



<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Кожно-венерологический диспансер № 10 – клиника дерматологии и венерологии, Санкт-Петербург

# Возможности применения антидепрессантов нового поколения для коррекции психосоматических расстройств при хронических дерматозах

А.В. Сухарев<sup>1</sup>, А.В. Патрушев<sup>1</sup>, Р.Н. Назаров<sup>1</sup>, В.О. Гутка<sup>2</sup>

Адрес для переписки: Александр Владимирович Патрушев, alexpat2@yandex.ru

*В исследовании эффективности антидепрессанта тразодона (Триттико) для коррекции психосоматических расстройств в комплексной терапии больных хроническими воспалительными дерматозами участвовали 72 пациента обоего пола в возрасте от 20 до 52 лет с установленными диагнозами атопического дерматита, истинной экземы и вульгарного псориаза. Больные каждой нозологии были рандомизированы в две группы (соотношение 1:1) – группу комплексного лечения с применением антидепрессанта тразодона (Триттико) и группу стандартной терапии. Тразодон назначался в дозе 150 мг один раз в день (на ночь). Как показали результаты исследования, комплексная терапия больных атопическим дерматитом, экземой, псориазом позволяет сократить сроки лечения в среднем на семь дней, а сроки нормализации психологического состояния и вегетативного дисбаланса – на 14 дней ( $p < 0,05$ ), что в свою очередь снижает частоту рецидивов данных дерматозов, ассоциированных со стрессом.*

**Ключевые слова:** атопический дерматит, экзема, псориаз, психосоматические расстройства, Триттико, тразодон

Психотропные препараты применяются в дерматологии практически при всех заболеваниях [1], однако наиболее часто их назначают при психосоматических дерматозах. Это распространенные хронические кожные заболевания (атопический дерматит (АтД), псориаз, экзема, розацеа, вульгарные угри, красный

плоский лишай, рецидивирующий герпес, хроническая крапивница, очаговая алопеция, витилиго), в манифестации которых очевидна роль психогенных факторов [2]. Психогенные воздействия при псориазе приводят к развитию и/или обострению заболевания у 25–60% пациентов [3], а при АтД и истинной экземе – у 40–80% и 50–70% соответственно [4].

В разделе «Психосоматика» современной медицины представлены исследования, подчеркивающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на стресс от типа личностного склада и демонстрирующие влияние некоторых методов лечения на психическое состояние [5].

Частота психических расстройств, коморбидных кожным заболеваниям, может колебаться в пределах 15–30% [6]. Наиболее высокая доля коморбидности кожной патологии с нарушениями депрессив-



ного характера (59–77%) и тревожными расстройствами (6–30%). Расстройства личности наблюдаются у 57% пациентов с кожными заболеваниями [2].

Исходя из нашего опыта около 92% больных такими хроническими дерматозами, как псориаз, экзема и АтД, имеют психосоматические расстройства, представленные психологическими реакциями тревожности, депрессии, астеническим синдромом, вегетативными нарушениями. Степень выраженности психосоматических расстройств положительно коррелирует с тяжестью и длительностью течения дерматоза.

Как правило, психосоматические расстройства формируются при взаимодействии таких факторов, как наследственная предрасположенность, стрессорное воздействие окружающей среды, длительное отрицательное влияние дерматоза на психоэмоциональную сферу пациента, и служат мишенью для психотерапевтического воздействия.

Большинство кожных заболеваний (псориаз, АтД, экзема, красный плоский лишай), которые традиционно относят к психосоматическим, в своем развитии имеют прежде всего генетическую и иммунологическую основу. Психогенные воздействия являются звеном в цепи последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза [2].

Появление на фармацевтическом рынке антидепрессантов, сочетающих в себе антагонизм к рецепторам серотонина 5НТ2 и ингибирование обратного захвата серотонина (АИОЗС), открыло новые возможности в лечении депрессивных и тревожных состояний. Эти препараты можно применять при хронических дерматозах для коррекции психосоматических нарушений.

