

АНТИДЕПРЕСАНТ ТРАЗОДОН: фармакологічний профіль та мультимодальні й мультифункціональні ефекти

Великий депресивний розлад є складним багатофакторним захворюванням і часто потребує застосування терапевтичних стратегій, які виходять за межі простої модуляції моноамінергічних систем. Враховуючи мультимодальний та мультифункціональний профіль тразодону, А. Cuomo et al. виконали всебічний огляд фармакодинамічних і фармакокінетичних властивостей препарату, а також його клінічного застосування при різних патологічних станах. Пропонуємо вам ознайомитися із ключовими положеннями публікації «A narrative review on trazodone as a multimodal and multifunctional antidepressant: clinical relevance of formulations, dosing, and pharmacokinetic/pharmacodynamic targets» (Ann Gen Psychiatry, 2026; <https://doi.org/10.1186/s12991-026-00643-8>).

Для ефективного контролю гетерогенних симптомів великого депресивного розладу (ВДР) доцільно розглядати застосування сучасних мультимодальних та мультифункціональних антидепресантів. Мультимодальні характеризуються наявністю більш ніж одного механізму дії, що забезпечує подальший комплексний вплив на взаємопов'язані нейромедіаторні системи, тоді як мультифункціональні чинять низку фармакологічних ефектів у межах одного механізму дії (Ceskova, 2016).

Тразодон — добре вивчений антидепресант, розроблений у 1960-х рр. і схвалений для клінічного застосування Управлінням із контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) 1981 р. як антагоніст серотоніну та інгібітор його зворотного захоплення, що має унікальний фармакологічний профіль. Хоча тразодон офіційно схвалений лише для лікування ВДР, у багатьох дослідженнях продемонстровано його ефективність і за інших клінічних станів, як-от тривожні розлади, безсоння та поведінкові порушення, асоційовані з деменцією, що розширює спектр його практичного застосування (Cuomo et al., 2019; FDA, 2025).

З огляду на багатогранність, тразодон вирізняється серед інших антидепресантів мультимодальною і мультифункціональною дією. Його клінічне застосування значною мірою залежить від лікарської форми, режиму дозування, а також фармакокінетичних і фармакодинамічних характеристик. А. Cuomo et al. (2026) проаналізували фармакодинаміку, лікарські форми та дозозалежні ефекти тразодону і розглянули їх значення для сучасної психіатричної практики.

Для підготовки огляду було здійснено всебічний пошук літератури в базах даних PubMed/Medline від моменту

їх створення до листопада 2025 р. До аналізу були включені дані клінічних досліджень, систематичні огляди, мета-аналізи та клінічні випадки. Для підтвердження і контекстуалізації наявних доказів додатково використовувалися регуляторні та клінічні ресурси, зокрема затверджені FDA інструкції щодо застосування препарату. Відібрані публікації були проаналізовані та узагальнені з метою формування інтегрованого уявлення про фармакодинамічні та фармакокінетичні властивості тразодону і його клінічне застосування при різних станах.

Фармакокінетичний профіль

Тразодон добре всмоктується у шлунково-кишковому тракті після перорального застосування. Пікові концентрації у плазмі крові зазвичай досягаються приблизно через 1 або 2 год у разі приймання натще або з їжею відповідно. Біодоступність тразодону становить орієнтовно 63–91 %. Після всмоктування концентрація препарату в плазмі знижується біфазно: початковий період напіввиведення становить ~ 3–6 год, а термінальний — 5–9 год (Shin, Saadabadi, 2025).

Тразодон значною мірою зв'язується із білками плазми (~ 89–95 %), тому лише невелика його частка залишається вільною та фармакологічно активною. Фармакокінетичні параметри препарату при одноразовому введенні дози парентерально подібні до таких за приймання пероральних форм: об'єм розподілу ~ 0,84 л/кг, загальний кліренс ~ 5,3 л/год, термінальний період напіввиведення $7,3 \pm 0,8$ год (Cuomo et al., 2019; FDA, 2025).

Тразодон інтенсивно метаболізується в печінці, переважно ізоферментом цитохрому P450 (CYP) 3A4, із незначним залученням CYP2D6 (Shin, Saadabadi, 2025).

