

DOCTORSAN.RU
PSYANDNEURO.RU

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Wendy L. Thompson, Yvette L. Smolin. Respiratory Disorders. Clinical manual of psychopharmacology in the medically ill, ed. by S. Ferrando, J. Levenson, J. Owen. American Psychiatric Publishing, 2010

Перевод: Филиппов Д.С.
Редакция: Касьянов Е.Д.

Материал подготовлен совместными усилиями просветительского проекта «Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии и наркологии Доктор САН.

Ведение пациентов с заболеваниями дыхательной системы в процессе психофармакотерапии

Астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), муковисцидоз, туберкулез, обструктивное апноэ во сне, дисфункция голосовых связок, тромбоэмболия легочной артерии – все эти заболевания могут иметь симптомы, требующие психофармакологического лечения. Большинство этих заболеваний (за исключением муковисцидоза, или тех случаев, когда пациент курит) не влияют на метаболизм легочных или других лекарственных средств. Главное – избежать приема лекарств, которые подавляют активность дыхательного центра или каким-либо другим образом отрицательно влияют на вентиляцию легких.

Психиатрические симптомы, часто встречающиеся при заболеваниях дыхательной системы:

Астма: Тревожность, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами (марихуана, крэк-кокаин), нарушения сна.

ХОБЛ: Тревожность, депрессия, никотиновая зависимость, когнитивные ухудшения, нарушения сна, сексуальная дисфункция, быстрая утомляемость.

Муковисцидоз: Депрессия, тревожность, расстройства пищевого поведения.

Апноэ во сне: Сонливость, нарушения сна, раздражительность, депрессия, когнитивные ухудшения.

Дисфункция голосовых связок: Тревожность, депрессия, конверсионное расстройство

Гипервентиляционный синдром: Тревожность, депрессия, псевдосудороги

Туберкулез: Психоз, нарушения сна, злоупотребление психоактивными веществами, когнитивные ухудшения, быстрая утомляемость, летаргия, мания, делирий.

Дифференциальная диагностика

При всех перечисленных заболеваниях часто встречается психиатрическая симптоматика, требующая назначения психотропных препаратов. Диагностика может быть затруднена тем, что симптомы респираторных заболеваний накладываются на симптомы психических расстройств. Кроме того, часто встречается циклическая последовательность психиатрических и респираторных симптомов, из-за чего, при наличии сопутствующих факторов, трудно определить изначальную причину состояния.

Тревожность

Одышка, сдавленность в груди и ощущение удушья часто встречаются при тревожных расстройствах и при респираторных заболеваниях. Соматические проявления тревожности могут быть вызваны коморбидным тревожным расстройством, тревогой, возникшей как реакция на респираторное расстройство, или самим респираторным расстройством.

Важно, при возможности, провести дифференцированную диагностику; если у симптомов есть физиологическое основание (например, гипоксия), то им и нужно заняться вне зависимости от лечения тревожности или же совместно с этим лечением. Например, при тромбоэмболии легочной артерии может наблюдаться одышка и гипервентиляция при отсутствии боли в груди, что может быть ошибочно принято за паническую атаку.

При дифференциальной диагностике дисфункции голосовых связок необходимо учитывать тревожные расстройства, особенно паническое расстройство. Тревожные расстройства встречаются почти у каждого третьего пациента с астмой, обращающегося за первичной медицинской помощью; тревожность может провоцировать приступы астмы. Теофиллин и многие бета-адреномиметики могут вызывать или усиливать тревогу. Тревожность часто сопутствует дисфункции голосовых связок и тромбоэмболии легочной артерии. У пациентов с ХОБЛ с повышенной частотой встречаются тревожные расстройства, в особенности паническое расстройство с агорафобией.

