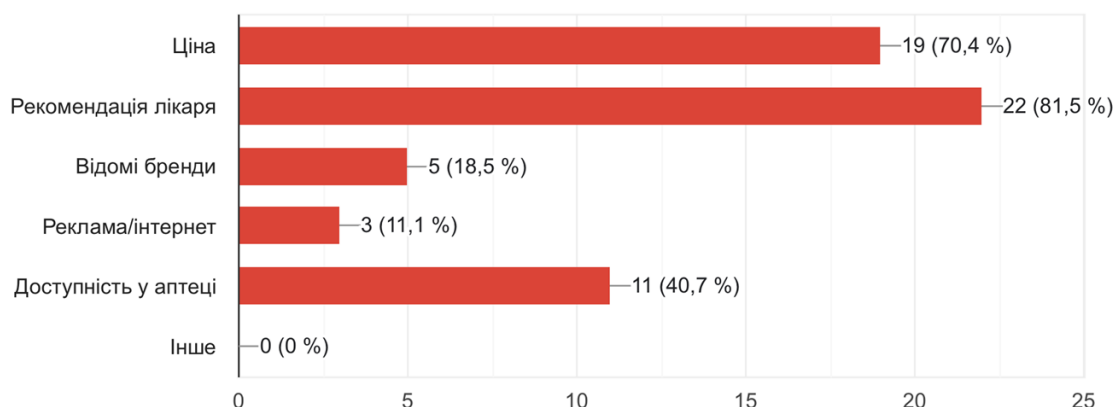


Рис 4.2.6 Сегментування споживачів залежно від факторів, що впливають на попит на антидепресанти (за даними фармацевтів)

За даними опитування фармацевтів, найчастіше пацієнти звертаються з проханням відпустити антидепресанти без рецепта чи консультації лікаря: 9 респондентів (33,3%) відзначили, що це відбувається дуже часто, стільки ж (33,3) — часто. 7 фармацевтів (25,9%) повідомили, що такі звернення трапляються рідко, а 2 особи (7,4%) зазначили, що ніколи не стикалися з подібними запитами (рис. 4.2.7).

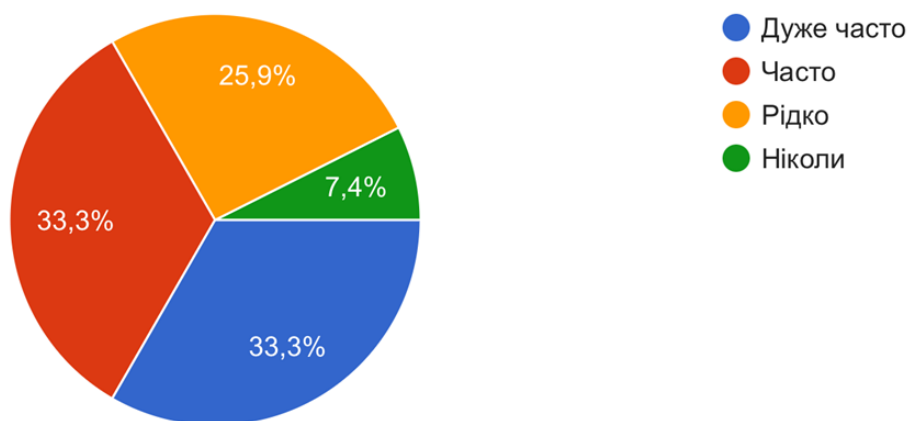


Рис. 4.2.7 Сегментування споживачів залежно від частоти запитів на антидепресанти без рецепта чи консультації лікаря (за даними фармацевтів)

За результатами опитування, більшість респондентів вважають, що споживачам потрібна консультація при придбанні антидепресантів або інших

препаратів для лікування психічних розладів. Так, 10 фармацевтів (37%) зазначили, що консультація потрібна завжди, 12 респондентів (44,4%) вважають, що вона потрібна частково або не завжди, а 5 осіб (18,5%) вважають, що консультація не обов'язкова (рис. 4.2.8).