Одним з основних метаболітів є мета-хлорофенілпіперазин — фармакологічно активна сполука, яка може спричинити деякі побічні ефекти (ПЕ), зокрема головний біль у незначній частки пацієнтів. Інгібітори СYP3A4 (наприклад, кетоконазол, ритонавір) здатні підвищувати рівень тразодону, тоді як індуктори СYP3A4 (наприклад, карбамазепін, рифампіцин) — знижувати. Менш ніж 1 % пероральної дози тразодону виводиться із сечею у незміненому вигляді, що свідчить про майже повний його метаболізм. Порухення функції нирок мінімально впливає на фармакокінетику тразодону; однак у випадках тяжкої ниркової недостатності необхідні обережний підбір дози та належний моніторинг з огляду на його печінковий і частково нирковий метаболізм (Fagiolini et al., 2012).

Застосування форм із пролонгованим вивільненням дозволяє уникнути різких коливань концентрації препарату та забезпечує поєднання ефективності з кращою переносимістю порівняно з іншими антидепресантами. Тразодон із негайним вивільненням часто слід приймати кілька разів на добу для підтримання стабільного рівня, тоді як пролонгована форма дозволяє застосовувати препарат один раз на добу (зазвичай увечері), підтримувати стабільні плазмові концентрації та знижувати ризик седативного ефекту або ортостатичної гіпотензії (Fagiolini et al., 2023).

Фармакодинамічний профіль

Тразодон має подвійний механізм дії. На молекулярному рівні він селективно інгібує транспортер серотоніну (SERT) (із помірною спорідненістю зв'язування) та одночасно діє як антагоніст декількох підтипів серотонінових рецепторів, зокрема 5-HT_{2A}, 5-HT_{2B} та 5-HT_{2C}. Окрім того, він діє як частковий агоніст 5-HT_{1A}-рецепторів, а також як антагоніст α₁- та α₂-адренорецепторів і H₁-гістамінових рецепторів, із мінімальною антихолінергічною активністю (Settimo, Taylor, 2018). На відміну від селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), тразодон є алостеричним лігандом, який інгібує струми, пов'язані з захопленням та транспортом через SERT, у змішано-конкурентному режимі. Останні дослідження показали, що тразодон та його аналог нефазодон можуть діяти як фармакошаперони, потенційно здатні коригувати дефекти згортання білка, спричинені мутаціями SERT-N217S та SERT-A500T, у пацієнтів із резистентною до лікування депресією (El-Kasaby et al., 2024).

Окрім серотонінергічних ефектів, блокада адренергічних і гістамінергічних рецепторів є ключовою для анксиолітичних і седативних властивостей тразодону. Зокрема, антагонізм щодо α₁-адренорецепторів зменшує соматичні прояви тривоги через модуляцію симпатичної відповіді. Блокада H₁-гістамінових рецепторів суттєво визначає седативний профіль препарату, сприяючи поліпшенню сну та зменшенню психомоторного збудження (Cuomo et al., 2021; Fagiolini et al., 2025).

Дослідження взаємозв'язку «доза — зайнятість рецепторів» демонструють, що низькі дози тразодону (25–100 мг) забезпечують майже повну блокаду 5-HT_{2A}-рецепторів і значну зайнятість H₁- та α₁-рецепторів навіть за відносно низької зайнятості SERT, що зумовлює переважно седативно-анксиолітичні ефекти без виразної антидепресивної дії (Stahl, 2009; Oggianu et al., 2022). Вищі добові дози,

Низькі дози (25–75 мг)	Тразодон переважно проявляє антагонізм до H ₁ -гістамінових і α ₁ -адренергічних рецепторів, а також додатково блокує 5-HT _{2A/2C} -рецептори, впливаючи на безсоння, ініціацію сну та гіперзбудження, пов'язане із тривогою
Середні дози (100–150 мг)	Ці механізми зберігаються на тлі зростання серотонінергічної модуляції, що сприяє збереженню снодійного ефекту й формуванню часткової антидепресивної відповіді, зокрема щодо поліпшення безперервності сну та зменшення емоційного дистресу
Високі дози (150–300 мг)	Переважаючий антагонізм до 5-HT _{2A/2C} -рецепторів у поєднанні з тривалою блокадою H ₁ - і α ₁ -рецепторів забезпечує повноцінну антидепресивну ефективність, спрямовану на основні симптоми депресії, порушення сну та тривожність