Целью нашего исследования стала оценка эффективности применения антидепрессанта из группы АИОЗС тразодона (Триттико)

в комплексном лечении для коррекции психосоматических расстройств у больных хроническими дерматозами.

### Выбор препарата

Триттико (тразодон) – единственный на российском рынке представитель антидепрессантов группы АИОЗС (антагонист/ингибитор обратного захвата серотонина). Блокирование постсинаптических 5НТ2-рецепторов при использовании тразодона позволяет избежать побочных эффектов селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – нарушения сна, эректильной функции. Более того, Триттико широко применяется для лечения нарушений сна, эректильной дисфункции, в частности на фоне депрессии. Тразодон не оказывает холинолитического действия, не ухудшает когнитивную функцию и может использоваться у больных с когнитивными нарушениями различной степени тяжести. Благодаря хорошей переносимости тразодон широко используется при лечении больных пожилого возраста с органическими заболеваниями центральной нервной системы, а также в комплексном лечении пациентов с соматическими расстройствами. В отличие от других антидепрессантов тразодон не вызывает побочных эффектов, связанных с влиянием на вегетативную нервную систему, таких как тахикардия, запоры, задержка мочеиспускания, потливость. Побочные явления, возникающие на фоне терапии Триттико, – сонливость, головокружение, снижение артериального давления встречаются редко и проходят при уменьшении дозы. При использовании малых терапевтических доз эти эффекты не наблюдаются [7–9].

### Материал и методы исследования

Эффективность применения Триттико оценивали на основании динамики значений дерматологических индексов, психоло-

В отличие от других антидепрессантов тразодон не вызывает побочных эффектов, связанных с влиянием на вегетативную нервную систему, таких как тахикардия, запоры, задержка мочеиспускания, потливость

гических показателей, состояния вегетативной нервной системы. Учитывалось также мнение пациентов об эффективности препарата и удобстве его применения.

Триттико применяли один раз в день вечером перед сном в дозе 150 мг на протяжении восьми недель.

В исследовании участвовали 72 пациента в возрасте от 20 до 52 лет (средний возраст  $33,6 \pm 4,8$  года) с хроническими дерматозами (24 пациента с АтД, 24 – с истинной экземой, 24 – с вульгарным псориазом). Группу контроля, сходную по половозрастным характеристикам, составили 15 здоровых добровольцев (средний возраст  $31,8 \pm 7,6$  года).

Для оценки тяжести АтД использовали индекс SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis – комплексная оценка симптомов и проявлений атопического дерматита), псориаза – индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index – индекс площади псориазических поражений и тяжести процесса), экземы – ДИШС (дерматологический индекс шкалы симптомов). Промежуточные значения индексов оценивали еженедельно, контрольные – на нулевой, второй, четвертой, шестой, восьмой неделе терапии. Показатели психологического состояния определяли с помощью автоматизированной психодерматологической диагностической системы, включающей следующие методики [10]:

- ✓ оценку индивидуально-личностных психологических особенностей человека;
- ✓ шкалу самооценки Спилберге-ра – Ханина;



- ✓ анкету самооценки состояния;
- ✓ индекс жизненных стилей;
- ✓ Торонтскую алекситимическую шкалу;
- ✓ шкалу депрессии Зунге;
- ✓ дерматологический индекс качества жизни.

Состояние вегетативной нервной системы оценивали с помощью прибора «ВНС-спектр» и программ «ВКВП», «Полиспектр-3» (фирма «Нейрософт», г. Иваново) по модифицированной методике W. Knezevic и S. Bajada [11], а также аппаратно-программного комплекса «ОМЕГА-М» (фирма «Динамика», г. Санкт-Петербург) [12, 13]. Выполнялись следующие исследования:

- вызванный кожный вегетативный потенциал;
- анализ вариабельности сердечного ритма;
- вариационная пульсометрия;
- спектральный анализ ритма сердца с ортостатической и клиноростатической пробами.