Депрессия

У пациентов с астмой, ХОБЛ и муковисцидозом симптомы депрессии встречаются чаще, чем в общей популяции. Диагностика депрессии может быть затруднена у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями, поскольку многие симптомы накладываются друг на друга, например, быстрая утомляемость, плохой сон, ухудшение способности к активной деятельности, потеря веса и анорексия. При туберкулезе могут наблюдаться запутывающие диагноста признаки депрессии, такие как потеря веса, летаргия, нарушения сна, потеря интереса к повседневной деятельности, спутанность сознания.

Нарушения сна

Нарушения сна могут быть вызваны апноэ, ночным кашлем, ночными приступами астмы, побочными эффектами лекарств, а также коморбидной тревожностью или депрессией. Более 50 % больных ХОБЛ жалуются на нарушения сна. У многих пациентов с ХОБЛ обнаруживают обструктивное апноэ во сне, приводящее к дневной сонливости, бессоннице, а также очень часто к раздражительности и депрессивным симптомам. У таких пациентов могут возникать значительные трудности с концентрацией, вниманием и памятью.

Когнитивный дефицит

Когнитивная дисфункция часто встречается у пациентов с ХОБЛ, даже у тех, у кого нет хронической гипоксии или гиперкапнии. У пациентов с тяжелой формой ХОБЛ из-за повторяющихся эпизодов гипоксии или хронической гипоксии может развиваться необратимый когнитивный дефицит и субклиническая энцефалопатия. Кислородная терапия помогает минимизировать когнитивный дефицит у пациентов с легкой гипоксией. У когнитивного дефицита могут быть потенциально обратимые причины, такие как гиперкапния или обострение сопутствующих заболеваний сердца.

Психоневрологические побочные эффекты препаратов для лечения заболеваний дыхательной системы

Препараты, используемые при лечении заболеваний дыхательной системы, часто вызывают психоневрологические побочные эффекты.

Антихолинергические средства

Атропин: Паранойя; тактильные, зрительные и слуховые галлюцинации; потеря памяти; делирий; агитация.

Бета-адреномиметики

Сальбутамол, левосальбутамол: Тревожность, бессонница, паранойя, галлюцинации, тремор, учащенное сердцебиение.

Формотерол, арформотерол: Бессонница, тревожность, тремор, учащенное сердцебиение.

Изопротеренол: Тревожность, бессонница, тремор.

Метапротеренол: Тревожность, бессонница.

Пирбутерол: Тревожность, тремор.

Сальметерол: Тревожность, тремор, учащенное сердцебиение.

Бронхолитики

Аминофиллин, теofilлин: Тревожность, бессонница, тремор, неусидчивость, синдром отмены, гиперактивность, психоз, делирий, мутизм.

Оральные кортикостероиды

Преднизон, преднизолон, дексаметазон: Депрессия, мания, эмоциональная неустойчивость, тревожность, бессонница, психоз, галлюцинации, паранойя, личностные изменения.

Ингибиторы лейкотриена

Монтелукаст: Усталость, астения, суицидальные идеи

Адреномиметики смешанного действия

Адреналин: Тревожность, тремор, психоз

Фенилэфрин: Депрессия, галлюцинации, паранойя

Фенилпропаноламин: Неусидчивость, тревожность, бессонница, психоз, галлюцинации, агрессивность

Другие препараты

Ацетазоламид: спутанность сознания, чувство недомогания

Модафинил: Нервозность, депрессия, тревожность

Кортикостероиды

Ингаляционные кортикостероиды редко производят побочные эффекты, но оральные кортикостероиды (например, преднизон, преднизолон, дексаметазон) могут вызывать депрессию, манию, эмоциональную неустойчивость, тревожность, бессонницу, психоз, галлюцинации, паранойю и личностные изменения.

Бронхолитики

К наиболее распространенным побочным эффектам бета-адренергических бронхолитиков относятся нервозность и тремор. Альбутерол может вызвать бессонницу. Безрецептурные ингаляторы, содержащие адреналин или эфедрин, могут вызывать тревожность и, если принимать их в больших дозах, психоз.