Рисунок. Дозозалежні фармакодинамічні мішені та клінічні ефекти тразодону

Адаптовано за A. Cuomo et al. A narrative review on trazodone as a multimodal and multifunctional antidepressant: clinical relevance of formulations, dosing, and pharmacokinetic/pharmacodynamic targets // Ann Gen Psychiatry, 2026; <https://doi.org/10.1186/s12991-026-00643-8>

особливо при застосуванні форм із пролонгованим вивільненням, більшою мірою реалізують антидепресивний ефект завдяки стійкому інгібуванню SERT і антагонізму щодо 5-HT_{2A}/5-HT₇-рецепторів. Окрім того, тразодон сприяє мультимодальному посиленню нейропластичності та може чинити прокогнітивні ефекти; на доклінічних моделях показано, що завдяки антагонізму щодо 5-HT₇-рецепторів препарат здатний поліпшувати пам'ять і когнітивні функції (Canale et al., 2017).

Ефекти, залежні від дози та лікарської форми

Зайнятість рецепторів і клінічні особливості тразодону залежать від дози та лікарської форми. На рисунку наведено фармакодинамічні мішені та клінічні ефекти тразодону залежно від уведених перорально доз.

Тразодон доступний у вигляді таблеток/крапель негайного вивільнення, таблеток пролонгованої форми, а також у формах для внутрішньом'язового (в/м) та внутрішньовенного (в/в) введення (доступні в окремих регіонах). Форми негайного вивільнення характеризуються швидким всмоктуванням і досягненням високої пікової концентрації у плазмі невдовзі після приймання, тоді як пролонговані форми забезпечують повільне вивільнення препарату. Водночас тразодон негайного вивільнення часто потребує приймання 2–3 рази на добу для досягнення повноцінного антидепресивного ефекту, а виразніші коливання концентрації можуть збільшувати ймовірність ПЕ.

Тразодон пролонгованої форми забезпечує стабільну концентрацію у плазмі, мінімізує ПЕ, пов'язані з піковими рівнями, поліпшує прихильність до лікування та підтримує більш рівномірний терапевтичний рівень. Примітно, що у пролонгованій формі він не досягає високих пікових концентрацій, характерних для негайного вивільнення, що зменшує ранкову сонливість і дає змогу розпочинати лікування із терапевтичних ефективних доз при депресії без необхідності поступового титрування з дуже низьких доз (Fagiolini et al., 2025).

Тразодону в формі крапель притаманний відносно короткий період напіввиведення і нижчий ризик ранкової сонливості (El-Kasaby et al., 2024). Форма для в/в введення характеризується швидким початком дії та швидкою взаємодією з центральними α_1 - і 5-HT_{2A}-рецепторами, що робить її корисною для невідкладної терапії, зокрема при гострому психомоторному збудженні. Введення препарату в/м є альтернативою застосуванню в/в і забезпечує дещо повільніший, але ефективний початок дії зі швидким полегшенням симптомів, подібно до в/в форми (Fagiolini, Cuomo, 2024).

Особливості клінічного застосування

Стратегії переходу та відміни терапії

Ефективне застосування тразодону потребує уваги до етапів ініціації, підтримувальної терапії, зміни препаратів та відміни лікування. Хоча стандартизовані протоколи обмежені, з'являється дедалі більше даних, що дають практичні орієнтири, особливо для пацієнтів із депресією та коморбідною тривожністю або безсонням під час зміни терапії.

Згідно із даними N.F. Watson et al. (2023), при переведенні з тразодону або на нього рекомендовано використовувати метод повільного зниження дози (taper) або перехресного титрування (cross-taper). Водночас перехід з інгібіторів моноаміноксидази або на них можливий лише після періоду «відмивання» (washout) тривалістю щонайменше 14 днів.