Оценка промежуточных значений психологических показателей и состояния вегетативной нервной системы проводилась один раз в две недели, контрольных значений – до лечения, на четвертой неделе терапии и после лечения. Результаты исследования обрабатывали с использованием пакета анализа данных Microsoft Office Excel 7.0. Определяли средние значения и средние квадратичные ошибки оцениваемых показателей ( $M \pm m$ ). Оценивали значимость различий количес-

твенных переменных в связанных выборках по t-критерию Стьюдента.

Таким образом, нами проведена сравнительная оценка эффективности лечения больных хроническими дерматозами по стандартной схеме (антигистаминные, десенсибилизирующие, стабилизаторы мембран тучных клеток, витаминотерапия, наружные средства) в зависимости от стадии процесса) [2, 14, 15] и с помощью комплексной терапии, включавшей Триттико.

### Результаты и их обсуждение

На основании клинического, психодиагностического, функционального обследования были сформированы группы больных АтД, истинной экземой и вульгарным псориазом с психосоматическими расстройствами:

- первая группа – больные АтД, получавшие комплексную терапию с применением препарата Триттико (n = 12);
- вторая группа – больные АтД, получавшие стандартную терапию (n = 12);
- третья группа – больные экземой, получавшие Триттико (n = 12);
- четвертая группа – больные экземой, получавшие стандартную терапию (n = 12);
- пятая группа – больные псориазом, терапия которых включала Триттико (n = 12);
- шестая группа – больные псориазом, получавшие стандартную терапию (n = 12);

- седьмая группа (группа контроля) – здоровые лица (n = 15).

У больных АтД, получавших комплексное лечение, по сравнению с пациентами группы стандартной терапии отмечено более быстрое снижение индекса SCORAD. Достоверное различие снижения индекса SCORAD в группах комплексного и стандартного лечения отмечено уже на второй неделе терапии ( $p < 0,05$ ). Различия в динамике показателей дерматологических индексов сохранялись на четвертой и шестой неделе терапии ( $p < 0,01$ ). Кроме того, при еженедельной оценке индекса SCORAD в группе больных комплексного лечения на одну неделю раньше, чем в группе стандартного лечения, происходило снижение индекса SCORAD на 80,0%, что соответствовало клинической оценке «значительное улучшение» (табл. 1).

У больных экземой, получавших комплексное лечение, по сравнению с больными группы стандартной терапии наблюдалось более быстрое снижение ДИШС. Достоверное различие снижения ДИШС в группах комплексного и стандартного лечения отмечено на второй неделе терапии ( $p < 0,05$ ). Различия в динамике разрешения кожного процесса сохранялись на четвертой, шестой, восьмой неделе терапии ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ). Кроме того, при еженедельной оценке индексов у пациентов группы комплексного лечения на одну неделю

Таблица 1. Динамика индексов SCORAD у больных атопическим дерматитом, ДИШС у больных экземой, PASI у больных псориазом в процессе лечения

Индекс	Группа	До лечения	Вторая неделя лечения	Четвертая неделя лечения	Шестая неделя лечения	Восьмая неделя лечения
SCORAD	Первая	42,7 ± 2,3	31,2 ± 2,4*	18,9 ± 2,2**	6,6 ± 2,3**	5,2 ± 2,1
	Вторая	42,5 ± 2,3	40,2 ± 2,4	33,7 ± 2,3	18,5 ± 2,2	7,9 ± 2,3
ДИШС	Третья	22,8 ± 0,8	14,2 ± 2,2*	9,6 ± 2,4*	5,4 ± 1,3**	2,2 ± 1,1*
	Четвертая	21,9 ± 0,7	19,1 ± 2,2	12,8 ± 2,4	9,7 ± 2,3	6,1 ± 2,1
PASI	Пятая	30,1 ± 8,0	26,6 ± 7,7	13,1 ± 7,2*	5,9 ± 4,3**	3,1 ± 1,1*
	Шестая	30,3 ± 8,0	20,9 ± 7,4	24,2 ± 7,0	15,8 ± 6,2	8,9 ± 3,2

\*  $p < 0,05$ .