Адреномиметики смешанного действия

Адреномиметики смешанного действия часто используются при астме. Эпинефрин, эфедрин, фенилэфрин и фенилпропаноламин могут вызывать тревожность, бессонницу, тремор и психоз.

Теofilлин

Теofilлин может вызывать повышение нервно-рефлекторной возбудимости, бессонницу, тревожность, неусидчивость и раздражительность, которые можно принять за первичное тревожное расстройство или акатизию. Симптомы, вызванные теofilлином, как правило, зависят от дозировки и развиваются в скором времени после приема препарата. Лечение заключается в снижении дозы до минимальной эффективной, изменении времени приема и/или переходе на другие лекарства от астмы. Пациенту с тревожностью можно обойтись без орального теofilлина, если использовать в ингаляциях кромоглициевую кислоту, бромид ипратропия или стероиды.

Токсическое воздействие теofilлина проявляется выраженной тревожностью, сильной тошнотой, головной болью, бессонницей, и может стать причиной бреда с сильной ажитацией и психозом. Прием теofilлина следует прекратить до тех пор, пока симптомы не ослабеют, а показатели анализа крови не вернуться в терапевтический диапазон. Теofilлин может вызывать и усиливать тремор. Если нельзя прекратить прием теofilлина, то против тремора можно использовать бета-адреноблокаторы или бензодиазепины. Хотя бета-адреноблокаторы имеют относительные противопоказания при ХОБЛ и астме из-за их бронхоконстрикторного эффекта, бета-адреноблокаторы с высокой кардиоселективностью, такие как ацебутолол, атенолол, целипролол, метопролол и практолол можно назначать пациентам с реактивной болезнью дыхательных путей легкой и умеренной формы, а также пациентам с ХОБЛ.

Антибиотики и противотуберкулезные препараты

Антибиотики, используемые для лечения инфекций, связанных с астмой или ХОБЛ, обычно производят минимальное количество побочных эффектов. В то же время прием противотуберкулезных препаратов связан с более частыми и тяжелыми побочными эффектами, в числе которых депрессия, анорексия, тревожность, бессонница, бред, галлюцинации и токсический психоз.

Антихолинергические препараты

Атропин, антихолинергическое средство, которое редко используется для лечения астмы, может вызывать паранойю, тактильные, зрительные и слуховые галлюцинации, потерю памяти, делирий и ажитацию. Ингаляционные бромид ипратропия и бромид тиотропия относятся к антихолинергическим средствам, которые не вызывают значительных психиатрических побочных эффектов.

Ингибиторы лейкотриена

Прием монтелукаста может вызывать головокружение, повышенную утомляемость, астению и суицидальные идеи, хотя он и не связан с учащением попыток суицида. Другой ингибитор лейкотриена, зафирлукаст, по-видимому, не вызывает значительных психиатрических побочных эффектов.

Препараты для лечения обструктивного апноэ во сне

Прием ацетазоламида может быть причиной спутанности сознания и чувства недомогания. Модафинил, одобренный в США в качестве средства против дневной сонливости, может вызывать нервозность, депрессию и тревожность.

Изменение фармакокинетики

По большей части заболевания дыхательной системы не оказывают влияния на фармакокинетику, но есть два важных исключения: муковисцидоз и курение. Муковисцидоз может изменять фармакокинетику из-за нарушений транспортной функции клеточной мембраны. Скорость всасывания лекарственного препарата замедляется, но степень абсорбции обычно не меняется, биодоступность остается прежней. На объем распределения это никак не влияет. Муковисцидоз усиливает окислительный печеночный метаболизм, но только для лекарственных субстратов цитохрома P450 (CYP) 1A2 и 2C8; метаболизм другими цитохромами остается неизменным. Научных работ, посвященных применению лития у пациентов с муковисцидозом, мало и имеющиеся данные противоречивы. Есть сообщения о том, что снижается почечный клиренс, что приводит к более высокому уровню лития. В то же время описан клинический случай, в котором уровень лития не изменялся. Благоразумнее всего начинать лечение литием пациентов с муковисцидозом с низких доз, внимательно контролируя их состояние.