Хоча застосування тразодону зазвичай не асоційоване із тяжким синдромом відміни, раптове припинення його приймання після тривалого лікування може спричинити тимчасове збудження, порушення сну, нічні жахи, яскраві сновидіння або тривожність в окремих пацієнтів. Тому при припиненні терапії слід поступово знижувати дозу для мінімізації симптомів «рикошету» (FDA, 2025).

Цікаво, що за даними окремих обсерваційних досліджень тразодон може використовуватися як замісна терапія при відміні інших психотропних засобів. Так, у роботі D.A. Harris et al. (2024) показано, що в мешканців будинків догляду за літніми людьми тразодон часто призначали як альтернативу після відміни антипсихотиків. Хоча така практика має бути індивідуалізованою, вона відображає роль тразодону як «місткової» терапії для контролю симптомів під час відміни потенційно більш ризикованих препаратів.

Особливості клінічного застосування тразодону при ВДР та інших станах наведені в таблиці.

Безпека, переносимість і практичні аспекти

Порівняно з іншими антидепресантами, тразодон рідше зумовлює тривожність, безсоння або сексуальну дисфункцію. Такий сприятливий профіль безпеки пов'язаний з його комбінованими фармакологічними ефектами, що дозволяють впливати на комплекс симптомів депресії, порушень сну і тривожності з нижчим ризиком збільшення маси тіла й сексуальних розладів (Chiappini et al., 2025). Іноді його додають до терапії СІЗЗС для корекції індукованих ними безсоння або сексуальної дисфункції. Найчастішими ПЕ тразодону є сонливість, головний біль, запаморочення (Shin, Saadabadi, 2025).

Тразодон може спричинити помірно дозозалежне подовження інтервалу QT, хоча ризик серйозних аритмій є низьким. Тому слід уникати його призначення пацієнтам, які приймають інші препарати, що подовжують QT, або в яких виявлено пролонгацію цього інтервалу. Ортостатична гіпотензія, пов'язана з блокадою α_1 -адренорецепторів, може виникати у літніх пацієнтів та осіб із серцево-судинними захворюваннями. Для зниження цього ризику рекомендовано повільну титрацію дози (Yi et al., 2018; FDA, 2025).

Рідкісним ПЕ є пріапізм, зумовлений α_1 -адреноблокадою. До факторів ризику належать серпоподібноклітинна анемія, лейкемія, множинна мієлома. Більшість випадків пріапізму піддаються консервативному лікуванню за умови раннього втручання, однак застосування тразодону слід припинити (Silberman et al., 2025).

Приймання тразодону зазвичай не впливає на масу тіла або може спричинити її незначне зменшення в окремих пацієнтів. Він не чинить виразного ефекту стимуляції апетиту, характерного для міртазапіну або деяких антипсихотиків, а довготривалі дослідження демонструють мінімальний вплив на вагу та обмін глюкози (Hasnain, Vieweg, 2013).

За класифікацією FDA щодо дії на плід тразодон віднесено до категорії C, що вказує на потенційний ризик для плода через обмеженість досліджень у вагітних жінок. Водночас нещодавнє багатоцентрове когортне дослідження в межах Європейської мережі тератологічних інформаційних служб (ENTIS) показало, що застосування тразодону в першому триместрі не асоційоване зі значущим підвищенням ризику великих вроджених вад, переривання вагітності або передчасних пологів порівняно з жінками, які приймали СІЗЗС чи інші антидепресанти (Dao et al., 23; Fagiolini et al., 2023).

Якщо застосування тразодону є клінічно необхідним для підтримки психічного здоров'я матері, важливо належним чином інформувати пацієнтку про обмеженість наявних даних щодо його безпеки під час вагітності та використовувати мінімально ефективну дозу препарату. Тразодон проникає у грудне молоко в незначних кількостях (< 1 % від материнської дози), тому його вплив на немовля є малоймовірним. Наявні дані не свідчать про розвиток небажаних ефектів у дітей, які зазнали впливу препарату, але рекомендоване динамічне спостереження за можливими симптомами, зокрема седацією, млявістю або порушенням годування (NHS, 2023).