\*\*  $p < 0,01$ .

Примечание. Различие между группами статистически значимо.



раньше, чем у больных группы стандартного лечения, происходило снижение ДИШС на 80,0%, что соответствовало клинической оценке «значительное улучшение» (табл. 1).

У больных псориазом, получавших комплексное лечение, по сравнению с пациентами, получавшими стандартную терапию, отмечалось более быстрое снижение индекса PASI. Достоверное различие снижения индекса PASI в группах комплексного и стандартного лечения наблюдалось на четвертой неделе терапии ( $p < 0,05$ ). Различия в динамике разрешения кожного процесса сохранялись на шестой и восьмой неделе терапии ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ ).

Кроме того, при еженедельной оценке индекса PASI у больных группы комплексного лечения на одну неделю раньше, чем у пациентов группы стандартной терапии, происходило снижение показателя на 80,0%, что соответствовало клинической оценке «значительное улучшение» ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

В процессе лечения у больных хроническими дерматозами из группы комплексного лечения наблюдалась более выраженная положительная динамика психологического состояния. На четвертой неделе терапии достоверно снижались ситуационная тревожность, количество соматических жалоб, повышался уровень внимательности и настроения. После курса лечения достоверно снижались уровень депрессии, количество соматических жалоб, повышался уровень бодрости и позитивного настроения. При этом нормализация психологического состояния больных в группах комплексного лечения происходила на две недели раньше. В группе больных, получавших стандартную терапию, даже после лечения сохранялся повышенный уровень депрессии, личностной тревожности, более низкий уровень бодрости по сравнению с группой здоровых добровольцев ( $p < 0,05$ ) (см. рисунок).