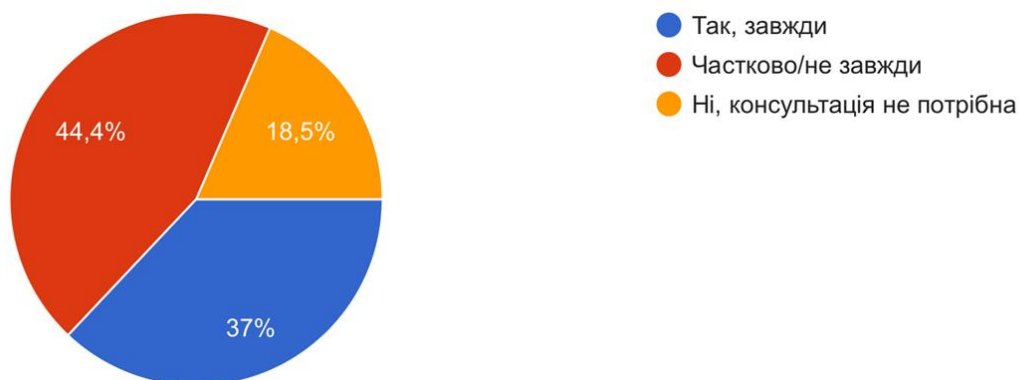


Рис. 4.2.8 Сегментування споживачів залежно від потреби у консультації фармацевта при придбанні антидепресантів або інших препаратів для лікування психічних розладів

За спостереженнями фармацевтів, переважна більшість споживачів звертається до аптек за антидепресантами або іншими психотропними препаратами щодня. Так, 9 респондентів (33,3%) повідомили про звернення декілька разів на день, 14 осіб (51,9%) — один-два рази на день, а 4 фармацевти (14,8%) відзначили звернення один раз на тиждень. Варіант «рідше/майже ніколи» не був обраний жодним респондентом (рис. 4.2.9).

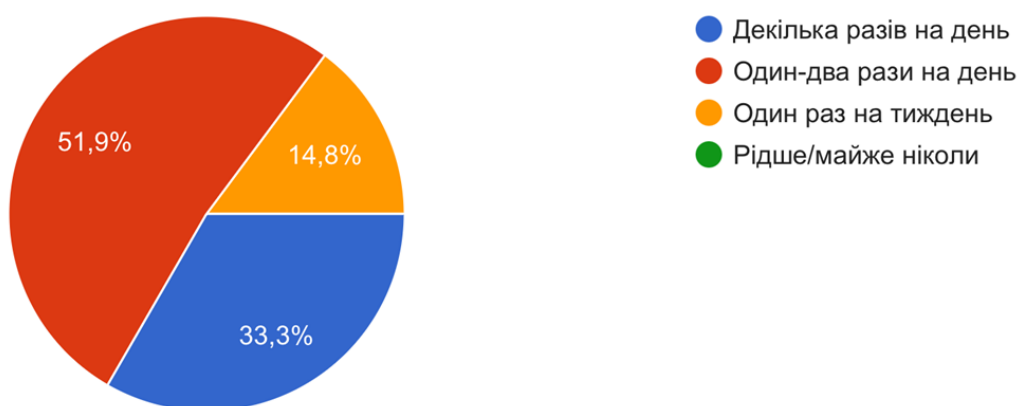


Рис. 4.2.9 Сегментування споживачів залежно від частоти звернень за антидепресантами та іншими психотропними препаратами (за даними фармацевтів)

За даними опитування фармацевтів, жоден респондент не вважає ціни на антидепресанти цілком доступними для більшості споживачів. 14 фармацевтів (51,9%) зазначили, що ціни скоріше доступні, 6 осіб (22,2%) — що скоріше недоступні, 4 респонденти (14,8%) відзначили їх як недоступні, а 3 фармацевти (11,1%) не змогли оцінити доступність цін (рис. 4.2.10).