Клінічні випадки: індивідуалізація терапії тразодоном

A. Cuomo et al. (2026) навели серію коротких клінічних випадків, що ілюструють, як різні лікарські форми або стратегії дозування тразодону можуть бути адаптовані до індивідуальних потреб пацієнтів.

Клінічний випадок 1: ефективність тразодону в формі в пероральних крапель при безсонні та тривожності на тлі депресії

Жінка віком 79 років була скерована до психіатра із приводу тривожно-депресивної симптоматики, що виникла після втрати чоловіка та супроводжувалася

Таблиця. Тразодон: клінічне застосування та терапевтична універсальність

Клінічний стан	Ключові терапевтичні аспекти	Висновки
Великий депресивний розлад	<ul style="list-style-type: none"> Насичує SERT при 150–600 мг/добу Блокує 5-HT₂-рецептори Ефективність зіставна із СИЗЗС/СИЗЗСН Краще впливає на сон, ніж антидепресанти першої лінії Швидке поліпшення часу засинання та безперервності сну Форма XR (пролонгована): кращі показники ремісії та зменшення тривожності Менші прояви сексуальної дисфункції та емоційної відстороненості Може використовуватися як моно- або комбінована терапія 	Переконливі докази підтверджують високу ефективність і сприятливу переносимість. Має позитивний вплив на сон і менші прояви ПЕ, пов'язаних із сексуальною сферою
Депресія, резистентна до лікування, та когнітивні симптоми	<ul style="list-style-type: none"> Форма XR (пролонгована): зменшує нічні пробудження та поліпшує нейропластичність (завдяки стимуляції BDNF в осіб із резистентною депресією) Ефективний за стрес-індукованої депресії Переваги при супутніх нейродегенеративних захворюваннях Поліпшує настрій, сон і когнітивні функції 	Дані свідчать про користь при резистентній депресії та когнітивних порушеннях
Безсоння (поза затвердженими показаннями — off-label)	<ul style="list-style-type: none"> У дозі 25–150 мг забезпечує виразний снодійний ефект Широко призначається попри обмежену доказову базу Добре переноситься у короткостроковій перспективі Поліпшує повільнохвильовий сон Застосовується при поєднанні безсоння із депресією/тривожністю Слід обережно застосовувати при залишковій ранковій сонливості й ортостатичній гіпотензії, особливо у літніх осіб Підтверджені ефективність і безпека в реальній клінічній практиці 	Застосування off-label при безсонні
Неврологічні захворювання	<ul style="list-style-type: none"> Ефективний для лікування депресії при хворобі Паркінсона, розсіяному склерозі й після інсульту Поліпшує якість сну при хворобі Паркінсона та добре переноситься Доклінічні дані вказують на нейропротекторні властивості Нижчий ризик кровотеч порівняно із СИЗЗС Рідка форма корисна при дисфагії 	Потенційна користь щодо зменшення проявів депресії та поліпшення сну при неврологічних станах. Рідка форма може бути корисною в окремих випадках
Деменція та делірії	<ul style="list-style-type: none"> Зменшує прояви депресії, тривожність, безсоння та апатію Добре переноситься як ад'ювант при супутніх патологіях на тлі деменції Поліпшує ефективність і безперервність сну Зменшує агітацію, агресію і поведінкові порушення Препарат першої лінії при делірії, особливо в низьких дозах Слід обережно застосовувати при гіпотензії та ризику падінь 	Обмежені, але багатообіцяючі дані свідчать про користь для поліпшення настрою, сну та зменшення поведінкових порушень, переважно як допоміжна терапія. Застосовувати з обережністю в літніх осіб
Ажітація при депресії та гострих поведінкових порушеннях	<ul style="list-style-type: none"> При введенні в/в забезпечує швидкий седативний і анксиолітичний ефект без розвитку толерантності Зменшує симптоми вже протягом 2–3 днів Знижує психомоторну агітацію та гостру тривожність Підходить для короткочасного ведення в ургентних ситуаціях Чинить швидку заспокійливу дію Ефект плато при тривалому застосуванні Асоційований із м'якими ПЕ Альтернатива антипсихотикам і бензодіазепінам 	Може забезпечувати швидке полегшення симптомів, але повний ефект досягається у довгостроковій перспективі
Літні пацієнти	<ul style="list-style-type: none"> Нижчі антихолінергічна активність і кардіотоксичність порівняно з іншими антидепресантами У низьких дозах сприяє засинанню та поліпшує сон, не змінюючи архітектури Потрібен контроль приймання, щоб зменшити ймовірність розвитку ортостатичної гіпотензії та ризик падінь Слід починати застосування із низьких доз і повільно титрувати 	Підтверджені ефективність і безпека при належному моніторингу

Примітки: СИЗЗСН — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну, BDNF — мозковий нейротрофічний фактор.