Курение, помимо того, что вызывает болезни дыхательной системы, влияет на фармакодинамику и фармакокинетику многих лекарственных средств. Курение вызывает бронхоконстрикцию, что мешает лечению и ослабляет эффект приема бронхолитиков. Курение индуцирует CYP 1A2, который усиливает метаболизм субстратов этого печеночного фермента, в том числе клозапина, оланзапина, дулоксетина и теофиллина.

Психотропные препараты при заболеваниях дыхательной системы

Антидепрессанты

Антидепрессанты часто используются для лечения тревожности и депрессии у пациентов с хроническими заболеваниями дыхательной системы. Большинство опубликованных исследований посвящены применению этих препаратов у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ; практически отсутствует информация о применении антидепрессантов у больных муковисцидозом или туберкулезом, мало данных собрано о применении антидепрессантов у пациентов с обструктивным апноэ во сне.

При лечении у пациентов с тяжелыми формами ХОБЛ или обструктивного апноэ сна с особым вниманием нужно подходить к сочетанию седативных антидепрессантов с другими седативными препаратами, такими как анксиолитики и снотворные средства; седативные эффекты могут привести к ослаблению активности дыхательного центра. Очень мало исследований было проведено для оценки безопасности и эффективности антидепрессантов у пациентов с легочными заболеваниями, и поэтому об их безопасности можно судить только по отсутствию опубликованных сообщений об опасных реакциях.

Ранее считалось, что антихолинергические препараты противопоказаны при бронхоспастических состояниях, но сейчас часто применяется бромид тиотропия? ингаляционное антихолинергическое средство. Таким образом, хотя данных пока недостаточно, можно предположить, что антихолинергическое действие трициклического антидепрессанта может уменьшить бронхоконстрикцию. Также можно ожидать, что сушащий эффект антихолинергических ТЦА будет полезен для пациентов с астмой с обильными жидкими выделениями, но у пациентов, чьи дыхательные пути забиты сгустившейся слизью, состояние ухудшится. Не следует назначать ТЦА пациентам с муковисцидозом, потому что антихолинергический сушащий эффект усугубит трудности с выведением слизи.

Не считая вопросов лекарственного взаимодействия, применение антидепрессантов у больных туберкулезом безопасно. Исследований, посвященных использованию ингибиторов моноаминоксидазы при наличии респираторных заболеваний, нет, но известно, что с этими препаратами связаны серьезные проблемы лекарственного взаимодействия.

Бензодиазепины

Угнетающее действие бензодиазепинов на дыхательную активность может значительно ухудшать реакцию легочной вентиляции. Это может привести к развитию дыхательной недостаточности у пациентов с ограниченным резервом дыхания, поэтому бензодиазепины противопоказаны при гиперкапнии. Пациенты с тяжелым бронхитом, тяжелым рестриктивным заболеванием легких, апноэ во сне сильнее других подвержены неблагоприятному воздействию бензодиазепинов.

В то же время бензодиазепины не противопоказаны при ХОБЛ и астме. Обострение тревожности часто плохо влияет на работу дыхательной системы, и в таких случаях бензодиазепины улучшают состояние пациентов с астмой или эмфиземой легких. Напротив, у пациентов с обструктивным апноэ сна бензодиазепины подавляют дыхательную активность, что может увеличить продолжительность эпизодов апноэ и привести к опасным последствиям.

Бензодиазепины помогают при тяжелых эпизодах дисфункции голосовых связок. При назначении бензодиазепинов лучше использовать уменьшенные дозы препаратов более короткого действия (например, лоразепам), чтобы побочные эффекты были мягкими и быстро исчезли после прекращения приема.