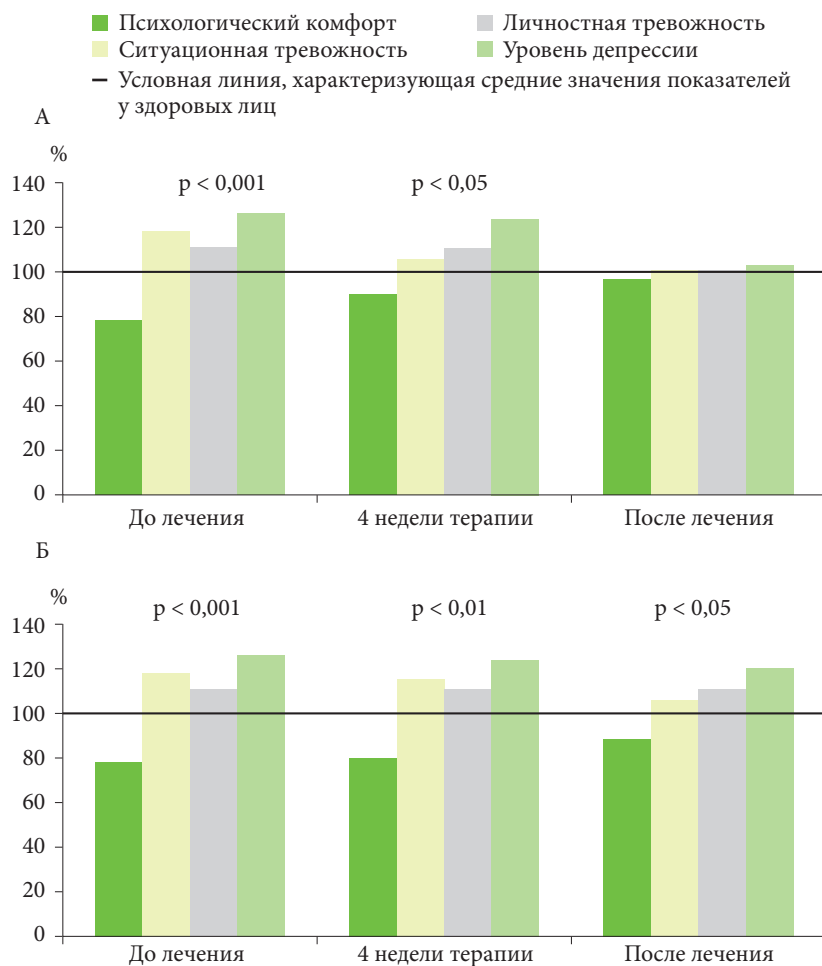


Рисунок. Динамика психологического состояния больных хроническими дерматозами в процессе лечения (А – первая, третья и пятая группы комплексного лечения, Б – вторая, четвертая и шестая группы стандартной терапии)

Положительная динамика состояния вегетативной нервной системы отмечена у больных хроническими дерматозами в обеих группах, но более выраженной она была в группах комплексного лечения. Через четыре недели и по окончании терапии достоверно изменились показатели вариационной пульсометрии, спектрального анализа ритма сердца, вызванного кожного вегетативного потенциала ( $p < 0,05$  для каждого сравнения). Изменения состояния вегетативной нервной системы у больных в группах комплексного лечения происходили на две недели раньше. Характер изменений свидетельствовал о нормализации

состояния вегетативной нервной системы, то есть о снижении повышенных центральных эрготропных и гуморальных влияний и парасимпатической активности (табл. 2 и 3).

### Выводы

Анализ динамики показателей индексов SCORAD, PASI, ДИШС, психологического состояния, состояния вегетативной нервной системы больных АТД, экземой, псориазом в процессе лечения продемонстрировал статистически значимое преимущество эффективности комплексного лечения с применением препарата Триттико ( $p < 0,05$ ). В результате комплексного лечения боль-



Таблица 2. Динамика показателей состояния вегетативной нервной системы больных в процессе комплексного лечения,  $M \pm t$ 

Показатель	Единицы измерения	Пациенты первой, третьей и пятой групп (n = 36)			Здоровые добровольцы (n = 15)
		до лечения	четвертая неделя лечения	после лечения	
SDNN	мс	46,3 ± 3,2*	51,3 ± 3,1	55,6 ± 3,0	58,8 ± 5,3
АМо	%	31,9 ± 4,2**	36,9 ± 4,0*	40,7 ± 4,13*	45,0 ± 4,0
ИБР	у.е.	82,5 ± 6,9***	106,4 ± 6,6*	128,2 ± 6,8*	144,1 ± 29,1
ИН	у.е.	54,0 ± 4,7***	95,4 ± 4,1**	113,8 ± 4,1*	131,0 ± 10,0
HF	н.е.	49,4 ± 3,3**	42,9 ± 3,7*	31,3 ± 3,7	29,0 ± 3,0
ЧССо	уд/м	96,6 ± 2,6***	90,5 ± 2,4**	85,5 ± 2,4*	75,2 ± 2,5
САДо	Hg	106,4 ± 2,5**	101,2 ± 2,4*	100,2 ± 2,3	97,8 ± 1,6
ТРо	мс	1334,2 ± 188,3*	1459,3 ± 177,2*	1697,3 ± 169,7	1887,2 ± 167,3
ТРк	мс	3344,3 ± 494,6*	2996,7 ± 462,7	2697,7 ± 451,5	2304,1 ± 371,4
VLFo	%	50,3 ± 1,4***	47,5 ± 1,3**	42,7 ± 1,7	39,6 ± 1,5
LFo	%	43,3 ± 3,4*	44,8 ± 3,2*	48,5 ± 3,3	52,4 ± 3,2
ЛПп	с	1,84 ± 0,06*	1,79 ± 0,06*	1,79 ± 0,06	1,70 ± 0,05
S1п	с	0,94 ± 0,07**	0,80 ± 0,07*	0,64 ± 0,07	0,60 ± 0,06
A2п	мВ	1,81 ± 0,18***	1,87 ± 0,15**	2,42 ± 0,15*	3,16 ± 0,24