Адаптовано за А. Cuomo et al. A narrative review on trazodone as a multimodal and multifunctional antidepressant: clinical relevance of formulations, dosing, and pharmacokinetic/pharmacodynamic targets // Ann Gen Psychiatry, 2026; <https://doi.org/10.1186/s12991-026-00643-8>

безсонням і дратівливості. Анамнез без епізодів депресії чи манії, психотропні препарати раніше не призначалися. Пацієнтка приймала раміприл (5 мг) і небіволол (5 мг) з приводу гіпертонії.

Призначено тразодон у формі пероральних крапель негайного вивільнення у дозі 10 крапель (~ 25 мг) увечері з подальшим підвищенням до 15 крапель (~37,5 мг) через збереження нічних пробуджень. Уже через кілька днів відзначалося покращення засинання, а протягом 1–2 тижнів — нормалізація сну, зменшення тривожності та психомоторного неспокою із поліпшенням загальною функціонування.

Препарат добре переносився, без ортостатичної гіпотензії чи ранкової седації, і не потребував корекції супутньої терапії.

Таким чином, було продемонстровано ефективність і добру переносимість тразодону в формі крапель негайного вивільнення у літньої пацієнтки із поліфармацією. Гнучкість дозування дозволила індивідуально підібрати терапію, забезпечивши контроль симптомів без лікарських взаємодій і додаткового медикаментозного навантаження.

Клінічний випадок 2: застосування тразодону пролонгованої форми при ВДР із добовими коливаннями симптомів

Чоловік віком 45 років із рецидивним ВДР проходив амбулаторне обстеження. Перший епізод депресії виник три роки тому, відповідь на терапію сертраліном у дозі 50 мг/добу була сприятливою (тривалістю близько року),

хоча пацієнт відзначав виразні ПЕ сексуального характеру. Після дворічного періоду без приймання антидепресантів виникли симптоми рецидиву ВДР, зокрема неспокій, безсоння, денна ажитація та уривчастий сон без відновлення сил. Примітно, що під час першого епізоду домінували пригнічені настрої і виразна втомлюваність, включно із клінофілією (схильністю до проведення часу в ліжку).

Без консультації психіатра пацієнт самостійно відновив приймання сертраліну (50 мг) протягом трьох тижнів, але поліпшення не відзначив: внутрішній неспокій посилювався, сон залишався порушеним. Після оцінювання стану було прийняте рішення відмінити сертралін (через відсутність ефекту та попередні ПЕ сексуального характеру) і розпочати терапію тразодоном пролонгованої форми у дозі 150 мг/добу на ніч. Пацієнту було рекомендовано приймати половину таблетки (75 мг) протягом перших двох ночей, а надалі — повну таблетку (150 мг) приблизно о 20:00. Така коротка схема титрації була необхідна для оцінювання переносимості.

Протягом наступних двох тижнів відбулася нормалізація сну (пацієнт легше засинав і не прокидався вночі), а також зменшилися денна тривожність та ажитація. Під час контрольного огляду через один місяць відзначалися зменшення безсоння, пригніченого настрою та дратівливості. Водночас чоловік не повідомляв про ПЕ, асоційовані з сексуальною сферою, які раніше виникали на тлі використання сертраліну.

Тразодон пролонгованої форми забезпечив стабільний анксиолітичний і антидепресивний ефект без «внутрішньої напруженості» (характерної для СИЗС) та зі сприятливою переносимістю щодо сексуальної функції. Надалі дозу підвищили до 225 мг на ніч (150 + 75 мг), завдяки чому було досягнуто повної ремісії через три місяці.