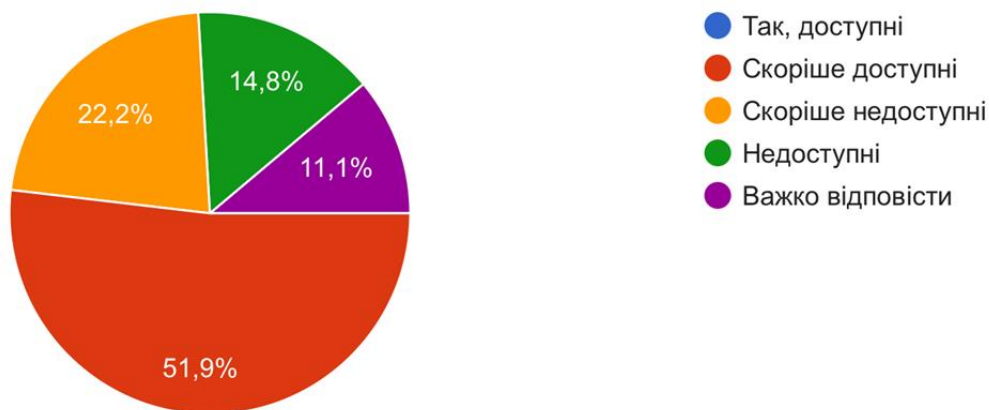


Рис. 4.2.10 Сегментування споживачів залежно від доступності цін на антидепресанти (за даними фармацевтів)

Інформація про антидепресанти, які, на думку фармацевтів, користуються найбільшим попитом серед споживачів, подана в таблиці 4.2.1

Таблиця 4.2.1

Дані щодо лікарських засобів з групи антидепресантів, які мають найбільший попит у споживачів (за даними фармацевтів)

№	Назва лікарського засобу	Кількість од.	Питома вага, %
1	Флуоксетин, табл. по 20 мг №20	8	18,6
2	Есцитам Асіно, табл. по 20 мг №30	2	4,7
3	Есциталопрам-Тева, табл. по 20 мг №28	11	25,6
4	Міасер, табл. по 30 мг №20	1	2,3
5	Пароксин, табл. по 20 мг №30	2	4,7
6	Сертралофт 50, табл. по 50 мг №30	1	2,3

7	Сертралін-Дарниця, табл. по 50 мг №30	3	7,0
8	Золофт, табл. по 50 мг №28	5	11,6
9	Дулоксин, капс. по 30 мг №28	3	7,0
10	Велаксин, капс. по 75 мг №28	1	2,3
11	Опіпрам, табл. по 50 мг №30	1	2,3
12	Лафаксин, табл. по 75 мг №28	2	4,7
13	Триттіко, табл. по 75 мг №30	1	2,3
14	Семправил, табл. по 20 мг №30	1	2,3
15	Симода, капс. по 60 мг №28	1	2,3
	Всього:	43	100,0

З таблиці видно, що найбільшим попитом користуються Есциталопрам-Тева (25,6%), Флуоксетин (18,6%) та Золофт (11,6%).

Таким чином, було вивчено контингент споживачів лікарських засобів з групи антидепресантів та проведено аналіз їхніх уподобань з точки зору фармацевтів.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеної науково-дослідної роботи можна зробити такі узагальнені висновки:

1. Лікарські засоби, що застосовуються при психічних розладах, займають значну питому вагу в загальному обсязі лікарських препаратів, які відпускаються населенню через аптечні заклади.

2. У фірмовій структурі вітчизняного ринку антидепресантів переважають препарати зарубіжного виробництва. Вітчизняні підприємства випускають обмежену номенклатуру засобів даної фармакологічної дії (36,7%). Майже весь асортимент представлений твердими лікарськими формами (97%).

3. Аналіз конкурентоспроможності показав, що найвищий рівень конкуренції спостерігається серед виробників препаратів-аналогів: есциталопраму ($K_{vi}=0,95$) та дулоксетину ($K_{vi}=0,92$).