Таблица 3. Динамика показателей состояния вегетативной нервной системы в процессе стандартного лечения,  $M \pm t$ 

Показатель	Единицы измерения	Пациенты второй, четвертой и шестой групп (n = 36)			Здоровые добровольцы (n = 15)
		до лечения	четвертая неделя лечения	после лечения	
SDNN	мс	46,2 ± 3,2*	46,9 ± 3,1*	49,8 ± 3,3*	59,8 ± 5,3
АМо	%	31,4 ± 4,2**	32,2 ± 4,4**	36,9 ± 4,3*	46,0 ± 4,0
ИБР	у.е.	82,7 ± 6,9***	84,9 ± 6,9***	133,6 ± 6,8*	148,2 ± 29,1
ИН	у.е.	54,1 ± 4,7***	56,3 ± 4,6***	96,1 ± 4,3**	131,0 ± 10,0
HF	н.е.	49,5 ± 3,3**	48,4 ± 3,1**	39,8 ± 3,4*	29,0 ± 3,0
ЧССо	уд/м	96,7 ± 2,6***	93,3 ± 2,7***	89,2 ± 2,5**	75,2 ± 2,5
САДо	Hg	106,2 ± 2,5**	104,2 ± 2,1**	103,7 ± 2,3*	97,8 ± 1,6
ТРо	мс	1344,8 ± 188,3*	1381,6 ± 181,3*	1537,6 ± 174,9*	1897,2 ± 167,3
ТРк	мс	3342,3 ± 494,6*	3301,9 ± 482,5*	3009,7 ± 472,6*	2304,1 ± 371,4
VLFo	%	50,6 ± 1,4***	49,9 ± 1,4***	47,3 ± 1,4*	40,9 ± 1,5
LFo	%	43,6 ± 3,4*	44,8 ± 3,3*	43,3 ± 3,3*	50,5 ± 3,2
ЛПп	с	1,83 ± 0,06*	1,80 ± 0,06*	1,79 ± 0,06*	1,69 ± 0,05
S1п	с	0,95 ± 0,07**	0,93 ± 0,07**	0,82 ± 0,07*	0,63 ± 0,06
A2п	мВ	1,80 ± 0,18***	1,81 ± 0,17***	1,88 ± 0,15**	3,16 ± 0,24

\* Различия между группами достоверны,  $p < 0,05$ .\*\* Различия между группами достоверны,  $p < 0,01$ .\*\*\* Различия между группами достоверны,  $p < 0,001$ .

Примечание. SDNN – стандартное отклонение величин интервалов N-N (R-R), АМо – амплитуда моды, ИБР – индекс вегетативного равновесия, ИН – индекс напряженности, HF – мощность спектра в диапазоне высоких частот, ЧССо – частота сердечных сокращений при ортостатической пробе, САДо – систолическое артериальное давление при ортостатической пробе, ТРо – общая мощность спектра при ортостатической пробе, ТРк – общая мощность спектра при клиностатической пробе, VLFo – мощность спектра в диапазоне очень низких частот при ортостатической пробе, LFo – мощность спектра в диапазоне низких частот при ортостатической пробе, ЛПп – латентный период вызванного кожного вегетативного потенциала (ВКВП) с правой кисти, S1п – продолжительность первой фазы ВКВП с правой кисти, A2п – амплитуда первой фазы ВКВП с правой кисти.



ных АтД, экземой, псориазом сроки лечения сократились в среднем на семь дней, а сроки нормализации психологического состояния и вегетативного дисбаланса – на 14 дней ( $p < 0,05$ ), что позволило снизить частоту рецидивов данных хронических дерматозов.