Отже, тразодон пролонгованої форми у режимі одноразового приймання на добу може бути ефективним варіантом лікування ВДР із тривожністю та безсонням, особливо у пацієнтів із попередніми проблемами на тлі застосування СИЗС.

Клінічний випадок 3: використання тразодону в/м при гострій психомоторній ажитації у пацієнта із ВДР

Чоловіка віком 28 років доставлено до відділення невідкладної допомоги у зв'язку з епізодом виразної психомоторної ажитації. В анамнезі — ВДР зі змішаними проявами (дратівливість, ажитація), без манії чи психозу. Раніше вже були подібні звернення.

Під час поточного епізоду пацієнт був тривожним, вербально агресивним, не міг всидіти на місці. Під час огляду — виразна внутрішня напруженість і гіперактивація без психотичних симптомів. Після виключення соматичних причин було прийняте рішення про швидку транквілізацію.

З урахуванням депресивного характеру розладу та молодого віку замість бензодіазепінів і антипсихотиків було обрано тразодон в/м. Одноразове введення 50 мг забезпечило швидкий ефект: протягом години зменшилися тривога та дистрес, пацієнт заспокоївся, психомоторна

ажитація регресувала до безпечного рівня. Пацієнт погодився на госпіталізацію. У стаціонарі передбачалася можливість повторного введення тразодону (потреби не виникло), надалі призначено пероральну терапію тразодоном.

Таким чином, тразодон в/м може ефективно застосовуватися для швидкого контролю гострої ажитації при депресії, забезпечуючи седативний ефект без використання антипсихотиків або бензодіазепінів. Його застосування має поєднуватися із подальшою плановою терапією для досягнення стабільного клінічного результату.

Клінічний випадок 4: аугментація антидепресантів тразодоном при тривожно-депресивному розладі та безсонні

Чоловік віком 24 роки звернувся зі скаргами на генералізовану тривогу, що посилювалася увечері й супроводжувалася румінаціями та труднощами із засинанням. Настрої був знижений, мала місце постійна втомлюваність. У медикаментозному анамнезі — нераціональне застосування низьких доз алпразоламу (0,25–0,5 мг 2–4 рази на тиждень без медичного контролю) та епізодичне вживання алкоголю ввечері з метою «самолікування», за словами пацієнта.

Було встановлено діагноз генералізованого тривожного розладу із коморбідною депресією та безсонням. Фармакотерапію розпочато із сертраліну в дозі 25 мг/добу з поступовим підвищенням дози до 100 мг/добу в поєднанні з тразодоном у дозі 50 мг на ніч із подальшим підвищенням до 75 мг, а згодом — до 100 мг. Надалі, з метою поліпшення переносимості, пацієнта переведено на приймання тразодону пролонгованої форми у дозі 150 мг на ніч.

Терапевтичні цілі включали нормалізацію сну, зменшення тривожності та румінацій, припинення застосування бензодіазепінів і поліпшення комплаєнсу. Через вісім тижнів було досягнуто ремісії тривожної симптоматики та безсоння, чоловік повністю відмовився від алпразоламу та відзначав добру переносимість і високу прихильність до терапії. Пацієнту було рекомендовано утримуватися від вживання алкоголю під час лікування для запобігання медикаментозній взаємодії.

Висновки

Тразодон* є яскравим прикладом мультимодального та мультифункціонального антидепресанту, клінічна універсальність якого виходить далеко за межі моноамінергічних механізмів. Його унікальний фармакодинамічний профіль забезпечує міцне підґрунтя для впливу на гетерогенну симптоматику ВДР і коморбідних станів, тоді як фармакокінетика, залежно від лікарської форми, дозволяє реалізувати індивідуалізований підхід до терапії. Ці характеристики підкреслюють важливість персоналізованого підходу, що передбачає ретельний підбір дози, лікарської форми та фармакодинамічних мішеней тразодону відповідно до конкретної клінічної ситуації.

Підготувала **Олена Коробка**

①

* В Україні доступний оригінальний препарат тразодону — Триттіко, що є єдиним представником пролонгованої форми тразодону на вітчизняному ринку. Препарат випускається у формі таблеток пролонгованої дії по 75 і 150 мг, які можуть бути поділені на три частини для гнучкого індивідуального підбору дози.