Другие анксиолитики и снотворные

Некоторые небензодиазепиновые препараты полезны для улучшения сна у пациентов с заболеваниями дыхательной системы. Золпидем помогает уснуть пациентам с тяжелой формой обструктивного апноэ сна, не снижая при этом эффективность СИПАП-терапии. Кроме того, он не ухудшает дыхательную активность и показатели легочной функции у пациентов с ХОБЛ. У пациентов с легким и умеренным апноэ во сне зопиклон улучшает сон, не ухудшая дыхание. Эффективность тразодона в этой группе пациентов не исследовалась.

Препаратом выбора у пациентов с заболеваниями дыхательной системы, страдающими от хронической тревожности, должен быть бупирон в силу того, что он не оказывает угнетающего воздействия на дыхание. Бупирон может улучшать респираторный статус у пациентов с апноэ во сне, переносимость физических нагрузок, а также ослаблять ощущение одышки у пациентов с хроническими заболеваниями легких. Есть данные о том, что бупирон эффективен и хорошо переносится в комбинации с бронхолитиками.

Следует избегать применения барбитуратов у пациентов с нарушениями дыхательной активности, тяжелой формой ХОБЛ или с обструктивным апноэ во сне, переживающих синдром отмены алкоголя. Исключением может быть долгосрочное лечение эпилепсии фенобарбиталом.

Антипсихотики

Несмотря на небольшое количество исследований, клинический опыт свидетельствует о том, что атипичные и типичные антипсихотики могут применяться у пациентов с респираторными расстройствами с соблюдением определенных мер предосторожности, касающихся того, как экстрапирамидная симптоматика, увеличение массы тела и поздняя дискинезия влияют на дыхательную функцию, а также риска аспирационной пневмонии у пожилых пациентов с деменцией.

Ларингеальная дистония, проявляющаяся в виде острой одышки, является крайне редкой формой острой дистонической реакции. Она обычно связана с высокопотентными типичными антипсихотиками, но есть сообщения о случаях с зипрасидоном. Обычно это, как и другие дистонические реакции, происходит в течение 24-48 часов после начала антипсихотической терапии или, в редких случаях, после повышения дозы. Ларингеальная дистония может быть опасна для жизни, но обычно полностью проходит после внутримышечной инъекции антихолинергических средств. Поздняя дискинезия, поражающая дыхательную мускулатуру – редкое явление, которое, как правило, встречается при длительном приеме типичных антипсихотиков, и может привести к значительному ухудшению дыхания у пациентов со сниженным дыхательным объемом.

Увеличение массы тела во время приема оланзапина, кветиапина и других атипичных антипсихотиков особенно проблематично для пациентов с обструктивным апноэ во сне; дополнительный вес ухудшает апноэ. Кроме того, увеличение массы тела может привести к снижению дыхательного объема у пациентов с нарушенной функцией дыхания, особенно при рестриктивной болезни легких. Есть данные о том, что прием оланзапина и, возможно, rispеридона может быть связан с повышенным риском развития тромбоза легочной артерии. У пациентов, принимающих атипичные антипсихотики, значительно повышен риск смерти от астмы. Особенно высок риск у пациентов, которые недавно прекратили прием антипсихотических препаратов. Для пациентов с астмой и ХОБЛ характерен повышенный риск аритмии. Если нужно назначить антипсихотик, то, лучше избежать применения тех препаратов, которые с наибольшей вероятностью вызывают удлинение интервала QT (зипрасидон, тиоридазин), или, в противном случае, внимательно наблюдать за состоянием пациента. Резкое прекращение приема антипсихотиков со значительным антихолинергическим действием, таких как клозапин, может вызвать синдром холинергической отдачи, снижающий эффективность антихолинергических препаратов для лечения астмы. Прием таких препаратов следует прекращать медленно, чтобы предотвратить синдром холинергической отдачи.

Стабилизаторы настроения

Описания нескольких клинических случаев говорят о том, что карбамазепин связан с легочной эозинофилией, диффузными паренхиматозными заболеваниями легких и дыхательной недостаточностью. Также установлено, что карбамазепин является эффективным средством лечения астмы.