4. За допомогою кваліметричного аналізу встановлено, що найбільш конкурентоспроможними є такі лікарські препарати: флуоксетин ($K=1,00$) та сертралін ($K=0,83$).

5. Аналіз контингенту споживачів та структури їхніх уподобань показав, що основними відвідувачами аптечних закладів є жінки — 80 осіб (88,9%) віком від 18 до 25 років (90%), які найчастіше купують такі лікарські засоби: Сертралін-Дарниця, табл. по 50 мг №30 (21,4%), Флуоксетин, табл. по 20 мг №20 (10,7%), Амітриптилін, табл. по 25 мг №50 (10,7%) та Есциталопрам-Тева, табл. по 20 мг №28 (10,7%). Основними показаннями до застосування зазначених препаратів є: депресія — 53,5%, генералізований тривожний розлад (ГТР) — 34,9%, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) — 14% та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — 18,6%.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ф 33 Основи неврології та психіатрії [Електронний ресурс] : навч. посіб. / В. А. Федосєєв, Т. Ю. Проскуріна, Н. І. Завгородня – Х. : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2015. – 79 с.
2. Психогенії : навч. посіб. для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальності «Медицина». – Запоріжжя, 2019. – 70 с.
3. Бути окей: Що важливо знати про психічне здоров'я / Дарка Озерна. — Київ: Yakaboo Publishing, 2020. — 256 с. : іл.
4. Рештакова Н. О. Депресія як один з чинників, що сприяють розвитку психосоматичних розладів // Медична освіта. — 2019. — № 4. — С. 1–3. — DOI: 10.11603/2411-1597.2019.4.10834 (дата звернення: 13.09.2025).
5. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии. Рабочие листы и раздаточные материалы/Джеймс Мэннинг; пер. с англ. В.А. Голинге-ра. — Киев. : "Диалектика", 2021. — 192 с. : ил. — Парал. тит. англ.
6. Ghasemi M, Phillips C, Fahimi A, et al: Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*80:555-572, 2017. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.002
7. Депресія - МЦ Maimonides 111. МЦ Maimonides. URL: <https://share.google/54hcT3GkeIO9VGejY> (дата звернення: 16.09.2025).
8. Sartorius N., et al. «Comorbidity of Mental and Physical Disorders.» *Key Issues in Mental Health*, vol. 179, 2015, pp. 81 — 87, <https://cutt.ly/QsaznsZ> (дата звернення: 18.09.2025).
9. Генералізований тривожний розлад - МЦ Maimonides 111. МЦ Maimonides. URL: https://maimmc.com/dorosleviddilennya/psyhiatriya/heneralizovanyi_tryvozhnyi_rozlad/ (дата звернення: 18.09.2025).
10. Відкриті джерела Редакція платформи «Аксемедін». *Accemedin*. URL: <https://accemedin.com/material/6/6487>. (дата звернення: 18.09.2025).

11. Ruscio AM, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe // JAMA Psychiatry. 2021. Vol. 78, №4. P. 372-382. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.4608.
12. Martsenkovskyi D., Shevlin M., Ben-Ezra M. та ін. Mental health in Ukraine in 2023 // European Psychiatry. 2024. Vol. 67, №1. Article e27. DOI:10.1192/j.eurpsy.2024.12.
13. Що таке обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) та як його подолати?. Doc.ua. URL: <https://doc.ua/ua/news/articles/chto-takoe-obsessivno-kompulsivnoe-rasstrojstvo-okr-i-kak-ego-preodolet> (дата звернення: 20.09.2025).
14. Обсесивно-компульсивний розлад: як розпізнати та вилікувати. Mentoly – професійна психологічна терапія онлайн. URL: <https://mentoly.com.ua/blog/obsessive-compulsive-disorder> (дата звернення: 20.09.2025).
15. Посттравматичний стресовий розлад. Фармацевтична компанія "Дарниця". URL: <https://darnytsia.ua/doctors/ptsr/posttravmatychnyy-stresovyj-rozlad> (дата звернення: 23.09.2025).
16. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - симптоми, стадії, лікування. Центр підвищення кваліфікації лікарів – курси підвищення кваліфікації | УАБМ. URL: <https://uabm.org/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-ptsr-symptomu-ta-likuvannya/> (дата звернення: 24.09.2025).
17. Bandelow B., Michaelis S., Wedekind D. Treatment of anxiety disorders — 2023. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines. World J Biol Psychiatry. 2023;24(1):1-45. DOI: 10.1080/15622975.2022.2145778.
18. NICE Clinical Guidelines. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Care Excellence, 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>. (дата звернення: 28.09.2025).