ТРИТТИКО

Тразодону гідрохлорид 75 мг, 150 мг¹

Назустріє
Сонця



ТРИТТИКО - ВІДПОВІДАЄ ВСІМ ВИМОГАМ ДО ОПТИМАЛЬНОГО АНТИДЕПРЕСАНТА^{1,2,4}

Нейтральний вплив на масу тіла^{2,4}

Покращує сексуальну
функцію та лібідо^{2,3}

Відновлює повноцінний,
фізіологічний сон⁵

Має прокогнітивний ефект⁶


ANGELINI
Dileo
FARMA

Увага! Всі персонажі та події вигадані. Будь-які співпадіння з реальними людьми є випадковими.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Триттіко 75 мг, 150 мг. 2. Benjamin Kearns et al. «The Incidence and Costs of Adverse Events Associated with Antidepressants: Results from a Systematic Review, Network Meta-Analysis and Multi-Country Economic Model». *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2022;18:1133–1143. 3. Stryjer, Rafael; Spivak, Baruch; Strous, Rael D.; Shiloh, Roni; Harary, Eran; Polak, Lea; Birgen, Margarita; Kotler, Moshe Weizman, Avraham. Trazodone for the Treatment of Sexual Dysfunction Induced by Serotonin Reuptake Inhibitors: A Preliminary Open-Label Study. *Clinical Neuropharmacology* 32(2):p 82–84, March 2009. | DOI: 10.1097/WNF.0b013e31816d1cdc. 4. Fagiolini, A., Comandini, A., Dell'Osso, M.C. et al. Rediscovering Trazodone for the Treatment of Major Depressive Disorder. *CNS Drugs* 26, 1033–1049 (2012). <https://doi.org/10.1007/s40263-012-0010-5>. 5. Saletu-Zyhlarz GM, Abu-Bakr MH, Anderer P, Gruber G, Mandl M, Strobl R, Gollner D, Prause W, Saletu B. Insomnia in depression: differences in objective and subjective sleep and awakening quality to normal controls and acute effects of trazodone. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2002 Feb;26(2):249–60. doi: 10.1016/s0278-5846(01)00262-7. PMID: 11817501. 6. Рошин О.А. 2024. Афективні розлади: коморбідність і зумовленість когнітивних порушень. *Медична газета «Здоров'я України»* 21 сторіччя №22 (584), 2024 р.

Коротка характеристика лікарського засобу Триттіко 75 мг, 150 мг. Триттіко є похідним тразолопірдину. Є ефективним для лікування депресивних станів, в тому числі депресій, що поєднуються з тривогою і порушеннями сну, і відрізняється швидким початком дії. Триттіко стабілізує емоційний стан, покращує настрій, послаблює психічну залежність від алкоголю. На відміну від інших психотропних засобів, Триттіко не протипоказаний при глаукомі і розладах з боку сечовидільної системи, не має екстрапірамідних ефектів і не потенціює адренергічну передачу. Не має антихолінергічної активності, тому не асоціюється з впливом на функцію серця. Триттіко є антидепресантом з седативними властивостями, що може призводити до сонливості протягом перших днів прийому препарату. Іноді можуть виникати інші побічні реакції. Для більш детальної інформації ознайомтесь з інструкцією для медичного застосування. Виробник лікарського засобу: Aziende Kimiko Piuveite Angelini Франческо — А.К.РА.Ф. — С.п.А., Віа Веккіо Дел Пінюккіо, 22 — 60100 Анкона (АН), Італія. Р/п МОЗ України для Триттіко таблетки пролонгованої дії № UA/9939/01/01 від 29.05.2019 №1194, № UA/9939/01/02 від 29.05.2019 №1194, № UA/15577/01/02 від 29.05.2019 №1194, Ділео Фарма. 04119, м. Київ, вул. Юрія Іллєнка, 83-Д, оф. 404, тел: (044) 538-01-26, факс: (044) 538-01-27. Інформація про рецептурний л/з для спеціалістів охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників. Жовтень 2025