Психостимуляторы

Хронические заболевания дыхательной системы часто приводят к бессоннице и дневной сонливости. Применению стимуляторов у пациентов с апноэ во сне посвящено небольшое количество исследований. Модафинил (а также армодафинил, R-энантиомер модафинила) увеличивает время дневного бодрствования, когда используется в качестве дополнительного лечения пациентов с обструктивным апноэ во сне, которые достигают улучшения после СИПАП-терапии, но, тем не менее, испытывают дневную сонливость. Концентрация и функционирование улучшаются, а архитектура сна остается незатронутой. Атомoksetин улучшает качество бодрствования у пациентов с легкой и умеренной степенью обструктивного апноэ во сне без ухудшения индекса респираторных событий. Однако, поскольку эта тема остается недостаточно исследованной, а также из-за повышенного риска развития аритмии при хронических болезнях дыхательной системы, к применению психостимуляторов следует относиться с осторожностью.

Противодементные препараты

Вопрос применения когнитивных усилителей у пациентов с болезнями дыхательной системы изучен плохо. Ингибиторы холинэстеразы повышают уровень ацетилхолина и могут вызвать бронхokonстрикцию. Кроме того, они, вероятно, блокируют терапевтический эффект бронхолитиков, особенно это касается таких антихолинергических агентов как бромид ипратропия и бромид тиотропия. В числе легочных побочных эффектов этих препаратов чаще всего встречаются одышка и бронхит, к нечастым побочным эффектам относятся пневмония, гипервентиляция, отек легких, хрипы, гипоксия, плеврит, легочный коллапс, апноэ во сне и храп. Таким образом, пациентам с астмой и ХОБЛ ингибиторы холинэстеразы следует назначать с осторожностью, а лучше не назначать вовсе. В качестве альтернативы можно использовать мемантин, не производящий дыхательных побочных эффектов.

Опиоиды

Когда нет возможности справиться с одышкой у пациентов с запущенным легочным заболеванием, используются разнообразные фармакологические агенты, в том числе и опиоиды. Исследования, посвященные ХОБЛ, показывают, что опиоиды положительно влияют на одышку, причем при пероральном или парентеральном введении они действуют лучше, чем в ингаляциях. Вредное воздействие на газы артериальной крови и насыщение кислородом не доказано. Пероральные или парентеральные опиоиды в низких дозах применяются для лечения одышки на терминальной стадии легочных заболеваний.

Седативные, снотворные средства и морфин часто назначаются пациентам с терминальными легочными заболеваниями. Хотя эти препараты показывают эффективность, при их назначении необходимо сравнить преимущества комфорта с риском потенциального укорочения жизни из-за угнетения дыхательной активности. Опиоиды (обычно морфин) и иногда бензодиазепины используются при отключении аппарата искусственной вентиляции легких в терминальных состояниях.

Влияние психотропных препаратов на болезни легких

Некоторые психотропные препараты неблагоприятно влияют на функциональность легких. Чаще всего встречается угнетение дыхательной активности из-за приема седативных, снотворных препаратов и опиоидов. Есть сообщения о том, что метилфенидат вызывает одышку, астму, появление легочного инфильтрата, идиопатический легочный фиброз, дыхательную недостаточность и сосудистые заболевания легких. Карбамазепин может вызывать кашель, одышку, появление легочного инфильтрата, идиопатический легочный фиброз. Бензодиазепины могут провоцировать кашель. Описан случай острого отека легких при передозировке фенотиазина. Прием типичных и атипичных антипсихотиков связан с легочной эмболией. Кроме того, высокопотентные антипсихотики, такие как галоперидол, связаны с ларингеальной дистонией и поздней дискинезией дыхательной мускулатуры, вызывающей расстройство дыхания. Передозировка тразодона может вызвать эозинофильную пневмонию и дыхательную недостаточность. Прием ТЦА связан с синдромом Леффлера (эозинофильная пневмония), а передозировка может привести к отеку легких и, как следствие, к респираторному дистресс-синдрому. Описаны отдельные случаи эозинофильной пневмонии во время приема других антидепрессантов, но это, по-видимому, чрезвычайно редкое явление.