19. Шкала тривоги Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A/HARS) онлайн калькулятор | КлінКейсКвест. КлінКейсКвест. URL: <https://share.google/lokn0CkS5KUFS94Fd> (дата звернення: 28.09.2025).
20. Шкала депресії Бека – оцініть рівень депресії | Емпатія. ЕМПАТІА. URL: <https://share.google/RLdiEuQwIpOP82i0E> (дата звернення: 28.09.2025).
21. GAD-7 - надійний тест для оцінки рівня тривожності. ЕМПАТІА. URL: <https://share.google/MTqXSpTMIRgkXAhQ3> (дата звернення: 28.09.2025).
22. Шкала Йель-Браун – тест на рівень ОКР | Емпатія. ЕМПАТІА. URL: <https://share.google/k3uTLyOKKChNB6u1u> (дата звернення: 28.09.2025).
23. Шкала оцінки ПТСР PCL-5 - Сереніті. share.google. URL: <https://share.google/HIA73jV1Rtq8OMXxr> (дата звернення: 28.09.2025).
24. Безшейко В. Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції / В. Г. Безшейко // НЕЙРОNEWS. – 2017. – Режим доступу: <https://share.google/c1iDEvHVzUbS8uREQ>. (дата звернення: 28.09.2025).
25. Психічні розлади - види, стадії, симптоми та лікування | Rehab. Rehab. URL: <https://rehab.net.ua/psyhiatrychna-klinika/psychichni-rozlady/> (дата звернення: 30.09.2025).
26. The type of antidepressant prescribed most often. Mayo Clinic. URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/ssris/art-20044825> (30.09.2025).
27. Kovich H., Kim W., Quaste A. M. Pharmacologic Treatment of Depression. American Academy of Family Physicians | AAFP. URL: https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0200/pharmacologic-treatment-of-depression.html?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 30.09.2025).
28. Pharmacotherapy for Generalized Anxiety Disorder in Adults and Pediatric Patients: An Evidence-Based Treatment Review - PMC. PMC Home. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6340395/> (дата звернення: 30.09.2025).

29. Medication. International OCD Foundation. URL: <https://iocdf.org/ocd-treatment-guide/medication/> (дата звернення: 30.09.2025).
30. Treatment of posttraumatic stress disorder: Focus on pharmacotherapy - PMC. PMC Home. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6881110/> (дата звернення: 30.09.2025).
31. Trazodone. MedlinePlus / StatPearls. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470560/> (дата звернення: 30.09.2025).
32. Posttraumatic Stress Disorder: Medication Management. Medscape. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/288154-medication> (дата звернення: 30.09.2025).
33. The Role of Antipsychotics in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Anxiety and Depression Association of America. URL: <https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/professional/role-antipsychotics-ocd> (дата звернення: 30.09.2025).
34. Український психологічний ХАБ. Інтерперсональна терапія це | Український психологічний ХАБ | ПСИХОЛОГ. ПСИХОЛОГ. URL: <https://share.google/4wYTrFoNBWg3SMd1M> (дата звернення 30.09.2025).
35. Компендіум. Лікарські препарати. URL: <https://compendium.com.ua/uk/> (дата звернення: 25.10.2025).
36. Державний реєстр лікарських засобів України. URL: <http://www.drlz.com.ua> (дата звернення: 25.10.2025).