Кроме того, 32 (89%) пациента с хроническими воспалительными дерматозами при обследо-

вании отметили положительный эффект комплексного лечения с применением Триттико, улучшение качества жизни, удобство применения препарата и его хорошую переносимость. Из побочных эффектов у 3 (8%) пациентов отмечены затруднение утреннего пробуждения, сонливость, связанные с седативным действием препарата и корректируемые при уменьшении дозы до 100 мг.

При лечении больных АтД, истинной экземой и вульгарным псориазом для коррекции психосоматических расстройств целесообразно применять восьминедельный курс приема препарата Триттико (150 мг на ночь). Данная методика комплексного лечения хронических дерматозов может быть рекомендована для лечения пациентов как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. ●

## Литература

1. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
2. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Gupta M.A., Gupta A.K. Psychodermatology: an update // J. Am. Acad. Dermatol. 1996. Vol. 34. № 6. P. 1030–1046.
4. Griesemer R. Emotionally triggered disease in a dermatologic practice // Psychiatr. Ann. 1978. Vol. 8. P. 49–56.
5. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие. М.: Медицина, 2000.
6. Смуглевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. М., 2011.
7. Катцунг Б.Г. Базисная и клиническая фармакология. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. СПб.: Бином – Невский Диалект, 1998.
8. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М.: МЭОТА МЕДИЦИНА, 1999.
9. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М.: Новая волна, 2012.
10. Сухарев А.В. Коррекция психосоматических расстройств при комплексном лечении хронических дерматозов: автореф. дис. ... докт. мед наук. СПб., 2005.
11. Knezevic W., Bajada S. Peripheral autonomic surface potential: a quantitative technique for recording autonomic neural function in man // Clin. Exp. Neurol. 1985. Vol. 21. P. 201–210.
12. Одинак М.М., Котельников С.А., Шустов Е.Б. Вызванные кожные вегетативные потенциалы. Методические указания. СПб., 1999.
13. Обоснование аппаратно-программных методов, предназначенных для скрининг-диагностики внутренних заболеваний и для оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий в системе диспансеризации военнослужащих и пенсионеров МО. Отчет о научно-исследовательской работе. СПб.: ВМА, 2002.
14. Машиллиейсон А.Л., Рубинс А.Я. Руководство по лечению кожных болезней. М., 1990.
15. Самцов А.В., Барбинов В.В. Дерматовенерология: учебник для медицинских вузов. СПб.: СпецЛит, 2008.

## Opportunities of applying new generation antidepressants for correction of psychosomatic disorders upon chronic dermatoses

A.V. Sukharev<sup>1</sup>, A.V. Patrushev<sup>1</sup>, R.N. Nazarov<sup>1</sup>, V.O. Gutka<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg

<sup>2</sup> Dermatovenerologic Dispensary № 10 – Clinic of Dermatology and Venereology, Saint-Petersburg

Contact person: Aleksandr Vladimirovich Patrushev, alexpat2@yandex.ru

*In the study on efficacy of antidepressant trazodone (Trittico) for correction of psychosomatic disorders as a part of a combination of chronic inflammatory dermatosis therapy were totally enrolled 72 men and women (age 20–52 years) with confirmed atopic dermatitis, true eczema and psoriasis vulgaris. Patients with each nosology were randomized into two groups (1:1 ratio): group of a combination treatment added with trazodone (Trittico) and group of standard therapy. Trazodone was administered at dose of 150 mg once a day (overnight). Results of the study showed that a combination therapy of patients with atopic dermatitis, eczema, and psoriasis on average allow to shorten treatment time by 7 days, whereas psychological state and vegetative imbalance were normalized faster by 14 days ( $p < 0.05$ ), that, in turn, allow to reduce frequency of relapses for these stress-associated diseases.*

**Key words:** atopic dermatitis, eczema, psoriasis, psychosomatic disorders, Trittico, trazodone