Лекарственные взаимодействия

Препараты, назначаемые при хронических заболеваниях дыхательной системы, могут вступать во фармакокинетические и фармакодинамические взаимодействия с психотропными препаратами.

Важно отметить, что курение, являющееся причиной или одним из факторов развития различных заболеваний дыхательной системы, может усиливать метаболизм психотропных веществ, индуцируя CYP 1A2, 2B6 и 2D6. К таким веществам относятся бензодиазепины, золпидем, антипсихотики (важное исключение – арипипразол, кветиапин, рисперидон и зипрасидон), а также антидепрессанты, в том числе флувоксамин, дулоксетин, ТЦА и миртазапин. После сокращения или прекращения курения может потребоваться снижение дозы психотропных средств, чей метаболизм был индуцирован.

Многие противомикробные средства, в том числе макролиды, фторхинолоны и противогрибковые препараты (миконазол, кетоканазол, флуконазол, вориконазол, итраконазол, позаканазол и т. п.) являются мощными ингибиторами одного или нескольких из изоферментов CYP, а рифамицины, такие как рифампицин, индуцируют несколько ферментов CYP. Прием противомикробных препаратов может быть причиной развития токсичности психотропных препаратов или приводить к утрате терапевтического эффекта, если психотропное средство соответствующим образом не корректируется.