ДОДАТКИ

Додаток 1

Анкета для споживачів

Ваша стать:

- a) Чоловіча
- b) Жіноча

Вкажіть Ваш вік:

- a) до 18 років
- b) 18–25 років
- c) 26–35 років
- d) 36–50 років
- e) понад 50 років

Який Ваш поточний соціальний статус?

- a) Працюю
- b) Не працюю
- c) Пенсіонер
- d) Студент
- e) Фармацевт
- f) У декретній відпустці

Чи знаєте Ви, що таке антидепресанти?

- a) Так
- b) Частково
- c) Ні

Звідки Ви дізнались про антидепресанти?

- a) Лікар або фармацевт
- b) Інтернет / соціальні мережі
- c) Родичі / друзі
- d) Реклама
- e) Інше

Як Ви ставитесь до використання антидепресантів?

- a) Повністю позитивно
- b) Скоріше позитивно
- c) Нейтрально
- d) Скоріше негативно
- e) Повністю негативно

Чи стикалися Ви особисто з психічними розладами?

- a) Так
- b) Ні

Якщо відповідь «Так», з яким саме психічним розладом Ви стикалися? (можна обрати декілька варіантів)

- a) Депресія
- b) Генералізований тривожний розлад (ГТР)
- c) Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР)
- d) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
- e) Інший психічний розлад

Чи приймали Ви коли-небудь антидепресанти?

- a) Так, за призначенням лікаря
- b) Так, самостійно
- c) Ні

Якщо відповідь «так», які саме антидепресанти Ви приймали? (відкрите питання)

Як Ви оцінюєте ефективність препарату, який приймали?

- a) Висока
- b) Середня
- c) Низька
- d) Важко відповісти

Як Ви оцінюєте доступність антидепресантів за ціною для себе та для більшості людей?

- a) Ціни доступні
- b) Ціни недоступні
- c) Важко відповісти

Анкета для фармацевтів

Ваша стать:

- a) Чоловіча
- b) Жіноча

Вкажіть Ваш вік:

- a) 18–25 років
- b) 26–35 років
- c) 36–50 років
- d) понад 50 років

Ваш досвід роботи фармацевтом:

- a) До 1 року
- b) 1–5 років
- c) 6–10 років
- d) Понад 10 років

Які групи антидепресантів найбільш популярні серед споживачів у Вашій аптеці? (можна обрати декілька варіантів)

- a) Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)
- b) Трициклічні антидепресанти (ТЦА)
- c) Інгібітори моноаміноксидази (ІМАО)
- d) Інші

Які антидепресанти користуються найбільшим попитом у Вашій аптеці? (відкрите питання)

Як змінюється попит на антидепресанти протягом останніх 12 місяців?

- a) Збільшився
- b) Залишився на тому ж рівні
- c) Зменшився
- d) Важко оцінити

Які фактори найбільше впливають на попит серед споживачів?

- a) Ціна
- b) Рекомендація лікаря
- c) Відомі бренди
- d) Реклама / Інтернет
- e) Доступність у аптеці
- f) Інше

Як часто пацієнти запитують про антидепресанти без рецепту чи консультації лікаря?

- a) Дуже часто
- b) Часто
- c) Рідко
- d) Ніколи

Чи вважаєте Ви, що споживачам потрібна консультація фармацевта при придбанні антидепресантів або інших препаратів для лікування психічних розладів?

- a) Так, завжди
- b) Частково / не завжди
- c) Ні, консультація не потрібна

Як часто споживачі звертаються у Вашу аптеку за антидепресантами або іншими психотропними препаратами?

- a) Декілька разів на день
- b) Один–два рази на день
- c) Один раз на тиждень
- d) Рідше / майже ніколи

Чи вважаєте Ви ціни на антидепресанти доступними для більшості споживачів?

- a) Так, доступні
- b) Скоріше доступні
- c) Скоріше недоступні
- d) Недоступні
- e) Важко відповісти