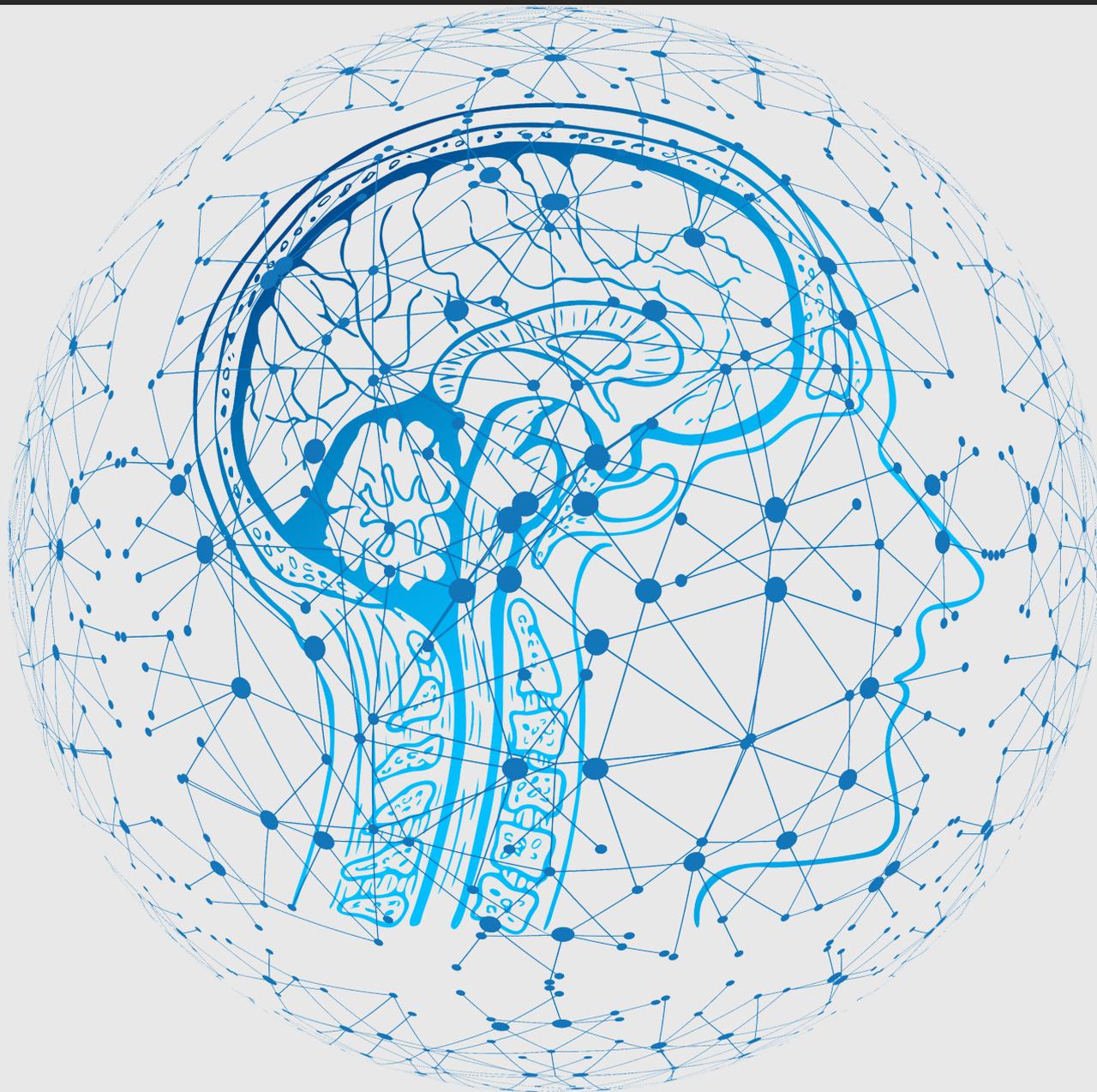
Прием изониазида, слабого ИМАО, вместе с ТЦА, СИОЗСиН, СИОЗС и ИМАО, может быть опасен из-за риска гипертонического криза и серотонинового синдрома. Когда принимается только изониазид, его действие как ИМАО не требует изменений в режиме питания, но если он комбинируется с антидепрессантами, необходимо ограничить потребление продуктов с тирамином. Пациентам, принимающим изониазид, нельзя назначать такие симпатомиметики как адреналин, эфедрин и псевдоэфедрин, которые достаточно часто входят в состав безрецептурных препаратов от простуды, кашля и синуситов, а пероральные бета-адреномиметики следует использовать крайне осторожно. Ингаляционные бета-адреномиметики представляются более безопасными, по причине их меньшей системной абсорбции. СИОЗС и СИОЗСиН безопасно сочетаются с селективными бета₂-адреномиметиками (тербуталин, метапротеренол, альбутерол, изоэтарин).

Теofilлин может снижать уровень алпразолама и, возможно, других бензодиазепинов, а также снижать их терапевтический эффект, вызывая тревожность и бессонницу. Теофиллин может увеличивать клиренс лития; при одновременном приеме этих препаратов нужно контролировать уровень лития.

Некоторые психотропные препараты, в том числе ТЦА, низкопотентные антипсихотики и антихолинергические корректоры экстрапирамидных симптомов производят антихолинергический эффект, который может усиливать бронхолитическое действие атропина и ингаляционных антихолинергических бронхолитиков, таких как бромид ипратропия и бромид тиотропия.

Препараты для лечения заболеваний дыхательной системы могут вступать во фармакокинетические взаимодействия с психотропными препаратами. Флувоксамин ингибирует CYP 1A2 и может значительно повышать уровень теофиллина. Карбамазепин и фенобарбитал значительно снижают содержание в крови многих лекарственных препаратов, в том числе теофиллина и доксициклина. Зверобой тоже индуцирует CYP 1A2 и может снижать уровень теофиллина до субтерапевтического уровня.

Практические рекомендации
**Психотерапия при
заболеваниях дыхательной
СИСТЕМЫ**



Перевод: Филиппов Д.С.
Редакция: Касьянов Е.Д.

Doctorsan.ru
PsyAndNeuro.ru